بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در کارمندان دانشگاه علوم پزشکی استان ایلام سال ۹۴-۱۳۹۳

ملیحه سعید فیروزآبادی[۱]، محسن جلیلیان[۲]، رقیه چناری[۲،۳]*

۱) مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۲) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۵ **تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۸**

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقاء سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه های بیماری در بُعد جسمی، کنترل عواطف، احساسات و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات روحی روانی، سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بُعد اجتماعی می پردازد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به روش مقطعی در بین ۱۸۵ نفر از کارمندان که به صورت انتخاب آسان (در دسترس) در سال ۱۳۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت(HPLP II) بود که ابعاد آن شامل فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، رشد معنوی، تغذیه، مسئولیت پذیری سلامتی و روابط بین فردی بود. بعد از جمع آوری داده ها، ورود اطلاعات در نرم افزار آماری SPSS vol.21 انجام شد و با انجام آزمون های آماری توصیفی، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بود.

یافته های پژوهش: در این مطالعه میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه ۳۵/۰۸ سال با انحراف معیار ۷/۷۸ بود که ۴۲/۷ درصد مرد و ۵۳/۵ درصد زن بودند. میانگین نمره رفتار ارتقاء دهنده در کارمندان ۱۳۰/۴۷ به دست آمد که بیشترین نمره رفتار در بُعد رشد معنوی و کمترین نمره در بُعد فعالیت فیزیکی بود. مدل های رگرسیونی بُعد فعالیت فیزیکی(P=0.006) و بُعد تغذیه(P=0.036) با متغیرهای دموگرافیک معنادار بود.

بحث و نتیجه گیری: با استناد به نتایج حاصل از مطالعه، نمره فعالیت فیزیکی نسبت به سایر ابعاد رفتار ارتقاء دهنده سلامت در سطح پایین تری بود. پیشنهاد می شود که جهت بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده کارمندان و بهبود وضعیت انجام این رفتارها در این گروه عوامل دیگری جستجو شود تا بر آن اساس اقدامات مداخله ای بهتر و موثرتری در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارمندان صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: ارتقاء سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، کارمندان، ایلام

*نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران-گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email: Chenaryr@yahoo.com

Copyright © 2018 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

مقدمه

مفاهیم کار و زندگی بیشترین و قوی ترین پیوند را با فرد و جامعه دارند و ایجاد تعادل بین آن ها از ارزش و اهمیت بالایی برخوردار است(۱). محیط کار از محرک های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده است که هر کدام از آن ها می توانند عامل ایجاد خستگی و دلتنگی به حساب آیند و این استرس ها و فشارها می تواند بر رفاه فیزیکی و روحی-روانی، سلامتی و عملکرد آن به صورت نامطلوب تاثیرگذار باشد(۲).

برخی از مطالعات نشان داده اند که نیازهای فیزیکی و روانی-اجتماعی ممکن است دلیلی برای تغییر شغل در شاغلان بخش سلامت باشد(۳). کارمندی یکی از شغل های کم تحرک و از دسته شغل های پرکاربرد در جامعه ایران می باشد که می تواند تمامی مضرات کم تحرکی را در پی داشته باشد. در حالی که به نسبت سایر مشاغل توجه کمتری به آسیب ها و ناهنجاری‌های این طیف از جامعه شده است و اکثر مطالعات در سایر مشاغل انجام شده است(۴). گر چه شکایات در مورد نشانه های اختلال جسمی و روانی به طور روزمره ثبت می شوند اما به میزان کافی برای مراقبت از سلامتی کارکنان در محیط کار مورد مطالعه قرار نمی گیرد(۵).

تستا و سیمونسون در سال ۱۹۹۶ کیفیت زندگی را ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می دانند که محدود به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک فرد است. سازمان بهداشت جهانی(WHO) تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه می دهد: «ادراک افراد از موقعیت زندگی در متن فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کنند که متاثر از اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازهای مورد انتظار فرد است»(۶). بر طبق تئوری های نظریه پردازان، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت تاثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، به طوری که افراد با سبک زندگی ارتقاء دهنده، سالم تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کمتری خواهند داشت. در مطالعه ای که در کره بر روی ۱۱۷ مرد بازنشسته و ۱۳۵ جانباز مسن بالای ۶۵ سال انجام شده بود، مشخص گردید که رابطه مثبتی بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی وجود دارد(۷). مجله آمریکایی ارتقاء سلامت، ارتقاء سلامت را به عنوان علم و هنر کمک به افراد برای تغییر سبک زندگی جهت حرکت به سوی حالتی مطلوب از سلامتی(تعادلی از سلامت فیزیکی، عاطفی، اجتماعی، معنوی و عقلانی) تعریف می‌کند(۸).

