بررسی وضعیت انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در اساتید دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال 1388

سیدسعید مظلومی محمود آباد[1]، شکوه فاضل پور*[1]، محسن عسکرشاهی[1]

1) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

تاریخ دریافت: 89/12/14 تاریخ پذیرش 91/7/20

چکیده

مقدمه: سلامت مجموعه ای از عناصر جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی، هوشی و محیطی را در بر می گیرد و برای دستیابی به بالاترین حد سلامت جسمی می توان از طریق تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای پرخطر و تشخیص به هنگام نشانه های بیماری به آن دست یافت و با توجه به این که 50 درصد از همه هزینه ها با شیوه زندگی ناصحیح، ارتباط دارد لذا بر آن شدیم تا این مطالعه را با هدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در اساتید دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام دهیم.

مواد و روش ها: نوع مطالعه توصیفی-مقطعی و به صورت سرشماری 142 نفر از اساتید در سال 88 مورد پرسش قرار گرفتند. اطلاعات از طریق پرسش نامه HpLp-II که شامل 52 آیتم که ترکیبی از 2 طبقه و 6 زیر مجموعه بود جمع آوری گردید.(طبقه یک: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل زیر مجموعه های مسئولیت پذیری سلامت، فعالیت های فیزیکی و عادت های تغذیه ای. طبقه دو: رفاه روانی اجتماعی شامل زیر مجموعه های رشد معنوی، ارتباطات بین فردی و مدیریت استرس) که هر یک از سوالات طبق طیف لیکرات امتیازدهی شد که مینیمم و ماکزیمم امتیاز 208-52 بود. اطلاعات پس از جمع آوری وارد SPSS شد و توسط تست های آماری X2، T-Test و Correlation مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: نتایج بیانگر این است که 26/8 درصد از اساتید زن و 73/2 درصد مرد بودند. 6/3 درصد مجرد و 93/7 درصد متاهل و 51/4 درصد دارای مدرک دکتری تخصصی بودند. مقایسه رفتارهای ارتقاء سلامت در دو جنس نشان داد که امتیاز اساتید زن در عادت های تغذیه ای، حس مسئولیت پذیری و روابط بین فردی بیش از اساتید مرد بود و برحسب وضعیت تاهل نشان داد که امتیاز اساتید متاهل در فعالیت های فیزیکی و عادت های تغذیه ای بیش از اساتید مجرد بود ولی از لحاظ آماری معنی دار نبود. در کل میانگین امتیاز فعالیت های فیزیکی دراساتید زن و مرد از بقیه زیر مجموعه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کمتر بود و تنها 18/4-28/8 درصد از یک برنامه ورزشی برنامه ریزی شده پیروی می کردند. از لحاظ عادت های تغذیه ای در کل مصرف غلات و سبزیجات کم بود و70 درصد از اساتید صبحانه مصرف می کردند. تقریب به 40 درصد از اساتید از مهارت های مدیریت استرس استفاده می کردند و میانگین امتیاز رفتارهای مرتبط با مدیریت استرس در اعضاء هیئت علمی مرد بیش از اعضاء هیئت علمی زن بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این که 60 درصد امتیاز مربوط به سازه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و رفاه روانی اجتماعی، توسط اساتید کسب شده است به نظر می رسد طراحی برنامه جامع ارتقاء فعالیت فیزیکی اساتید و مدیریت استرس می تواند نقش مهمی در رفاه جسمی، روانی و اجتماعی اساتید دانشگاه داشته باشد.

واژه های کلیدی: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، رفاه روانی اجتماعی، اساتید دانشگاه

* **نویسنده مسئول:** گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

Email: shfazelpour@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت(WHO) تندرستی را نه تنها بیمار نبودن و یا نداشتن نقص عضو بلکه سلامت کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی می داند،(1). با توجه به اهمیت مشارکت مردم در برنامه های سلامتی در منشور اوتاوا، دیدگاه ارتقاء سلامت(Health Promotion) شکل گرفت،(۲،۳). ارتقاء سلامت از نظر WHO یعنی فرآیند توانمندسازی مردم برای بهبود و افزایش تسلط بر سلامت خود،(4)، و از دیدگاه walker شیوه ارتقاء سلامت یک الگوی چندبعدی از خودکارآمدی و حفظ و نگهداری یا ارتقاء سطح رفاه و خودشکوفائی کامل اشخاص می باشد،(5)، و از این رو رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و رفاه روانی اجتماعی اشخاص از تعیین کننده های مهم وضعیت سلامتی هستند،(6). این رفتارها بر روی خطرات بعدی در جهت ایجاد اختلالات مرتبط با شیوه زندگی نیز تاثیر گذار است،(7)، به طوری که در ایالت متحده و کانادا در حدود 50 درصد از همه هزینه ها با سبک زندگی ناسالم، ارتباط دارد.(8)

بر طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت 80-70 درصد مرگ ها در کشورهای پیشرفته و 50-40 درصد آن در کشورهای در حال توسعه، بر اثر عوامل مرتبط با سبک زندگی می باشد،(9). با توجه به این که ارتقاء سلامت نشان دهنده توانمندسازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم می باشد و تا زمانی که مردم نتوانند عوامل موثر بر سلامت خود را کنترل کنند، ارتقاء سلامت به مفهوم کلی آن تحقق نمی یابد لذا انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین راه هایی است که مردم توسط آن می توانند سلامتی خود را کنترل نمایند و نیز راهکاری برای رسیدن به هدف ملی سلامتی است.

