

## سبک زندگی مرتبط با سلامت پرستاران

فاطمه حیدری<sup>۱</sup>، سیما محمد خان کرمانشاهی<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: sima098@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۱

دریافت: ۹۱/۶/۲۳

## چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به عوامل مختلف تهدید کننده سلامت پرستاران و پیچیدگی خدمات پرستاری، پرداختن به فعالیتهای ارتقاء دهنده سلامت پرسنل پرستاری، به عنوان یکی از رشته‌های اصلی زنجیره مراقبت، برای اقدامات بالینی با کیفیت بیشتر ضروری می‌نماید، ارتقاء سلامت یک جزء حیاتی در پرستاری است که نیاز است در سبک زندگی هر پرستار جایگزین شود، از این رو مطالعه ای با هدف بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت پرستاران انجام شده است.

**روش کار:** پژوهش حاضر، مطالعه ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که به بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت در پرستاران پرداخته است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و اطلاعات دموگرافیک است که بر روی ۱۱۰ نفر از پرستاران شاغل که به روش نمونه‌گیری آسان در سال ۱۳۸۹ از بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان اجرا شد. سپس با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 و روش‌های آمار توصیفی-تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که از حیثه‌های شش گانه رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (روابط بین فردی، تغذیه، مسئولیت‌پذیری سلامتی، جسمی، مدیریت استرس و رشد روحی)، پرستاران درحیطه فعالیت جسمی و مدیریت استرس حداقل امتیاز، و درحیطه رشد روحی و روابط بین فردی حداکثر امتیاز را کسب نمودند. همچنین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با نمرات کل رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی سالم و نمرات زیر مقیاس‌های ارتقاء سلامت، معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تجزیه و تحلیل اطلاعات، در مجموع پرستاران از نظر پرداختن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حد متوسطی می‌باشند، بنابراین جهت افزایش بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی توسط پرستاران توصیه می‌شود کمیته ارتقاء سلامت پرستاری با تأکید بر رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی سالم در بیمارستان‌ها تشکیل شود.

**واژگان کلیدی:** پرستار، ارتقاء سلامت، سبک زندگی

## مقدمه

پرستاران یکی از رشته‌های اصلی زنجیره مراقبت و پرستاران سالم جزء عوامل اساسی برای ارتقاء کیفیت مراقبت هستند، به طوری که بین نیروی کار پرستاری سالم و ارتقاء سلامت بیمار ارتباط مثبت و قوی برقرار شده، چرا که پرستاران اغلب الگوهای نقش بالقوه محسوب می‌شوند. از طرفی یکی از اهداف کلیدی در مدیریت سازمانی نیز، سلامت و رضایت پرسنل می‌باشد (۶-۱)، حال آن که علی‌رغم علاقه و پرداختن به مسأله سلامت پرستاران و اهمیت این مسئله، هنوز پرستاران در محیط‌های نا سالم و در اغلب موارد خطرناک و دارای عوامل تهدیدکننده سلامت جسمی و روانی کار می‌کنند و در معرض بیشترین میزان آسیب‌های مرتبط با شغل می‌باشند و محیط بیمارستان به جای محیط ارتقاء دهنده سلامت به عنوان محیط منافی سلامت پرستاران توصیف شده است (۹، ۷، ۸). ضعف در محیط شغلی به عنوان عامل مشارکت کننده در سلامت پرستاران معرفی شده که اغلب نیاز جسمی و روانی را به همراه دارد و بوسیله ساعات کار طولانی، فقدان حمایت و اغلب اوقات بار کاری سنگین و خشونت از سوی بیماران، پرسنل ناکافی، منابع ناکافی، حقوق ناکافی، فقدان احترام، عدم دخالت دادن در تصمیم‌گیری‌ها و تضاد و عدم وجود تجهیزات کافی (به عنوان مثال تسهیلاتی برای بلند کردن بیماران، دفع بهداشتی و صحیح سرنگها، سرسوزنها و زباله‌های پزشکی) مشخص می‌شود (۱۰-۷). بوربونیس<sup>۱</sup> و همکارانش نیز (۲۰۰۵) در مطالعه خود به ارتباط بین محیط شغلی با مسائل روانی و اجتماعی با سلامت پرستاران پی بردند (۱۱). مطالعات گزارش کردند که بیش از ۵۹ درصد پرستاران تحت آزار جسمی و ۹۷ درصد آنها تحت آزار کلامی قرار گرفته‌اند، همچنین دیش<sup>۲</sup> در مطالعه خود به نقل از دروپل من<sup>۳</sup> می‌نویسد پرستاران محیط شغلی خود را به عنوان "دشمن" و بیمارستان را به عنوان "محل جنگ" و خود را به عنوان "بازمانده" توصیف کردند (۱۲)، از طرفی عوامل استرس‌زای شغلی متعددی سلامت روانی و جسمی شاغلین این حرفه را در معرض خطر قرار می‌دهد (۱۴، ۱۳)، به طوری که از ۱۳۰