رفتارهای ارتقاء سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه های بیماری در بُعد جسمی، کنترل عواطف، احساسات و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات روحی روانی، سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بُعد اجتماعی می پردازد(۹). شش جزء مهم رفتارهای ارتقاء سلامت شامل فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، رشد معنوی، روابط بین فردی، مسئولیت سلامتی و تغذیه است. آمار ارائه شده در مورد دلائل مرگ بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ، مربوط به سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی است. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ مطرح کرده که ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامت افراد بستگی به رفتار و شیوه زندگی آن ها دارد(۱۰).

مطالعات مختلفی به بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در گروه های مختلف پرداخته اند. محمودی و همکاران(۱۱) بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مادران باردار سقز را انجام دادند که میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده مادران مطلوب بوده و رشد معنوی و فعالیت فیزیکی به ترتیب بیشترین و کمترین نمره را از بین ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده کسب کردند. بر اساس مطالعه سلحشوری و همکاران(۱۲) در بین سالمندان شهرستان دنا نیز وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان در سطح مطلوبی نبود. اما در مطالعه خزاعی و همکاران(۱۳)، دانشجویان از نظر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت وضعیت متوسطی داشتند که کمترین نمره در بُعد فعالیت بدنی و بیشترین نمره در بُعد تغذیه بود.

بنا بر این نتایج این مطالعه می تواند به عنوان اطلاعات پایه برای طراحی مداخلات موثر به منظور

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان مورد استفاده سیاستگزاران و برنامه ریزان قرار گیرد. با تعیین ارتباط عوامل شش گانه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی (تغذیه، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی و...) با کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، می توان عوامل موثر بر سلامتی کارکنان را بهتر شناسایی کرده و این امر در تصمیم‌گیری های آتی مبنی بر سلامت افراد جامعه و خصوصاً کارکنان دانشگاه علوم پزشکی که رکن اصلی و پیام آور سلامتی جامعه هستند، توسط خود کارکنان نیز مدنظر قرار گیرد. با توجه به اثر بهینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر کیفیت زندگی افراد و لزوم بررسی بیشتر این رفتارها در پرسنل سازمان هایی که با سلامت و بهداشت مرتبط اند، در همین راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به روش مقطعی در بین کارمندان دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه مورد بررسی کلیه کارمندان دانشگاه علوم پزشکی(اعم از معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی، معاونت فرهنگی-دانشجویی و سازمان مرکزی) استان ایلام بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت انتخاب آسان(در دسترس) بود. بدین منظور تعداد ۳۶۸ پرسش نامه در بین کارکنانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، توزیع گردید و در نهایت ۱۸۵ پرسش نامه جمع آوری گردید(میزان پاسخ برابر ۵۰ درصد). معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کاری و رضایت از شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع آوری داده های مطالعه شامل پرسش نامه متغیرهای دموگرافیکی(سن، سابقه کار، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال) و پرسش نامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت سچریست و همکاران(۱۹۹۵) (HPLP II) بود که توسط شرکت کنندگان در مطالعه به صورت خودگزارشی تکمیل گردید. پرسش نامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت شامل ۵۲ سوال می باشد و از طریق روش لیکرت ۴ گزینه ای(هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) بررسی می گردد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ است. نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت مطلوب سلامتی است. این پرسش نامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را ۶ بعد مسئولیت پذیری سلامتی(۹ سوال: از پرسنل بهداشتی جهت درک دستورالعمل ها و توصیه های آنان سوال می کنم)، فعالیت جسمانی(۸ سوال: از یک برنامه ورزشی برنامه ریزی شده پیروی می کنم)، تغذیه(۹ سوال: استفاده از قند، شکر و یا غذاهای حاوی قند و شکر را کم می کنم)، رشد معنوی (۹ سوال: این احساس را دارم که در مسیر مثبت در حال رشد و تغییر هستم)، روابط بین فردی(۹ سوال: با اطرافیانم(خویشان و بستگانم) ارتباط مداوم داشته و صله رحم به جا می آورم) و مدیریت استرس(۸ سوال: هر روز زمانی را برای تمدد و آرامش اعصاب اختصاص می دهم) اندازه گیری می کند. والکر و همکاران شاخص آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرده اند(۱۴). در مطالعات نوروزی در بین جانبازان شیمیایی(۱۵)، رشیدی در سالمندان(۱۶) و خزاعی در دانشجویان(۱۳) از این پرسش نامه استفاده نموده اند. ضمناً لازم به ذکر است که شرکت در مطالعه با کسب رضایت قبلی فرد بوده و هیچ گونه اجباری برای شرکت در مطالعه وجود نداشته است. هم چنین در کلیه مراحل تحقیق، نهایت رازداری در نگهداری اطلاعات شخصی فرد پاسخگو رعایت گردید. مقدار آلفای کرونباخ پرسش نامه در هر کدام از این مطالعات به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۹۴ گزارش شده است. با توجه به این که پرسش نامه مورد استفاده استاندارد بود هیچ گونه تغییراتی در سوالات آن اعمال نشد.