برنامه های ارتقاء سلامت بر رفتارهایی بهبودبخش مانند: ورزش مرتب، خوردن غذاهای مغذی، فائق آمدن بر استرس، پرهیز از دخانیات، الکل، مواد مخدر، ایجاد روابط ارضاء کننده با دوستان، زندگی در منطقه ای با هوای پاک و داشتن هدف در زندگی تاکید دارد.(4)

لذا در این راستا و با توجه به این که در ایران مطالعات جامعی در این رابطه صورت نگرفته است و با توجه به اهمیت موضوع در بین اساتید دانشگاه که به عنوان متولیان سلامت و الگوی دانشجویان بوده و اعمال و رفتارشان تاثیر زیادی در جامعه به خصوص قشر جوان دارد این مطالعه با هدف تعیین وضعیت انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام گرفت.

مواد و روش ها

نوع مطالعه توصیفی و به روش مقطعی و به صورت سرشماری انجام گرفت. اطلاعات از طریق پرسش نامه Health Promotion Lifestyle Profile II (HpLp-II) جمع آوری گردید. این پرسش نامه ابزاری است که جهت ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به کار گرفته می شود و این در حالی است که ابزارهای دیگری نیز وجود دارند که تنها یک بعد از رفتارهای ارتقاء سلامت را پوشش می دهند. HpLp-II به طور وسیعی در تحقیقات ارتقاء سلامت استفاده شده است،(10)، و روایی و پایایی آن در بین جمعیت های متفاوت نظیر دانشجویان، نوجوانان و بالغین جهت کشف همبستگی و یا تعیین کننده های سلامت به اندازه کافی گزارش شده است.(۱۱،۱۲)

آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی پرسش نامه HpLp-II، 0/94 و برای 6 زیر مجموعه آن (0/79-0/94) ذکر شده است.

این پرسش نامه شامل 52 آیتم، که ترکیبی از 2 طبقه و 6 زیر مجموعه شامل(طبقه یک: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل زیر مجموعه های «مسئولیت پذیری سلامت، فعالیت های فیزیکی و عادت های تغذیه ای» و طبقه دو: رفاه روانی اجتماعی شامل زیر مجموعه های«رشد معنوی، ارتباطات بین فردی، مدیریت استرس») می باشد که مسئولیت پذیری سلامت شامل توجه و پذیرش سلامت برای سلامت فردی و شرکت در آموزش های سلامت و جستجوی همکاری تخصصی در هنگام ضرورت و فعالیت های فیزیکی شامل الگوی ورزش منظم و عادت های تغذیه ای شامل پایداری الگوی تغذیه ای گوشت و مواد غذایی مناسب می باشد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

رشد معنوی(روحی) شامل کسب خودشکوفائی و رضایتمندی است. مدیریت استرس شامل تشخیص منابع استرس و کنترل استرس و رسیدن به آرامش است.

هر یک از سوالات طبق طیف لیکرات امتیازدهی شد(در مقابل هر سوال 4 پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز(1)، گاهی اوقات(2)، معمولاً(3) و همیشه(4) نمره دهی می شود). محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین 208-52 است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است.

سپس اطلاعات جمع آوری شده وارد SPSS شد و توسط تست های آماری X2، T-Test و Correlation مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش

یافته های به دست آمده از 142 پرسش نامه تکمیل شده نشان داد که(38 نفر) 26/8 درصد زن و (104 نفر) 73/2 درصد مرد بودند که از این تعداد(9 نفر) 6/3 درصد مجرد و (132 نفر) 93/7 درصد متاهل بودند.

51/4 درصد دارای مدرک دکترای تخصصی بودند. 69/7 درصد دارای مدرک پزشکی و دندان پزشکی بودند و تنها 3/5 درصد سیگاری بودند. و 41/5 درصد دارای BMI نرمال(24/9- 18/5) و 47/9 درصد دارای اضافه وزن(39/9-25) و 10 درصد چاق(BMI>30) بودند. رنج سنی آن ها بین 70-26 سال بود. یافته ها نشان داد که افراد هر اندازه وضعیت سلامت خود را خوب ارزیابی می کردند به همان نسبت میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بالاتری داشتند.(جدول شماره 1)

به طور کلی رفتارهای ارتقاء سلامت و رفاه روانی اجتماعی در دو جنس مقایسه شدند و یافته ها نشان داد که امتیاز اساتید زن در عادت های تغذیه ای بیش از اساتید مرد بود.(t=2.72, P=0.007) امتیاز اساتید زن در حس مسئولیت پذیری و روابط بین فردی بیش از اساتید مرد بود ولی از لحاظ آماری معنی دار نبود.(t=0.86, P=0.3, t=1.07, P=0.2) و در نهایت تفاوت معنی داری بین دو جنس در بقیه زیر مجموعه ها یافت نشد.(جدول شماره 2)