شغل مورد بررسی موجود در جامعه، پرستاران رتبه ۲۷ را در مراجعه به پزشک جهت مشکلات ناشی از عدم سلامت روانی کسب نمودند، از طرفی سالانه هزینه‌های هنگفتی به علت فقدان سلامت جسمانی و روانی پرستاران، کاهش کارایی آنان و ترک و یا تغییر شغل به دلیل استرس شغلی از دست می‌رود (۱۶، ۱۵). الیگات<sup>۴</sup> و همکارانش (۲۰۰۹) نیز به ارتباط مستقیم بین بهره‌وری پرستاران و ضعف در وضعیت سلامتی آنها، هم‌چنین افزایش هزینه‌های مستقیم بهداشتی، میزان‌های بالاتر ناتوانی، غیبت، آسیب، غرامت‌های کارکنان و بازده کاری پایین‌تر پی بردند (۱۷). هم‌چنین مطالعه بین پرستاران واحد مراقبت از سالمندان در ایسلند نیز نشان داد که خستگی روانی، خشونت و تهدید با تجربه علائم در قسمت‌های مختلف بدن پرستاران در ارتباط است (۱۸). نتایج حاصل از مطالعات نیز حاکی از آن است که کمبود پرستار تأثیر منفی بر زندگی شغلی، مراقبت از بیمار و زمانی که پرستاران می‌توانند با بیماران صرف کنند دارد، از طرفی سلامت جسمی و روانی پرستاران شیفت در گردش به دلایل احتمالی اختلال ریتم‌های بیولوژیک، مشکلات خواب، تغییرات رفتاری (فاکتورهای سبک زندگی، استرس) و اختلال در الگوهای اجتماعی نسبت به پرستاران شیفت ثابت نامطلوبتر می‌باشد (۱). ارین<sup>۵</sup> نیز معتقد است بهبود سلامت عمومی پرستاران مستلزم داشتن شیفتهای کاری ثابت است (۱۹). بنابراین سازگاری با نوبت کاری شبانه نیازمند ایجاد عادات صحیح خواب، ورزش، تغییر شیوه زندگی، حمایت اعضای خانواده و برنامه‌ریزی صحیح نوبت کاری در گردش توسط مدیران است (۲۳-۲۰).

لذا با توجه به عوامل مختلف تهدید کننده سلامت پرستاران و پیچیدگی خدمات پرستاری می‌توان گفت پرستاران امروز بیماران بالقوه فردا هستند و توجه به سلامت پرستاران، پرداختن به فعالیتهای ارتقاء دهنده سلامت پرستاران و ارتقاء کیفیت و شایستگی پرسنل پرستاری برای اقدامات بالینی با کیفیت بیشتر ضروری می‌نماید (۲۴). پرستاری به عنوان حرفه‌ای است که می‌تواند از طریق پرداختن به رفتارهای مراقبت بهداشتی فعالانه و استراتژیهای سازگاری و خود مراقبتی برای

1-Bourbonnais  
2-Disch  
3-dropellman

4-Elligott  
5-Erin

مقابله با شرایط نامطلوب حرفه حمایت شود (۲۵)، به عبارت دیگر ارتقاء سلامت یک جزء حیاتی در پرستاری است که نیاز است در سبک زندگی هر پرستار جایگزین شود (۲۶). حال آنکه یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف حاکی از آن است که اغلب پرستاران دچار ازدیاد وزن هستند و چاقی یک عامل خطر ساز در پرستاران محسوب می‌شود که با شیفت کاری، بار کاری زیاد و استرس در ارتباط است، عادات غذایی کارکنان شیفت شب تغییر می‌کند و تغذیه پرستاران بیشتر بر طبق عادت و بین وعده‌های اصلی غذایی و در صورت فراهم بودن صورت می‌گیرد به عنوان مثال پرستاران بیشتر از غذاهای سرد استفاده می‌کنند، و به دلیل بار کاری زیاد معمولاً صرف صبحانه و چای را حذف می‌کنند، یا اغلب زمان تغذیه خود را با دوره‌های زمانی که کمترین کار را در بخش دارند تعدیل می‌کنند، بنابراین می‌توان گفت که پرستاران ممکن است برآوردن نیازهای خود را برای برآورده کردن نیازهای مراقبت از بیمار به تعویق بیندازند (۶، ۲۷، ۲۸)، از این روست که ضرورت پرداختن به استراتژی‌های ارتقاء سلامت بیش از پیش نمایان می‌شود. از طرف دیگر سلامت پرستاران به منزله تیغ دولبه ای است که نه تنها ابعاد مختلف زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه در ارتقاء سلامت بیماران نیز نقش بسزایی دارد، لذا با توجه به این مهم، پژوهشگر در صدد برآمد مطالعه ای را باهدف بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت در پرستاران، انجام دهد.

## روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه ای است توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی که به بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت در پرستاران شاغل در بیمارستان های آیت الله موسوی و ولی عصر و دکتر بهشتی زنجان پرداخته است. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، معرفی نامه ای از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان اخذ شده و برای کسب اجازه از روسای مراکز آموزشی درمانی دکتر بهشتی، ولی عصر و آیت الله موسوی ارائه شد. پس از معرفی پژوهشگر به واحدهای مورد پژوهش، تبیین اهداف پژوهش و کسب رضایت از آنها جهت شرکت در این مطالعه جهت بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت در پرستاران، ابزار طراحی شده بین ۱۱۵ نفر از پرستاران که به روش نمونه گیری آسان در سال ۱۳۸۹ از بیمارستان های دانشگاهی وابسته