داده های مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS vol.21 انجام شد و با انجام آزمون های آماری توصیفی، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بود.

یافته های پژوهش

میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه ۳۵/۸ سال با انحراف معیار ۷/۷۸ بود که ۴۲/۷ درصد مرد و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

۵۱/۳ درصد مرد بودند. اطلاعات توصیفی متغیرهای زمینه ای در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱. اطلاعات دموگرافیک کارمندان مورد مطالعه

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۷۹	۴۲/۷
	زن	۹۹	۵۳/۵
	بدون پاسخ	۷	۳/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۵۱	۲۷/۶
	متاهل	۱۲۸	۶۹/۲
	بدون پاسخ	۶	۳/۱
تحصیلات	دیپلم	۲۱	۱۱/۴
	فوق دیپلم	۱۸	۹/۷
	لیسانس	۸۲	۴۴/۳
	فوق لیسانس	۵۸	۳۱/۴
	بدون پاسخ	۶	۳/۲
وضعیت اشتغال	رسمی	۶۶	۳۵/۷
	پیمانی	۱۷	۹/۲
	قراردادی	۵۲	۲۸/۱
	سایر	۴۴	۲۳/۸
	بدون پاسخ	۶	۳/۲
سابقه کار	۵- ۱ سال	۵۹	۳۱/۹
	۱۰- ۵ سال	۳۸	۲۰/۵
	۲۰- ۱۰ سال	۲۱	۱۱/۴
	۳۰- ۲۰ سال	۵۰	۲۷/۰
	بدون پاسخ	۱۷	۹/۲

هم چنین بر اساس آزمون های توصیفی میانگین نمره رفتار ارتقاء دهنده در کارمندان ۱۳۰/۴۷ به دست آمد که بیشترین نمره رفتار در بُعد رشد معنوی و کمترین نمره در بُعد فعالیت فیزیکی بود(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. شاخص های توصیفی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
رفتار ارتقاء دهنده سلامت	۱۳۰/۴۷	۲۱/۱۴	۷۳	۱۸۵
مسئولیت پذیری سلامتی	۲۱/۰۵	۴/۷۰	۹	۳۳
فعالیت فیزیکی	۱۷/۹۶	۴/۰۱	۹	۲۹
تغذیه	۲۳/۴۷	۴/۲۲	۱۲	۳۵
مدیریت استرس	۲۰/۳۷	۴/۱۲	۱۰	۳۱
روابط بین فردی	۲۴/۳۸	۴/۶۷	۱۳	۳۶
رشد معنوی	۲۵/۱۷	۵/۴۱	۹	۳۶

به منظور بررسی وضعیت نرمالیتی داده های مطالعه از آزمون های شاپیرو ویلک(Shapiro-Wilk) و کولموگروف اسمیرنوف(Kolmogrov-smirnov) استفاده شد. آزمون های انجام شده نشان دهنده نرمال بودن داده های جمع آوری شده بود($P>0.05$)(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. تست نرمالیتی داده ها

	کولموگروف اسمیرنوف			شاپیرو ویلک		
	Statistic	d.f	Sig.	Statistic	d.f	Sig.
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۰/۵۴	۱۳۳	۰/۲۰۰	۰/۹۹۴	۱۳۳	۰/۸۲۷