مقایسه رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب وضعیت تاهل نشان داد که امتیاز اساتید متاهل در فعالیت های فیزیکی و عادت های تغذیه ای بیش از اساتید مجرد بود و امتیاز اساتید مجرد در بقیه زیر مجموعه ها بیش از اساتید متاهل بود ولی تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت.(جدول شماره 3)

گزینه معمولاً و همیشه در تمام سوالات پرسش نامه تحت عنوان یک گزینه recod شد و مورد آزمون کای دو قرار گرفت و نتایج آن در جدول شماره 4 ارائه گردید:

جدول شماره 1. مقایسه میانگین رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب ارزیابی وضعیت سلامتی

ارزیابی وضعیت سلامت		حس مسئولیت پذیری	فعالیت های فیزیکی	عادت های تغذیه ای	رشد معنوی	ارتباط بین فردی	مدیریت استرس
متوسط	میانگین	18/50	14/96	21/45	25/71	21/91	16/84
	انحراف معیار	4/3	3/6	4	3/7	3/4	3/7
خوب	میانگین	18/67	16/36	21/34	26/06	22/99	17/78
	انحراف معیار	3	4/1	3/9	4/2	3/7	3/7
خیلی خوب	میانگین	19/41	17/54	22/40	28/31	24/40	19/67
	انحراف معیار	4/2	4/4	4/2	4/9	4/1	3/7
عالی	میانگین	21/44	17/66	22/83	28/55	26/97	17/66
	انحراف معیار	6/1	3/8	5/3	6/8	5	4/8
کل	میانگین	19/04	16/55	21/77	26/82	23/48	18/17
	انحراف معیار	3/9	4/2	¼	4/7	4	3/9
	درصد میانگین	8/9	7/8	10/2	12/5	11	8/5
	ماکزیمم نمره	208	208	208	208	208	208

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 2. مقایسه میانگین رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب جنس

جنسیت میانگین	زن	مرد	تفاوت میانگین	T-Test	نتیجه آزمون
حس مسئولیت پذیری	19/28	18/44	0/84	1/07	P≤0.28
فعالیت های فیزیکی	13/84	15/70	-1/85	-2/17	P≤0.03
عادت های تغذیه ای	23/21	21/08	2/12	2/72	P≤0.007
رشد معنوی	26/13	26/93	-0/80	-0/88	P≤0.37
روابط بین فردی	23/76	23/03	0/72	0/86	P≤0.36
مدیریت استرس	17/76	18/10	-0/34	-0/44	P≤0.65
کل	124	123/89	0/10	0/02	P≤0.97

جدول شماره 3. مقایسه میانگین رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب وضعیت تاهل

وضعیت تاهل میانگین	مجرد	متاهل	تفاوت میانگین	T-Test	نتیجه آزمون
حس مسئولیت پذیری	19/22	18/63	0/59	0/41	P≤0.68
فعالیت های فیزیکی	13/77	15/30	-1/52	-0/96	P≤0.33
عادت های تغذیه ای	21/66	21/65	0/012	0/009	P≤0.99
رشد معنوی	27/11	26/69	0/41	0/16	P≤0.80
روابط بین فردی	23/55	23/21	0/34	0/16	P≤0.87
مدیریت استرس	19/33	17/92	1/40	1/01	P≤0.31
کل	124/66	123/87	0/79	0/12	P≤0.90

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 4، مقایسه میانگین رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب جنس به وسیله آزمون کای دو