به دانشگاه علوم پزشکی زنجان (سه بیمارستان) انتخاب شدند، توزیع گردید و خاطر نشان شد که نمونه ها در رد و یا قبول شرکت در این طرح تحقیقی آزادند و جهت تضمین محرمانه بودن اطلاعات مربوط به آنها، نام پرستاران بر روی برگه های فرم اطلاعاتی ذکر نشد. معیار ورود به مطالعه دارا بودن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری، اشتغال به حرفه پرستاری در مراکز آموزشی-درمانی دکتر بهشتی، آیت الله موسوی و ولی عصر و تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش بود، در ضمن نمونه ها می توانستند در صورت عدم تمایل به شرکت در طرح در هر مرحله از انجام کار از مطالعه خارج شوند. پس از نمونه گیری و تکمیل ابزارهای پژوهش که به مدت سه ماه به طول انجامید در مجموع ۵ نفر به علت عدم تمایل از مطالعه خارج شدند. ابزار بررسی پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، رده شغلی، بخشی که در آن کار می‌کند، نوبت کاری، سابقه کار بالینی، وضعیت استخدامی، ساعت اضافه کاری در ماه، اشتغال به حرفه دیگر در کنار حرفه پرستاری) و پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت پروفایل دو (HPLPII)<sup>۱</sup> است که توسط مترجمین به زبان فارسی ترجمه شده و در مطالعات متعددی از جمله مطالعه محمد خان کرمانشاهی و همکاران (۱۳۸۶) و مطالعه مروتی و همکاران (۱۳۸۴) مورد استفاده قرار گرفته است (۲۹، ۳۰) و ابعاد شش گانه سبک زندگی شامل تغذیه، مسئولیت پذیری سلامتی، روابط بین فردی و رشد روحی (هر بعد ۹ سوال) فعالیت جسمی، مدیریت استرس (هر بعد ۸ سوال) را با مقیاس لیکرتی "هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴)" و درجه بندی بطور کل در قالب ۵۲ سوال (ابعاد تغذیه، مسئولیت پذیری سلامتی، روابط بین فردی و رشد روحی هر یک شامل ۹ سوال با نمره کل هر یک از ابعاد ۳۶ و ابعاد فعالیت جسمی، مدیریت استرس هر یک شامل ۸ سوال با نمره کل هر بعد ۳۲)، مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین از نظر سطح بندی، کسب امتیاز ۱۰۳-۰ (سطح ضعیف)، ۱۵۵-۱۰۴ (سطح متوسط)، ۲۰۸-۱۵۶ (سطح خوب) زندگی محسوب شد. روایی ابزارها توسط ۱۰ نفر از اساتید و صاحب نظران، به روش روایی محتوی مورد سنجش قرار گرفت و جهت تعیین اعتبار درونی

## 1-Health promotion lifestyle profile2

استخدام به صورت رسمی، قراردادی و پیمانی بودند، هیچ یک از نمونه ها به حرفه دیگری اشتغال نداشتند.

نتایج این پژوهش نشان داد که ۸۱/۸ درصد (۹۰ نفر) پرستاران از نظر پرداختن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (سبک زندگی) در حد متوسطی بودند. در ادامه یافته ها حدود ۵/۵ درصد (۶ نفر) دارای سبک زندگی خوب و ۱۲/۷ درصد (۱۴ نفر) سبک زندگی ضعیف داشتند. هم چنین از حیطة های شش گانه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ( تغذیه ، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، مسئولیت پذیری سلامتی، روابط بین فردی و رشد روحی)، فعالیت جسمی و مدیریت استرس ضعیفترین رفتارها بود (جدول ۱).

نتایج مطالعه نشان داد که بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و زیر مقیاس های آن همبستگی مثبت در سطح ۰/۰۱ وجود داشت (جدول ۲).

هم چنین بر اساس آزمون کای دو ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و نمرات کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی، در کلیه حیطة ها به استثنای ارتباط تحصیلات و نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی معنی دار بود و ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و نمرات زیر مقیاس های ارتقاء سلامت نیز در اغلب حیطة ها به استثنای نمرات حیطة تغذیه با جنس و میزان تحصیلات، فعالیت جسمی با تحصیلات، مدیریت استرس با سمت، روابط بین فردی با تأهل، تحصیلات و سمت و مسئولیت پذیری سلامتی با جنس تحصیلات معنی دار بود (جدول ۳).

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نیز، ضریب آلفاکرونباخ محاسبه شد که ۰/۸۶ و در حد مطلوب بود.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون های آماری میانگین، فراوانی، درصد، کای دو و ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در پایان از کلیه واحدهای مورد پژوهش قدردانی گردید .

## یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که از نظر سنی ۷۷ درصد (۸۵ نفر) پرستاران تحت بررسی زیر ۳۰ سال و ۲۳ درصد (۲۵ نفر) بالای ۳۰ سال (با میانگین سنی ۳۱/۲۷)، از نظر جنس ۹۳ درصد (۱۰۲ نفر) زن و ۷ درصد (۸ نفر) مرد، از نظر وضعیت تأهل ۸۲ درصد (۹۰ نفر) متأهل و ۱۸ درصد (۲۰ نفر) مجرد، از نظر میزان تحصیلات ۹۶ درصد (۱۰۶ نفر) کارشناس و ۴ درصد (۴ نفر) کارشناسی ارشد، از نظر رده شغلی ۹۰ درصد (۹۹ نفر) پرستار و ۱۰ درصد (۱۱ نفر) سرپرستار و سوپروایزر، از نظر نوبت کاری ۸۹ درصد (۹۸ نفر) شیفت در گردش و تنها ۱۱ درصد (۱۲ نفر) شیفت ثابت، و دارای سابقه کاری بین ۳۰-۱ سال با میانگین ۷/۴۵ سال بودند. ۵۳ درصد (۵۸ نفر) در بخش های داخلی و جراحی و ۲۴ درصد (۲۷ نفر) در بخش های ویژه و ۲۳ درصد (۲۵ نفر) در بخش های اورژانس اشتغال داشتند، ساعات اضافه کاری در میان پرستارانی که اضافه کاری داشتند، ۱۴ تا ۱۷۵ ساعت در ماه با میانگین ۷۵ ساعت بود. از نظر وضعیت استخدامی ۲۰ درصد (۲۲ نفر) طرحی و ۸۰ درصد دیگر (۸۸ نفر)