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

جهت بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با متغیرهای دموگرافیک کمی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با متغیرهای دموگرافیک کیفی چند سطحی از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. بر این اساس بین متغیر سن با رفتارهای ارتقاء دهنده ارتباط معنادار نبود(P=0.51). در همین راستا جهت بررسی ارتباط بین عوامل دموگرافیک کیفی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد، که بر این اساس بین میانگین نمره رفتار ارتقاء دهنده سلامت با سابقه کار(P=0.889)، تحصیلات(P=0.690) و وضعیت اشتغال(P=0.944) رابطه معناداری مشاهده نشد.

نتایج آزمون تی مستقل(Independent Sample T-Test) نشان داد که بین وضعیت تاهل(t=0.675, P=0.501) و جنسیت کارمندان شرکت کننده در مطالعه(t=0.358, P=0.721) با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معنادار آماری وجود ندارد.

برای تعیین عوامل دموگرافیک پیشگویی کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت و نیز قدرت تبیین کنندگی این متغیرها از تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد. بر این اساس، مدل رگرسیونی بُعد فعالیت فیزیکی(P=0.006) و بُعد تغذیه(P=0.036) با متغیرهای دموگرافیک معنادار بود. از بین متغیرهای دموگرافیک جنسیت عامل تعیین کننده فعالیت فیزیکی کارمندان بود(جدول شماره ۴). در این راستا آزمون تی مستقل نشان داد که بین جنسیت کارمندان شرکت کننده در مطالعه(t=4.093, P=0.000) با فعالیت فیزیکی ارتباط معنادار آماری وجود دارد. به طوری که میانگین فعالیت فیزیکی مردان بیشتر از زنان است.

جدول شماره ۴. برآورد ضرایب رگرسیونی مربوط به اثرات مستقیم عوامل دموگرافیک بر فعالیت فیزیکی

متغیر	B	β	P
سن	۰/۰۳۶	۰/۰۷۲	۰/۶۵۳
جنس	−۲/۳۳۸	−۰/۲۹۹	۰/۰۰۱**
وضعیت تاهل	۱/۴۳۵	۰/۱۶۲	۰/۰۷۷
تحصیلات	۰/۲۵۱	۰/۰۶۱	۰/۵۳۶
وضعیت اشتغال	۰/۲۹۹	۰/۰۹۱	۰/۳۲۹
سابقه کار	۰/۲۴۱	۰/۰۷۷	۰/۶۴۹

*P<0.05, **P<0.01

هم چنین تحصیلات عامل تعیین کننده رفتارهای تغذیه ای کارمندان بود. در این راستا، بر اساس آزمون پیش فرض برابری واریانس ها، بین میانگین سطوح مختلف تحصیلات تفاوتی وجود نداشت و میانگین رفتار تغذیه ای در کارمندان با تحصیلات مختلف یکسان بود. سایر متغیرهای دموگرافیک تبیین کننده این رفتارها در کارمندان نبودند(جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵. برآورد ضرایب رگرسیونی مربوط به اثرات مستقیم عوامل دموگرافیک بر رفتارهای تغذیه‌ای

متغیر	B	β	P
سن	۰/۰۵۸	۰/۱۰۴	۰/۵۳۲
جنس	۱/۲۳۰	۰/۱۴۵	۰/۱۰۸
وضعیت تاهل	۱/۰۸۸	۰/۱۱۶	۰/۲۲۶
تحصیلات	۱/۱۵۹	۰/۲۶۰	۰/۰۰۹**
وضعیت اشتغال	۰/۳۴۰	۰/۰۹۶	۰/۳۳۰
سابقه کار	۰/۶۶۸	۰/۱۹۶	۰/۲۶۱

*P<0.05, **P<0.01

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتار ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش گانه آن در کارمندان دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شد. هم چنین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با رفتار ارتقاء دهنده و ابعاد آن بررسی شد. بر اساس نتایج مشخص گردید که کارمندان دانشگاه علوم پزشکی ایلام نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی آن ها نامطلوب بوده و رفتار فعالیت فیزیکی ایشان در پایین ترین مقدار است و بُعد رشد معنوی بالاترین است. فعالیت فیزیکی مردان بیشتر از زنان گزارش شد و متغیر تحصیلات با رفتارهای تغذیه ای کارمندان ارتباط معناداری نشان داد.