رفتارهای ارتقاء سلامت	زن(**n** =38)	مرد(**n**=104)	X2	نتیجه آزمون
حس مسئولیت پذیری:				
سوال 33- بدنم را حداقل ماهی یکبار جهت تغییرات فیزیکی یا علائم خطرناک بازرسی می کنم.	7 (18/4)	11 (10/6)	1/64	P≤0.44
سوال 3- هرگونه نشانه یا علامت غیرمعمول در بدنم را به یک پزشکی و یا سایر پرسنل بهداشتی گزارش می کنم.	19 (51/4)	47 (45/6)	3/87	P≤0.14
سوال 51- بهنگام ضرورت در جستجوی راهنمایی و مشاوره می روم.	23 (60/5)	54(53/5)	0/633	P≤0.72
سال 15- از پرسنل بهداشتی جهت درک دستورالعمل های آنان سوال می کنم.	5 (13/5)	13 (13)	0/006	P≤0.99
سوال 21- زمانی که از ارائه دهنده مراقبت بهداشتی ام توصیه ای متفاوت دریافت می کنم عقیده ثانویه را می پذیرم.	10 (26/3)	38 (38/8)	5/28	P≤0.07
سوال 39- از پرسنل بهداشتی (مثل پزشکان، پرستاران و ...) راجع به چگونگی مراقبت خوب از خودم درخواست اطلاعات می کنم.	6 (16/2)	19 (19)	2/22	P≤0.22
سوال 27- در مورد نگرانی ها و دلواپسی های بهداشتی ام با پرسنل بهداشتی بحث می کنم.	7 (18/9)	9 (8/9)	2/80	P≤0.24
سوال 9- برنامه های تلویزیونی راجع به بهداشت و سلامت را نگاه می کنم و یا در این رابطه مطالعه می کنم.	13 (34/2)	29 (27/9)	0/91	P≤0.63
سوال 45- در برنامه های آموزشی در زمینه مراقبت و بهداشت فردی شرکت می کنم.	10 (26/3)	13 (12/9)	7/70	P≤0.02
فعالیت فیزیکی:				
سوال 4- از یک برنامه ورزشی برنامه ریزی شده پیروی می کنم.	7 (18/4)	30 (28/8)	4/15	P≤0.12
سوال 10- برای 20 دقیقه یا بیشتر، حداقل 3 بار در هفته ورزش سنگین می کنم. (مثل دو، دوچرخه سواری، کوهنوری و استفاده از پلکان رونده)	3 (7/9)	21 (20/2)	3/67	P≤0.15
سوال 16- در فعالیت های جسمی سبک و متوسط شرکت می کنم (مثل راه رفتن یکنواخت، 30 تا 40 دقیقه، 5 بار یا بیشتر در هفته)	11 (29/7)	42 (40/4)	5/84	P≤0.05
سوال 22- در فعالیت های فیزیکی سرگرم کننده اوقات فراغت نظیر شنا، دوچرخه سواری شرکت می کنم.	2(5/3)	20 (19/2)	7/40	P≤0.02
سوال 28- ورزش های کششی را حداقل سه بار در هفته انجام می دهم.	3 (7/9)	7 (6/8)	0/755	P≤0.67
سوال 34- در خلال کارهای روزانه ورزش می کنم (مثلاً قدم زدن در خلال نهار، استفاده از پله بجای آسانسور، پارک کردن ماشین دور از مقصد و قدم زدن تا مقصد)	16 (42/1)	36 (34/6)	5/89	P≤0.05
سوال 40- در هنگام ورزش تعداد ضربان نبضم را کنترل می کنم.	5 (16/2)	16 (15/5)	0/611	P≤0.73
سوال 46- به ضربان قلب مورد نظرم در زمان ورزش می رسم.	8 (22/2)	30 (30/9)	7/57	P≤0.02
عادت های تغذیه ای:				
سوال 2- رژیم غذایی کم چربی، فاقد چربی های اشباع شده و کلسترول انتخاب می کنم.	23 (60/5)	64 (61/5)	1/05	P≤0.59
سوال 8- استفاده از شکر و یا غذاهای حاوی شکر را محدود می کنم.	22 (57/9)	47 (45/2)	1/81	P≤0.40
سوال 14- هر روز 11-6 وعده نان، غلات، برنج و ماکارونی می خورم.	13 (34/2)	16 (15/5)	7/36	P≤0.02
سوال 20- در هر روز 4-2 وعده میوه می خورم.	20 (54/1)	47 (45/2)	0/945	P≤0.62
سوال 26- در هر روز 5-3 وعده سبزیجات می خورم.	8 (21/1)	8 (7/7)	5/16	P≤0.07
سوال 32- در هر روز 3-2 وعده شیر، ماست یا پنیر می خورم.	24 (63/2)	45 (44/1)	4/40	P≤0.11
سوال 38- تنها روزانه 3-2 وعده گوشت، مرغ، ماهی، حبوبات، تخم مرغ و آجیل می خورم.	17 (44/7)	21 (20/9)	8/17	P≤0.01
سوال 44- برچسب غذاهای بسته بندی شده را می خوانم تا از میزان مواد مغذی، چربی و نمک آن آگاه شود.	25 (65/8)	56 (54/4)	5/05	P≤0.08
سوال 50- صبحانه می خورم.	27 (71/1)	76 (73/1)	0/277	P≤0.87
رفاه روانی اجتماعی:				
رشد معنوی:				
سوال 6- این احساس را دارم که در مسیر مثبت در حال رشد و تغییر هستم.	24(63/2)	74 (71/8)	2/89	P≤0.19
سوال 12- معتقدم که زندگی من دارای هدف است.	30 (78/9)	87 (83/7)	2/91	P≤0.22
سوال 18- به آینده امیدوارم.	30 (78/9)	91 (87/5)	1/62	P≤0.52
سوال 24- احساس رضایت و خشنودی می کنم و با خودم در صلح و آرامش هستم.	15 (39/5)	73 (70/2)	11/26	P≤0.004
سوال 30- در جهت اهداف درازمدت در زندگی ام کار می کنم.	27 (71/1)	77 (74/8)	0/475	P≤0.86
سوال 36- هر روز برایم جالب و چالش دار است.	19 (50)	56 (53/8)	8/13	P≤0.01
سوال 42- از آنچه در زندگی برای من مهم است آگاهم.	27 (71/1)	78 (76/5)	2/49	P≤0.30
سوال 48- احساس می کنم با نیروی های قویتر از خودم ارتباط دارم مثل خدا	31 (81/6)	77 (76/2)	1/003	P≤0.61
سوال 52- خودم را در معرض تجارب و چالش های جدید قرار می دهم.	24 (63/2)	75 (72/8)	1/23	P≤0.30
ارتباط بین فردی:				
سوال 1- با نزدیکانم راجع به مشکلات و دلواپسی هایم صحبت می کنم.	17 (44/7)	33 (31/7)	2/54	P≤0.28
سوال 7- به راحتی سایرین را به صلاح موفقیت هایشان تحسین می کنم.	33 (86/8)	86 (83/5)	0/51	P≤0.85
سوال 13- خویشی و وابستگی معنی دار و کامل خود را با دیگران ادامه می دهم.	23 (60/5)	78 (75)	3/52	P≤0.17
سوال 19- زمانی را با دوستان نزدیکم می گذرانم.	10 (26/3)	39 (30/5)	1/59	P≤0.48
سوال 25- نشان دادن نگرانی ها، عشق ها و دلبستگی هایم به دیگران برایم آسان است.	26 (68/4)	55 (53/4)	13/75	P≤0.001
سوال 31- افرادی را که دوست دارم را لمس می کنم.	20 (52/6)	50 (49)	0/744	P≤0.68
سوال 37- راههایی پیدا کرده ام که نیازم را برای دوست داشتنی بودن مرتفع می کند.	11 (28/9)	44 (44/9)	3/06	P≤0.21
سوال 43- از یک شبکه مراقبت مردمی (خانواده و دوستان و همسایگان) حمایت می شوم.	17 (44/7)	31 (30/7)	3/31	P≤0.19
سوال 49- تناقضاتم با دیگران را از طریق مباحثه و مصالحه فرو می نشانم.	23 (62/2)	67 (66/3)	0/548	P≤0.76
مدیریت استرس:				
سوال 5- به اندازه کافی می خوابم	23 (60/5)	64 (61/5)	0/33	P≤0.84
سوال 11- هر روز زمانی را برای تمدد و آرامش اعصاب اختصاص می دهم.	2 (5/3)	25 (24)	6/37	P≤0.04
سوال 17- چیزهایی که در زندگی ام نمی توانم آنها را تغییر دهم را می پذیرم.	21 (56/8)	69 (66/3)	1/84	P≤0.51
سوال 23- در زمان خواب بر روی افکار خوشایند تمرکز می کنم.	13 (34/2)	42 (41/2)	0/705	P≤0.70
سوال 29- روشهای خاصی را برای کنترل اضطرابم به کار می برم.	18 (47/4)	40 (39/6)	2/22	P≤0.32
سوال 35- بین مدت زمان کار و تفریحم تعادل برقرار می کنم.	8 (21/1)	26 (25/2)	7/80	P≤0.02
سوال 41- روزانه 20-15 دقیقه تمدد اعصاب و یا تمعق و تفکر می کنم.	7 (18/4)	30 (29/7)	2/95	P≤0.22
سوال 47- برای جلوگیری از خستگی روحی قدم می زنم.	14 (36/8)	34 (33/7)	2/08	P≤0.35