جدول ۱: میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پرستاران در ۶ حیطة سبک زندگی به ترتیب امتیاز کسب شده

ردیف	ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	میانگین و انحراف معیار	نمره کل هر بعد
۱	رشد روحی	۲۴/۸۳±۴/۷۶	۳۶
۲	روابط بین فردی	۲۴/۲۱±۴/۲۵	۳۶
۳	تغذیه	۲۲/۹۸±۴/۱۱	۳۶
۴	مسئولیت پذیری سلامتی	۲۱/۸۱±۳/۷۳	۳۶
۵	مدیریت استرس	۱۷/۹۰±۴/۰۷	۳۲
۶	فعالیت جسمی	۱۵/۳۰±۴/۲۲	۳۲

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با زیر مقیاس های آن

نام متغیر	مسئولیت پذیری	رشد روحی	روابط میان فردی	مدیریت استرس	فعالیت فیزیکی	تغذیه	رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
تغذیه	۰/۳۲۴**	۰/۴۲۶**	۰/۶۴۳**	۰/۲۹۴**	۰/۴۳۸**	۱	۰/۷۰۳**
فعالیت فیزیکی	۰/۲۰۰*	۰/۴۹۹**	۰/۳۶۶**	۰/۵۴۵**	۱	۰/۴۳۸**	۰/۶۸۳**
مدیریت استرس	۰/۴۰۸**	۰/۷۵۲**	۰/۴۴۱**	۱	۰/۵۴۵**	۰/۲۹۴**	۰/۷۶۷**
روابط میان فردی	۰/۵۵۲**	۰/۶۱۸**	۱	۰/۴۴۱**	۰/۳۶۶**	۰/۶۴۳**	۰/۸۲۳**
رشد روحی	۰/۴۲۴**	۱	۰/۶۱۸**	۰/۷۵۲**	۰/۴۹۹**	۰/۴۳۸**	۰/۸۳۳**
مسئولیت پذیری	۱	۰/۴۲۴**	۰/۵۵۲**	۰/۴۰۸**	۰/۲۲*	۰/۳۲۴**	۰/۶۳۴**
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۰/۶۳۴**	۰/۸۳۳**	۰/۸۲۳**	۰/۷۶۷**	۰/۶۸۳**	۰/۷۰۳**	۱

\*\* p معنی دار در سطح ۰/۰۱ \* معنی دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۳: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و زیر مقیاس های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی

نوع شیفیت	اضافه کار	وضعیت استخدام	سابقه کار	بخش	سمت	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	جنس	سن	نمرات کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی
تغذیه	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۱۴۳*	۰/۰۰۸	۰/۱۳۵*	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
فعالیت جسمی	۰/۰۰۰	۰/۰۲۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۳۷*	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مدیریت استرس	۰/۰۰۵	۰/۰۱۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱۰	۰/۰۰۰	۰/۱۶۸*	۰/۰۱۶	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
روابط بین فردی	۰/۰۰۹	۰/۰۴۸	۰/۰۴۲	۰/۰۲۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲*	۰/۰۸۱*	۰/۱۳۴*	۰/۰۲۸	۰/۰۰۱
رشد روحی	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۴۷	۰/۰۱۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مسئولیت پذیری	۰/۰۰۰	۰/۰۳۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۰	۰/۱۰۸*	۰/۰۱۲	۰/۰۷۴*	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
نمرات کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۹*	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

\*مقادیر غیر معنی دار  $P > 0.05$ 

## بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که در مجموع پرستاران از نظر پرداختن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح متوسطی هستند، بطوری که در حیطه فعالیت جسمی، تغذیه، مسئولیت پذیری سلامتی و مدیریت استرس، رفتارها در حدی که از پرستاران به عنوان منادیان سلامتی، انتظار می رود، نبود. در مطالعه لیگات و

همکارانش (۲۰۰۹) و پیرینسی<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۰۸) نیز نمرات حیطه های فعالیت جسمی، مدیریت استرس و مسئولیت پذیری سلامتی در حد ضعیف بوده است (۱۷،۲۰) یافته های مطالعه نام<sup>۲</sup> و همکارانش (۲۰۱۲) نیز پیشنهاد می کند که ۵۳/۸ درصد پرستاران از الگوی غذایی منظمی تبعیت نمی کنند و این مسئله با میزان استرس شغلی در ارتباط است و ۷۲/۲ درصد آنها نیز به اندازه کافی ورزش نمی کنند (۳۱)، حال آن که با توجه به