با استناد به نتایج حاصل از مطالعه، رفتار ارتقاء دهنده کارمندان در سطح نامطلوبی قرار دارد. همین طور در مطالعه نوروزی(۱۵) در جانبـــازان، سنول(۱۷) و رخشانی(۱۸) در سالمندان نتایج به همین صورت بود. مطالعات سنول و رخشانی در جامعه سالمندان انجام شده و مطالعه نوروزی نیز در بین جانبازان شیمیایی صورت گرفته است که به دلیل وضعیت خاص جسمی و روحی این افراد این نتیجه معقول است. هم خوانی مطالعه ما با این نتایج حاکی از آن است که کارمندان نیز به دلیل استرس های محیط کار و کم تحرکی کمتر به سلامتی خود اهمیت داده و سطح انجام این رفتارها در آن ها کاهش می‌یابد. دلیل مقایسه این مطالعات با مطالعه حاضر عدم دسترسی به مطالعه مـــشابه دیگر می باشد.

در این مطالعه نمره فعالیت فیزیکی کارمندان نسبت به سایر ابعاد رفتار ارتقاء دهنده در سطح پایین تری بود. در مطالعه چیو(۱۹) بر روی بیماران قلبی در تایوان، بهار(۲۰) در زنان ترکیه ای و بحیرایی(۲۱) در زنان ایرانی نیز کمترین نمره در بُعد فعالیت فیزیکی بود. اما در مطالعه بهار(۲۰) بیشترین نمره در بُعد روابط بین فردی و رشد معنوی بود. همین طور در مطالعه صحتی(۲۲) و عمر(۲۳) نتایج مشابه با مطالعه ما بود و میانگین نمره رفتار فعالیت فیزیکی و رشد معنوی به ترتیب بیشترین و کمترین نمرات را داشتند. در مطالعه آقاملایی و همکاران(۲۴) نیز هم راستا با مطالعه ما، فعالیت فیزیکی دانش آموزان بیشترین میانگین را داشت و رشد معنوی کمترین مقدار را دارا بود. به طور کلی در مطالعات ذکر شده فعالیت فیزیکی پایین ترین مقدار را دارد و رشد معنوی نیز بالاترین است. بالا بودن نمره روابط بین فردی در مطالعه بهار می تواند به دلیل تفاوت های فرهنگی در جامعه ترکیه با ایران باشـــد. می توان چنین اظهار داشت که در جامعه ایرانی به دلیل پایبندی بیشتر به اعتقادات دینی نسبت به جامعه ترکیه، رشد معنوی بالاترین مقدار را دارا است. در جامعه مورد بررسی ما نیز با توجه به شرایط کاری و اصطلاحاً پشت میز نشینی در کارمندان انتظار می رفت که فعالیت فیزیکی کارمندان در سطح مطلوبی نباشد که یافته ها این موضوع را تایید کرد.

در مطالعه حاضر میانگین رفتار فعالیت فیزیکی مردان بیشتر از زنان بود که این نتیجه با یافته های مطالعه فرزیان پور(۲۵) که با هدف بررسی کیفیت زندگی ساکنین خانه سالمندان در استان گلستان انجام شده بود و نیز مطالعه رخشانی(۱۸) در میان سالمندان ایرانی، هم خوانی دارد. به همین صورت در مطالعه تیماره و همکاران(۲۶) متوسط نمرات کسب شده بُعد عملکرد جسمانی در مردان بیشتر از زنان بود. اما در مطالعه آقانوری و همکاران(۲۷) مردان و زنان ساکن مناطق شهری از نظر میانگین رفتار فعالیت فیزیکی تفاوت معناداری نشان ندادند. با توجه به این که مردان به دلیل شرایط کاری معمولاً اوقات بیشتری از وقت خود را در بیرون از منزل سپری می کنند، بنا بر این به تبع آن فعالیت فیزیکی بیشتری نسبت به زنان خواهند داشت.