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

رفتارهای ارتقاء سلامت

حس مسئولیت پذیری سلامت

تنها نسبت کمی از اعضاء هیئت علمی یک حسی از مسئولیت پذیری سلامت داشتند به طوری که تنها 7 نفر از اساتید زن(18/4 درصد) و 11 نفر از اساتید مرد (10/6 درصد) بدنشان را حداقل ماهی یک بار جهت تغییرات فیزیکی یا علائم خطرناک بازرسی می کردند.

51/4 درصد از اساتید زن و 45/6 درصد از اساتید مرد هرگونه نشانه یا علامت غیرمعمول در بدنشان را به یک پزشک و یا سایر پرسنل بهداشتی گزارش می کردند. 26/3 درصد زنان و 38/8 درصد مردان زمانی که از ارائه دهنده مراقبت بهداشتی توصیه ای متفاوت دریافت می کردند عقیده ثانویه را می پذیرفتند. 34/2 درصد اساتید زن و 27/9 درصد اساتید مرد، برنامه های تلویزیونی راجع به بهداشت و سلامت را نگاه می کردند و تست کای دو نشان داد که بین اساتید زن و مرد تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت به جز در مورد شرکت در برنامه های آموزش در زمینه مراقبت و بهداشت فردی که تفاوت آماری معنی داری بین دو جنس دیده شد.(26/3 درصد زنان در مقابل 12/9 درصد مردان، P=0.02)

فعالیت فیزیکی

تنها 18/4-28/8 درصد از یک برنامه ورزشی برنامه ریزی شده، پیروی می کردند. اساتید مرد بیش از اساتید زن در فعالیت های جسمی سبک و متوسط شرکت می کردند.(40/4 درصد مردان، 29/7 درصد زنان، P=0.05)

تست کای دو نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین دو جنس وجود داشت به طوری که 19/2 درصد مردان و 5/3 درصد زنان در فعالیت های فیزیکی سرگرم کننده شرکت می کردند.

30/9 درصد مردان و 22/2 درصد زنان به ضربان قلب مورد نظر در زمان ورزش می رسیدند که از لحاظ آماری معنی دار بود.