1-Prinicci  
2-Nahm

کنندگان در بررسی سلامت جسمی و ۱۴/۳ درصد آنها نیز در بررسی سلامت روانی خود ضعیف یا خیلی ضعیف بودند و این افراد در مقایسه با دیگران علائم عمومی، استفاده از دارو و ویزیت های پزشکی بیشتر، ورزش منظم کمتر، به علاوه اختلال خواب، تضاد بین شغل و زندگی خانوادگی، غیبت از کار و تجربه شغل با آشفتگی بیشتر را تجربه می کردند. علائم تجربه شده فاکتور پیشگویی کننده مهمی در سلامت جسمی و روانی پرستاران می باشد، در نتیجه فاکتورهای مختلف شامل محیط شغلی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی در این که پرستاران چطور وضعیت سلامتی خود را بررسی می کنند و تا چه حد در قبال سلامتی خود احساس مسئولیت می کنند، نقش مهمی ایفا می نماید (۶). بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و نمره کل و نمرات زیر مقیاس های رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی نیز حاکی از وجود ارتباط معنی دار در اغلب حیطه ها می باشد. سن و هم چنین نوع بخش، سابقه کار، وضعیت استخدام، اضافه کار و نوع شیفت با کلیه زیر مقیاس ها و نمره توتال رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مرتبط بودند، این یافته موید آن است که سن می تواند فاکتور موثری در افزایش حساسیت افراد نسبت به سلامتی و حفظ و ارتقاء سلامت و افزایش مسئولیت پذیری باشد، در مطالعه بکر و آرنولد<sup>۳</sup> نیز افرادی که سن بالاتری داشتند، از نمرات بالاتری در حیطه تغذیه و مسئولیت پذیری سلامتی بالاتری داشتند (۳۴). جنس و وضعیت تأهل نیز با اغلب زیر مقیاس ها مرتبط بودند، یافته های مطالعه نام و همکارانش (۲۰۱۲) نیز پیشنهاد می کند که افزایش وزن، رژیم غذایی و ورزشی نامطلوب با افزایش سن تشدید می شود. خصوصاً در پرستاران زن که پس از یائسگی عموماً در معرض خطر افزایش وزن و پوکی استخوان هستند و ساعات کار طولانی و افزایش وزن احتمال آسیب به مفاصل را نیز مطرح می سازد (۳۱). بوگوسیان<sup>۴</sup> و همکارانش (۲۰۱۲) نیز شیوع بیشتر چاقی و اضافه وزن را در پرستاران نسبت به جمعیت کلی گزارش کردند و به ارتباط قابل ملاحظه بین افزایش وزن، سن، جنس مرد بودن و یائسگی پی بردند (۳۵). در مطالعه حاضر ارتباط بین جنس و تغذیه و مسئولیت پذیری سلامتی معنی دار نبود، البته با توجه به

احتمال اضافه وزن در پرستاران به دنبال عواملی چون ساعات کاری نامنظم، استرس آور بودن شغل که سبب اختلال در خواب و عادات تغذیه ای می شود، رعایت سبک زندگی مناسب و مسئولیت پذیری سلامتی خصوصاً در زمینه تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی و مدیریت استرس ضروری است. در مطالعه کیسی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نیز که به صورت کیفی و با هدف بررسی ادراکات فهم و تجارب پرستاران در زمینه ارتقاء سلامت انجام شد در مجموع گزارش شد که اقدامات ارتقاء سلامت به ندرت و در صورتی که پرستار زمان داشته باشد، اجرا می شود (۳۲). در این مطالعه آنچه بیشتر جلب توجه می نماید نمرات حداقلی در حیطه های فعالیت جسمی و مدیریت استرس می باشد. طی مطالعه انجام شده در جامعه زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی همدان توسط امدادی و همکارانش (۱۳۸۷) نیز ۷ درصد زنان اصلاً به ورزش کردن فکر نمی کنند، ۵۸/۷ درصد بانوان به فکر شروع ورزش کردن بودند و در زمان انجام مطالعه ورزش نمی کردند و تنها ۳۴/۴ درصد زنان فعالیت جسمی داشتند که ۸/۷ درصد به طور منظم و روزانه بود و این در حالی است که سطح خود کارآمدی در زنانی که ورزش می کردند بالاتر از زنانی بود که قصد ورزش کردن داشتند و بانوانی که به امر فعالیت جسمی می پرداختند، فواید بیشتری در امر ورزش کردن می دیدند (۳۳). خاقانی زاده (۱۳۸۵) نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت که سلامت روان پرستاران به دلایل متعددی چون ماهیت استرس زای این حرفه، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت های غیر مترقبه، نوبت های کاری، عوامل سازمانی و عوامل فردی بیشتر از سایر افراد جامعه در معرض خطر است، این در حالی است که برنامه های مدیریت استرس به ندرت توسط پرستاران به اجرا در می آید (۱۵)

دیگر یافته های حاصل از پژوهش نیز حاکی از آن است که همبستگی بین نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و نمرات حیطه های روابط بین فردی، تغذیه، مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت جسمی، مدیریت استرس و رشد روحی در سطح  $p=0/01$  به لحاظ آماری معنی دار بود. نتایج مطالعه اسوینسدوتیر<sup>۲</sup> و همکارانش (۲۰۰۸) نیز حاکی از آن بود که ۲۱/۷ درصد مشارکت

3-Becker &Arnold  
4-Bogossian

1-Casey  
2-Sveinsdottir

سازد (۱۷)، هم چنین در مطالعه حاضر ارتباط بین تحصیلات و مدیریت استرس و رشد روحی معنی دار بود. هاسیو<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) ارتباط بین تحصیلات و ارتقاء سبک زندگی در دانشجویان پرستاری تایوان را بررسی کرده و نتیجه گرفت که تمایل دانشجویان به پرداختن به رفتارهای سبک زندگی سالم با افزایش سطح تحصیلات ارتقاء می یابد (۳۸). آلپار<sup>۴</sup> نیز در طول چهار سال پیگیری اختلاف قابل ملاحظه ای را در نمرات رشد روحی، مسئولیت پذیری سلامتی، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت استرس مشاهده نمود و دریافت که از ابتدا تا انتهای دوره تحصیلی چهار ساله رفتارهای سبک زندگی سالم ارتقاء می یابد (۲۳)، کلی<sup>۵</sup> و همکارانش (۲۰۱۱) نیز به ارتباط بین عقاید شناختی در زمینه سبک زندگی سالم شامل نگرش ها و انتخاب های مربوط به آن با فعالیت جسمی و دریافت میوه و سبزی در بالغین اشاره کردند (۳۹). در مطالعات ذکر شده قبلی نیز اهمیت تحصیلات عنوان شد به طوری که افراد با تحصیلات بیشتر از سبک زندگی سالمتری برخوردار بودند. بنابراین این مسئله می تواند به عنوان راهنمایی در انتخاب روش های آموزشی مبتنی بر کار گروهی و رویکردهای مبتنی بر عملکرد روحی در مخاطب ساختن ارتقاء سلامت پرستاران محسوب شود. هم چنین احتمال بروز افزایش وزن در پرستاران شیفت در گردش ۱/۱۵ برابر پرستاران با شیفت ثابت می باشد و خطرات شغلی، اضافه وزن و چاقی در پرستارانی که به صورت نیمه وقت کار می کنند کمتر است، بنابراین محیط شغلی خصوصاً نوع شیفت در ایجاد عادات غذایی ناسالم موثر است و پرستاران مکرراً از تنقلات و مواد غذایی شیرین به عنوان روشی برای سازگاری با استرس استفاده می کنند چرا که استرس شغلی می تواند سبب رفتارهای ناسالم و یا تغییر عملکرد اندوکروینی شود، هم چنین ساعات کاری طولانی و یا شیفت در گردش و اضافه کاری سبب بروز خستگی و عدم اجرای رفتارهای پیشگیرانه خواهد شد (۳۵)، از این رو می توان نتیجه گرفت که با اعمال تغییراتی در شرایط شغلی نظیر اعطای شیفت ثابت به جای شیفت در گردش که با ریتم های فیزیولوژیک پرستاران تداخل دارند، هم چنین به حداقل

مسئولیت زنان در آماده کردن غذا و نقش کلیدی آنها در ارتقاء سلامتی اعضای خانواده زنان باید در این زمینه ها آگاهتر بوده و عملکرد مناسبتری داشته باشند، اگرچه در این مطالعه تنها ۷ درصد پرستاران مرد بودند، شاید این مسئله نیاز به تحقیق دیگری با تعداد نمونه بیشتر از جنس مذکر را مطرح سازد. به نظر می رسد، مجردها و مطلقه ها در مقایسه با سایرین در معرض خطرات بیشتری باشند که سلامتی را تهدید می کنند، همان گونه که در مطالعه حاضر نیز بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و وضعیت تأهل ارتباط معنی دار بود، پوگلیس و تینسلی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نیز به ارتباط مثبت حمایت اجتماعی توسط خانواده و همسر و رفتارهای سبک زندگی خصوصاً در بعد فعالیت جسمی و مصرف میوه و سبزی پی بردند (۳۶). مطالعه واس نیوسکا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰) نیز ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی و متغیرهای سبک زندگی را نشان داد، به طوری که زنان در کلیه گروه های سنی به استثنای گروه سنی ۲۴-۲۰ سال از مردان فعالتر بودند، مشارکت فعال زنان در برنامه فعالیت جسمی می تواند در مجموع با پرداختن آگاهانه زنان به رفتارهای سالم و شیوع بیشتر استفاده از ماشین توسط مردان توجیه شود (۳۷). در مطالعه پیرینسی و همکارانش (۲۰۰۸) نیز به طور مشابه بین سن، سطح تحصیلات، تأهل، درآمد و ابتلا به نوعی بیماری مزمن و نمرات رفتارهای ارتقاء سلامت ارتباط مستقیم وجود داشت (۱۹). اما در مطالعه الیگات و همکارانش (۲۰۰۹) بر خلاف مطالعه حاضر، نتایج حاکی از آن بود که اختلاف آماری معنی داری از نظر نوع بخش، فاکتورهای دموگرافیکی با نمرات زیر شاخه های ارتقاء سلامت شامل تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد روحی و مسئولیت پذیری سلامتی از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود نداشت (۱۷). در مطالعه الیگات و همکارانش (۲۰۰۹) نیز ارتباط بین نوع بخش و نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی معنی دار نبود، اما پرستاران شاغل در بخش های داخلی و جراحی به نسبت پرستاران بخش های ویژه نمرات بهتری کسب نمودند، اختلاف نمرات در بخش های ویژه و داخلی و جراحی ممکن است نیاز به تحقیق و مداخلات بیشتر را مطرح

3-Hsiao  
4-Alpar  
5-Kelly

1-Pogliese &Tinsley  
2-Kwasniewska

بنابراین پیشنهاد می شود که موانع خاص ارتقاء سلامتی در پرستاران شناسایی شده و از استراتژی هایی چون برگزاری کلاس های آموزشی- تجربی در زمینه ارتقاء مسئولیت پذیری فردی در قبال سلامتی و اصلاح الگوهای تغذیه، معرفی و جایگزین کردن غذاهای مفید و سالم با پخت درکوتاهترین زمان با غذاهای آماده، فعالیت جسمی، رشد فعالیت های فردی مدیریت استرس نظیر آشنایی و بکارگیری مکانیسم های سازگاری، شناخت عکس العمل ها، تصویرسازی و ارتقاء احساس خوب بودن، با بهره گیری از به مشارکت گذاشتن تجربیات زندگی خودشان با یکدیگر از طریق تشکیل کمیته ارتقاء سلامت در بیمارستان استفاده شود.

### تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و کادر پرستاری بیمارستان های آیت الله موسوی، دکتر بهشتی و ولی عصر زنجان که ما را در پیشبرد اهداف این تحقیق یاری نمودند، تشکر و سپاسگزاری می گردد.

رساندن شیفت های اضافه کاری، انتخاب نوع بخش متناسب با علاقه و روحیات پرستاران می توان کیفیت زندگی آنها را ارتقاء بخشید (۲۲،۴۰). هر چند یافته های این مطالعه موید سبک زندگی پرستاران می باشد، اما با محدودیت هایی نیز همراه بود، ویژگیهای شخصیتی، زمینه های روانی، اجتماعی و فرهنگی، تفاوت های فردی و حالات روحی و روانی هنگام پاسخ دادن به پرسشنامه از متغیرهای غیرقابل کنترل در این پژوهش بود، از طرفی دیگر داده ها به صورت خود گزارشی گردآوری شدند، از این رو ممکن است سبک زندگی واقعی پرستاران را منعکس نکند.

### نتیجه گیری

در مجموع با توجه به نتایج پژوهش حاضر پرستاران از نظر پرداختن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حد متوسطی بود، لذا نیاز به بهبود فعالیت های خود مراقبتی و انجام اقدامات کافی برای ارتقاء محیط شغلی آنان، در جهت ارتقاء سبک زندگی مرتبط با سلامت وجود دارد،



## References:

1. Soleimani M, Masoudi R, Sedeghi T, Ghorbani M, Hassanpour A. Correlation of general health and quality of sleep in relief and un-relief nurses in educational centers of Iran medical sciences university. *Journal of Shahrekord Medical Sciences University*. 2008; 10(3): 70-75. [Persian]
2. Gobasi Z, Kelleci M, Dogan S. Relationship between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(12): 1800-1806.
3. Gandoy –Crego M, Clemente M, Mayan-Santos JM, Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 48 (2): 246-249.
4. Perry B. Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice*. 2008; 9( 1): 36-44.
5. Mcneely E. The consequences of job stress for nurses health: Time for a check-up. *Nursing Outlook*. 2005; 53(6): 291-299.
6. Sveinsdottir H, Gunnarsdottir HK. Predictors of self –assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(10): 1479-1489.
7. Rechel B, Buchan J, Mckee M. The impact of health facilities on healthcare workers well-being and performance: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(7): 1025-34.
8. Mark BA, Hughes LC, Belyea M, CHang Y, Hofmann D, Jones CB, Bacon TC. Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries. *National Safety Council*. 2007; 38(4): 431-446.
9. Carlson GD, Warne T. Do healthier nurses make better health promoters? Review of the literature. *Nurse Education Today*. 2007; 27(5): 506-513.
10. Bambra C, Gibson M, Sowden A.J, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Working for health evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organizational changes to the psychosocial work environment. *Preventive Medicine*. 2009; 4(2): 1003-1004.
11. Bourbonnaise R, Brisson C, Malenfant R, Vezina M. Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*. 2005; 47(1): 54-64.
12. Disch J. Healthy work environments for all nurses. *Journal of Professional Nursing*. 2000; 16(2):75.
13. Bigdeli A, Karym- zadeh S. Effect of stress on mental health nurses in Semnan. *Journal of Semnan Medical Sciences University*. 2006; 8(2): 21-25. [Persian]
14. Navidian A, Masuodi R, Mousavi S. The survey of stressful job events and general health in nurses who work in emergency ward of Zahedan hospital. *Journal of Kermanshah University of Medical science*. 2005; 9(3): 17-26. [Persian]
15. Khaghani-Zadeh M, Nick-Sirat M, Abdi F, Kaviani H. Level of mental health nurses in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Fundamentals of Mental Health*. 2006 (31,32): 141-148. [Persian]
16. Al-Kandari F, Thomas D. Adverse nurse outcomes: correlation to nurses workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals. *Applied Nursing Research*. 2008; 21(3): 139-146.
17. Elligott DM, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? *Applied Nursing Research*. 2009 ; 22(3): 211–215.
18. Gunnarsdottir HK, Rafnsdottir GL, Helgadottir B, Tomasson K. Psychosocial risk factors for musculoskeletal symptoms among women working in geriatric care. *American Journal of Industrial Medicine*. 2003; 44(6): 679-684.
19. Erin CP, Kristin AR. Shift working and well-being: a physiological and psychological analysis of shift workers. *Journal of Undergraduate Research*. 2003; 5: 1-5.
20. Prinicci E, Rahman S, Durmus A B, Erdem R. Factors affecting health- promoting behaviors in academic staff. *Public Health*. 2008; 122(11): 1261-1263.
21. Kelargari SH, Afshar- Moghadam F, Azar M. Types of sleep disorders in nurses. *Journal of Gorgan University of Medical Science*. 2002; 3(1): 46-50. [Persian]
22. Kudielka BM, Buchtal J, Uhde A, Wust S. Circadian cortisol profiles and psychological self-reports in shift workers with and without recent change in the shift rotation system. *Biological Psychology*. 2007; 74(1): 92-103.
23. Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabumcu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*. 2008; 8(6): 382-388.