عادت های تغذیه ای

60/5 درصد اساتید زن و 61/5 درصد اساتید مرد رژیم غذایی کم چرب انتخاب کردند.(P=0.5)

65/8 درصد زنان و 54/4 درصد مردان برچسب غذاهای بسته بندی شده را می خواندند.

یافته ها نشان داد که 34/2 درصد زنان و 15/5 درصد مردان هر روز 11-6 وعده نان، غلات، برنج و ماکارونی می خوردند و از لحاظ آماری تفاوت معنی دار وجود داشت.

44/7 درصد اساتید زن و 20/6 درصد اساتید مرد روزانه 3-2 وعده گوشت، مرغ، ماهی، حبوبات، تخم مرغ و آجیل می خوردند که با توجه به تست کای دو تفاوت آماری معنی داری بین دو جنس وجود داشت.(P=0.02)

بیش از 50 درصد از اساتید صبحانه مصرف می کردند(P=0.8) ولی مصرف غلات و سبزیجات در کل کم بود.

رفاه روانی و اجتماعی

رشد معنوی

63/2 درصد از اساتید زن و 71/8 درصد از اساتید مرد این احساس را داشتند که در مسیر مثبت در حال رشد و تغییر هستند. 78/9 درصد از اساتید زن و 83/7 درصد از اساتید مرد معتقد بودند که در زندگی دارای هدف هستند. 78/9 درصد از اساتید زن و 78/5 درصد از اساتید مرد به آینده امیدوار بودند. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو جنس وجود داشت.(50 درصد از اساتید زن و 53/8 درصد از اساتید مرد)(P=0.01)

39/5 درصد از اساتید زن و 70/2 درصد از اساتید مرد احساس رضایت و خشنودی می کردند و تفاوت معنی داری نیز بین دو جنس وجود داشت.

ارتباط بین فردی

68/4 درصد از اساتید زن و 53/4 درصد از اساتید مرد نشان دادن نگرانی ها، عشق و دلبستگی ها به دیگران برایشان آسان بود و از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین دو جنس وجود داشت.

بین بقیه آیتم های ارتباط بین فردی در بین دو جنس تفاوت معنی داری وجود نداشت به طوری که 86/8 درصد اساتید زن و 83/5 درصد از اساتید مرد به راحتی سایرین را به علت موفقیت هایشان تحسین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

می کردند و 62/2 درصد از اساتید زن و 66/3 درصد از اساتید مرد تناقضاتشان را با دیگران از طریق مباحثه و مصالحه فرو می نشاندند.

مدیریت استرس

بیش از 60 درصد از اعضاء هیئت علمی به اندازه کافی می خوابند. تست کای دو نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین اساتید زن و مرد از لحاظ اختصاص دادن زمانی برای تمدد اعصاب به طور روزانه وجود دارد.(24 درصد اساتید مرد در مقابل 5/3 درصد اساتید زن، P=0.04)

25/2 درصد اساتید مرد و 21/1 درصد اساتید زن بین مدت زمان کار و تفریح تعادل برقرار می کردند که از لحاظ آماری این تفاوت معنی دار بود.(P=0.02) تقریباً 40 درصد از اساتید از مهارت های مدیریت استرس استفاده می کردند.(P=0.7)

یافته های تحقیق نشان می دهد فعالیت فیزیکی با مسئولیت پذیری سلامت و عادات تغذیه ای هم چنین رشد معنوی، ارتباط بین فردی و مدیریت استرس با مسئولیت پذیری سلامت رابطه مستقیم دارد. نتایج به دست آمده نشان داد که BMI با مسئولیت پذیری سلامت رابطه معکوس دارد. به طوری که هر چه مسئولیت پذیری سلامت بیشتر باشد BMI کاهش می یابد.(P=0.04) ارتباط بین فردی با سابقه کار و سن رابطه معکوس دارد به طوری که هر چه سابقه کار و سن افزایش می یابد ارتباطات بین فردی کاهش می یابد.(P=0.02) هم چنان که سن با ارزیابی از وضعیت سلامت نیز رابطه معکوس دارد یعنی با افزایش سن، ارزیابی از وضعیت سلامتی کاهش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های تحقیق نشان می دهد که 60 درصد از اعضاء هیئت علمی، امتیاز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را کسب کردندکه گویای این است که اساتید از نظر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سطح متوسط رو به بالا قرار دارند.

میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به طور خفیفی در اساتید زن بیش از اساتید مرد بود ولی تفاوت آماری معنی داری نداشت که این می تواند گویای غالب بودن فرهنگ جامعه ایرانی و نقش آن در ارتقاء سلامت باشد. در حالی که نتایج به دست آمده از مطالعات E.pirincci و همکاران نشان داد که مردان بیش از زنان شیوه زندگی مناسبی برای ارتقاء سلامت در پیش گرفتند.(13)

در 6 زیر مجموعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، بیشترین نمره کسب شده در زیر مجموعه رشد معنوی (روحی) بود که ممکن است به فرهنگ و اعتقادات مذهبی جامعه ایران برگردد به طوری که اگر برای مردم ایران مشکلی پیش آید به ائمه متوسل می شوند و با به جا آوردن مراسم مذهبی و انجام نذورات به آرامش روحی می رسند؟ که این نتیجه با مطالعه ای که بر روی دانشجویان پرستاری در ترکیه صورت گرفته هم خوانی دارد،(14). با توجه به این که مسئولیت پذیری به معنای تصمیم گیری های مناسب و موثر در چهار چوب هنجارهای اجتماعی می باشد و این مفهوم باعث ایجاد روابط انسانی مثبت و افزایش ایمنی و آسایش خاطر فرد می گردد و در رشد معنوی تاثیر زیادی دارد،(15). در این تحقیق نیز همبستگی معنی داری بین حس مسئولیت پذیری سلامت با زیر مجموعه های فعالیت فیزیکی، عادت های تغذیه ای، رشد معنوی، ارتباط بین فردی و مدیریت استرس وجود داشت که مطالعه ای که بر روی دانشجویان پرستاری در کویت انجام گرفت نتایج این مطالعه را تایید می کند.(16)

کمترین نمره کسب شده مربوط به زیر مجموعه فعالیت فیزیکی در اساتید زن و مرد بود که گویای این است که ورزش در زندگی روزانه آن ها ادغام نشده است و این ممکن است به دلیل مشغله کاری زیاد یا به لحاظ شرایط فرهنگی اجتماعی شهر یزد باشد لذا جهت ارتقاء فعالیت فیزیکی در اساتید بایستی مجموعه ورزشی اختصاص یافته به اساتید را راه اندازی کرد که در هر ساعت پذیرای آن ها باشد و یا برنامه های ورزشی ویژه ای را در ساعات کاری آن ها طراحی نمود.

نمره مسئولیت پذیری سلامت، تغذیه و ارتباط بین فردی در اساتید زن بیش از اساتید مرد بود که این به دلیل نقش مادری و ارائه دادن مراقبت از طرف زنان در خانواده می باشد،(17)، و از طرفی با توجه به این که

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

زنان راحت تر با اعضای خانواده و نزدیکانشان ارتباط برقرار می کنند و در تماس هستند در مورد مشکلات و نگرانی هایشان با دیگران صحبت می کنند و از حمایت آن ها نیز بهره مند می شوند. که با نتایج مطالعات Regina L. T و Fatimah Al-Kandari و E.pirincci و همکاران هم خوانی دارد.(۱۳،۱۸،۱۹)

میانگین امتیاز فعالیت فیزیکی در اساتید مرد بیش از اساتید زن بود که نتایج مطالعه Regina L. T در دانشجویان دانشگاه هنگ کنگ با این مطالعه همسویی داشت،(18)، و طبق آمارهای جهانی زنان کم تحرک تر از مردان هستند و نتایج مطالعه R al Ma'aitah در بین زنان جوردنی نیز این نتایج را تایید می کند.(20)

نمره رشد روحی و مدیریت استرس در اساتید مرد بیش از اساتید زن بود که رابطه مستقیم فعالیت فیزیکی با رشد روحی و مدیریت استرس توجیه کننده نمره بالای اساتید مرد در این ابعاد است که مطالعه Regina L. T با نتایج این مطالعه هم خوانی دارد،(18)، که گویای این مطلب است با توجه به این که مردان فرصت بیشتری برای انجام فعالیت فیزیکی و امور مربوط به خود دارند لذا رسیدگی بیشتری به وضعیت جسم وروان خود دارند و این در حالی است که با توجه به نقش زنان به عنوان مراقبت دهندگان اصلی در خانواده فرصت کمی برای ورزش و تقویت روح و جسم خود دارند از طرفی زنان به علت داشتن نقش های متعدد بیشتر در معرض استرس قرار دارند.

این نتیجه با مطالعات انجام شده در کشور نیز هماهنگی دارد و در کل فعالیت ورزشی مردان بیشتر از زنان می باشد در این خصوص پیشنهاد می گردد سالن های شنا و ورزش توسط دانشگاه اجاره شده و با اخذ هزینه آن از اساتید به آن ها اطلاع رسانی گردد. تدارک اردوهای خارج شهری توسط دفاتر هم اندیشی اساتید با مشارکت اساتید زن و کارمندان زن نیز در این خصوص می تواند موثر واقع شود.(21)

یافته های این مطالعه نشان داد که نمره بعضی از زیر ساخت های زیر مجموعه حس مسئولیت پذیری سلامت در اساتید در سطح پایینی قرار داشت با توجه به این که اکثر اساتید در رابطه با نکات پزشکی و بهداشتی صاحب نظر می باشند این می تواند با مشغله کاری اساتید در ارتباط باشد که نتایج مطالعه Regina L. T با نتایج مطالعه ما هم خوانی دارد.(18)

References

1-World health organization. Definition of health. World J Health 2008;42:45-52.

2-Guareichi P, Jovchelovitch S. Participation, health and development of community resources in southern Brazil. J Health Psychol 2004;9:311-22.

3-World health organization. Health Promotion. World J Health 2010;22:35-40.