24. Tzeng HM. Nurses self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 41(5): 487-496.
25. Kravits K, Mcallister-Black R, Grant M, Kirk C. Self care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*. 2010; 23(3): 130-138.
26. Shahar DR, Henkin Y, Rozen GS, Adler D, Levy O, Safra C, Itzhak B, Golan R, Shai I. A controlled intervention study of changing health –providers attitudes toward personal lifestyle habits and health – promotion skills. *Applied Nutritional Investigation*. 2009; 25(5): 532-539.
27. Engkvist IL . Back injuries among nurses –A comparison of the accident processes after a 10 –year follow up .*Safety Science*. 2008; 46(2): 291-301.
28. Walker AM. A Perspective on the nursing shortage. *Surgical Neurology*. 2009; 71(1): 81-82.
29. Kermanshahi S. Perception and experiences of health phenomenon in mothers of Children with mental retardation and designing and evaluating the nursing model of health promotion. [dissertation]. Tehran Tarbiat Modares University of Medical Sciences Nursing Department; 2008. [Persian]
30. Morowati-Sharifabad MA. Optimization model of health promotion and its evaluation with the application of adult learning theory in older adults' health promoting change behavior in yazd. [dissertation] Tarbiat Modares University of Medical Sciences Health Eaducation Department; 2006. [Persian]
31. Nahm E.Sh, Warren J, Zhu Sh, An M, Brown J. Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. *Baltimore Nursing Outlook*. 2012; 60( 5): 23–31.
32. Casey D. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Clinical Nursing Research*. 2007; 16(6): 1039-49.
33. Emdadi SH, Rakhshani F, Moradian M. Physical activity in employed women in Hamedan University of Medical Sciences. Third National Congress of Health Promotion and Health Education. 2009, 139. [Persian]
34. Becker CM, Arnold W. Health promoting behaviors and older Americans versus young and middle aged adults. *Educational Gerontology*. 2004; 30(10): 835-44.
35. Bogossian F.E, Hepworth J, Leong G M, Flaws D.F, Gibbons K S, Benefer C A, Turner C A cross-sectional analysis of patterns of obesity in a cohort of working nurses and midwives in Australia, New Zealand, and the United Kingdom. *International Journal Nursing Studies*. 2012; 49(6): 727-738.
36. Pugliese, J. Tinsley, B. Parental socialization of child and adolescent physical activity: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*. 2007; 21(3): 331-343.
37. Kwaśniewska M, Kaczmarczyk-Chałas K, Pikala M, Broda b, Kozakiewicz K, Pająk A, Tykarski A, Zdrojewski T. Drygas Socio-demographic and lifestyle correlates of commuting activity in Poland. *Preventive Medicine*. 2010; 50(5,6): 257–261.
38. HsiaoY.C, Chen M.Y, Gau, Y.M, Hung L.L, Chang S.H, Tsai H.M. Short-term effects of a health promotion course for Taiwanese nursing students. *Public Health Nursing*. 2005; 22 (1): 74–81.
39. Kelly SA, Melnyk BM, Jacobson DL, O'Haver, JA. Correlates Among healthy lifestyle cognitive beliefs, healthy lifestyle choices, social support, and healthy behaviors in adolescents: Implications for behavioral change strategies and future research. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010; 25(4): 216-223.
40. Whitehead D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and general health promotion: A discussion paper. *International Journal of Nursing Study*. 2009; 46(6): 865-874.

## Health Related Lifestyle in Nurses

Heidari F<sup>1</sup>, Mohammadkhan-Kermanshahi S<sup>2\*</sup>

1. Graduate from Faculty of Medical Sciences of Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor of Nursing, Faculty of Medical Sciences of Tarbiat Modares

University, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: sima098@yahoo.com

Received:2012/9/13

Accepted:2012/10/22

### ABSTRACT

**Background & objective:** According to several factors which threatening nurses health and increasing complexity of nursing services, nurses as one the main links of the care chain, to address the increasing health promoter behaviors are demanding qualified and competent nurses for high quality clinical practices. Health promotion is considered an important element of the nurses' health that needs to replace in nurses lifestyle. So the present study was performed to determine the health related life style in nurses.

**Methods:** This research is a cross-sectional, descriptive analytical study that was aimed to determine health related life style in nurses. Tools to gather data in this research included: questionnaire of health promotion lifestyle profile and questionnaire of demographic data were filled by 110 nurses from zanzan medical science university at 2011 which sampling and data were analyzed by SPSS v.16.

**Results:** The finding showed that from the six subscales of healthy lifestyle behaviors (Interpersonal relationship, nutrition, health responsibility, exercise, stress management and self actualization) lower score for exercise and stress management and higher score for self actualization and interpersonal relation's were found for nurses in the present study. Thus on the basis of chi-square test there was meaningful relationship between demographic variable's and health promoting-behaviors total score in the most of subscale's ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** With regard to data analysis, in general, in this study nurses showed intermediate levels of health promoting behaviors. Also for the purpose of improved health –promoting behaviors application by nurses, establishedment of nursing health –promotion committee in hospitals with emphasis health –promoting behaviors, recommended

**Key words:** Nurse, health promotion, life style

Vol 14, NO 3, autumn 2012: 23-33