4-Heles D, Mirzaei E. Healthy living guidelines. Translated by Ahmadi SA, Azeri S, Efteghar Ardebili H. 1th ed. Iranian Publishers Co; 2007.(Persian)

5-Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987;36:76-81.

6-Gillis AJ. Determinants of health- promoting lifestyles in adolescent females. Can J Nurs Res 1994;26:13-28.

7-Von Bothmer MI, Fridlund B. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. Nurs Health Sci 2005; 7:107-18.

8-Terris M. Healthy lifestyles: the perspective of epidemiology. J Pub HealtH Policy 1992;13:186-94.

9-Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifycations in the prevention and treatment of hypertension. Endocr Pract 2001;7:392-9.

10-Walker S, Sechrist K, Pender N. The health-promoting lifestyle profile II(1995). Endocr Pract 1999;10:792-9.

11-Acton G,Malathum P.Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. West J Nurs Res 2000;22:796-811.

12-Clement M, Bouchard L, Jankowski L, Perreault M. Health promotion behaviors in first year undergraduate nursing students. Can J Nurs Res 27;4:111-31.

13-Pirincci E, Rahman SV, Durmus AB, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviors in academic staff public health. Can J Nurs Res 2008;122:1137-292.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

14-Can G, Ozdilli K , Erol O. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. J Nurs Health Sci 2008;10:273-80.
15-Harris KR. Training responsibilities to children. J Nurs Health Sci 1995;8:11-21.
16-Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. health-promoting lifestyles and body mass index among Colledge of Nursing students in Kuwait: A correlational study. J Nurs Health Sci 2008;10:43-50.
17-Springhouse W. Women's health a guide to health promotion and disorder management. Nurs Health Sci 2007;9:112-9.
18-Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in HongKong. Pub Health Nurs 2005;22:209-20.
19-Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health- promoting lifestyle, enrollment-level, and academic performance of College of Nursing student in Kuwait. Nurs Health Sci 2007;9:112-9.
20-Al Ma'aitah R, Haddad L, Umlauf MG. Health promotion behaviors of Jordanian women. Health Care Women Int 1999;20: 533-46.
21-Mohseni M. Assess knowledge, attitudes and social behavior in Iranian culture. Tehran: General Council; 2000.(Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Shahid Sadoqi Yazd Academic Staff in Iran

Mazloomi Mhamoodabad S. S[1], Fazelpour Sh[1], Askarshahi M[1]*

(Received: 5 Mar. 2011 Accepted: 11 Oct. 2012)

Abstract

Introduction: Health includes a spectrum of elements such as physical, psychological, moral, social, intellectual and environmental. Proper nutrition, enough physical activity, avoidance from dangerous behaviors and early diagnosis of ailments signs are all necessary to achieve the highest level of physical health. Moreover, health improvement will help populations through enhancement in their own health control. Considering this fact that about 50% of all expenses are due to unhealthy lifestyle, we decided to examine health promoting behaviors amongst academic staff of Yazd University of Medical Sciences.

Materials & Methods: Totally, 142 teachers in Yazd Shahid Sadoqi University participated in this cross-sectional study through census method. Data were collected using an HpLp-II questionnaire which involved 52 items, 2 categories and 6 sub-scales. First category covered health-promoting behaviors which included health responsibility, physical activity and nutritional habits subscale. Second category consisted of psychosocial well-being, which included components such as spiritual growth, interpersonal relations, and stress management subscale. Each question was valued considering likert scale ranging from 52 to 208. The collected data entered in SPSS and analyzed by statistical tests including X2, T-Test and Correlation.

Findings: Results from 142 questionnaires showed that 26.8% of participants were female and the remaining, 73.2%, were male. 6.3% of the participants were single and 93.7% were married. 51.4% of them were specialist. Results showed that the more participants evaluated their health as good, the more they got higher scores in health promoting behaviors. Comparison of two genders in health prompting behaviors group showed that female staff achieved higher score in nutritional behavior, health responsibility and interpersonal relations but the differrences were not statistically significant. Evaluating health prompting behaviors with considering marital status of participants showed that married acquired higher scores in physical activity and nutritional behavior in comparison with single participants, but these differences are not statically significant too. Only a few number of participants showed health responsibility (10.6% to 18.4%). Altogether, scores regarding physical activity in both genders were low in contrast with other measures of health promoting behaviors and only 18.24% to 28.8% of participants obeyed a scheduled physical activity program. Diet patterns showed that the portions of vegetable and whole grains in participants' diet were below the recommended amount. Moreover, only 50% of subjects ate breakfast. Data regarding stress management showed that about 40% of participants used stress management skills and male subjects achieved higher scores in this area.

Discussion & Conclusion: Results from this study showed that about 60% of participants achieved scores from health promoting behaveiors. The most obtained scores were related to spiritual growth and the weakest one were from physical activity. In other subscales the subjects showed an average manner. Considering this fact that an overall improvement in health promoting behaviors will increase academic staff activity, efficiency and productivity, we suggest using the theories of behavior change wich are useful as a foundation for developing interventions to promote health promoting behaviors in academic staffs .

Keywords: health-promoting behaviors, psychosocial well-being, University Academic staff

1. Dept of Health Education, Faculty of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
** (corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]