یافته های مطالعه نشان داد که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباطی با وضعیت تاهل ندارد. اما در مطالعه فرزیان پور(۲۵) که در بین سالمندان انجام شد رابطه معناداری بین کیفیت زندگی با وضعیت تاهل مشاهده شد. در مطالعه تیماره و همکاران(۲۶) نیز نتایج به همین صورت بود و بیماران دیابتی متاهل نمرات بهتری در کیفیت زندگی گرفته بودند. می توان چنین بیان کرد که سالمندان به دلیل کهولت سن و ناتوانی حاصله از بیماری های مزمن دوره سالمندی و بیماران دیابتی به دلیل مشکلات ناشی از بیماری، برای انجام

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

کارهای روزمره خود نیازمند شخص دیگر خواهند بود که بالتبع سالمندان و بیماران دیابتی متاهل از این نظر حمایت بیشتری را دریافت نموده و کیفیت زندگی بهتری نیز خواهند داشت. اما در مطالعه ما که از لحاظ توزیع سنی اکثر شرکت کنندگان جوان بودند و بیماری زمینه ای مشترکی نداشتند، وضعیت تاهل رابطه معناداری با انجام رفتارهای ارتقاء دهنده نشان نداد.

در مطالعه حاضر، تحصیلات به عنوان عامل موثر در رفتارهای تغذیه ای کارمندان شناخته شد. در مطالعه چن و همکاران(۲۸) نیز مشابه با مطالعه ما، تحصیلات عامل موثر در وضعیت تغذیه ای سالمندان تایوانی شناخته شد. رخشانی و همکاران(۱۸) نیز در بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده با کیفیت زندگی سالمندان ایرانی به این نتیجه رسیدند که هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد نمره رفتار ارتقاء دهنده و کیفیت زندگی نیز افزایش می یابد. یافته مطالعه جئونگ(۲۹) نیز هم راستا با مطالعه حاضر بود. چرا که وی نیز ارتباط تحصیلات و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان را در مطالعه خود نشان داد. اما در مطالعه بهار(۲۰) تحصیلات با رفتارهای تغذیه ای ارتباط معناداری نشان نداد. ممکن است دلیل تناقض یافته مطالعه بهار با سایر مطالعات ذکر شده سطح پایین سطوح تحصیلی در جامعه مورد بررسی باشد.

در این مطالعه بین سن و رفتارهای ارتقاء دهنده کارمندان ارتباط معناداری دیده نشد. در مطالعه بهار(۲۰) نیز ارتباط بین سن و رفتارهای ارتقاء دهنده زنان معنادار نبود. اما در مطالعه رخشانی(۱۸) ارتباط بین سن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت معنادار بود. می توان چنین اظهار داشت با توجه به این که در جامعه مورد مطالعه ما اکثر کارمندان در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال هستند و توزیع سنی گروه ها تفاوت چندانی ندارد، پس طبیعتاً انجام رفتارها نیز تفاوت آشکاری نخواهد داشت. مطالعه رخشانی نیز در گروه سالمندان انجام شده است که این رده سنی به دلیل بیماری های خاص دوره سالمندی به تبع می بایست رفتارهای ارتقاء دهنده را بیشتر انجام دهند.

از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم همکاری افراد نمونه با پژوهشگر اشاره نمود که با ارائه معرفی نامه از طرف معاونت پژوهشی دانشگاه این مشکل تقریباً حل گردید. هم چنین به دلیل جمع آوری نمونه از کلیه معاونت های دانشگاه ممکن است به دلیل حجم کاری بالا و کمبود وقت کارکنان در برخی قسمت ها، پرسش نامه ها تکمیل نمی گردید که سعی شد جهت رفع این مشکل در ساعات اولیه وقت اداری مراجعه نشده و حتی الامکان تکمیل پرسش نامه ها به ساعات پایانی وقت اداری موکول شود و یا با مراجعه مجدد در اوقات فراغت کارکنان، مشکل حل شد.

از نتایج مطالعه چنین بر می آید که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارمندان در وضعیت نامطلوبی قرار دارد. هم چنین بعضی از متغیرهای دموگرافیک با بعضی از ابعاد این رفتارها(از جمله میزان تحصیلات با رفتارهای تغذیه ای) ارتباط معناداری نشان دادند. اما در سایر ابعاد ارتباطی بین متغیرهای دموگرافیک با این ابعاد یافت نشد. لذا پیشنهاد می شود که جهت بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده کارمندان و بهبود وضعیت انجام این رفتارها در این گروه عوامل دیگری جستجو شود تا بر آن اساس اقدامات مداخله ای بهتر و موثرتری در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارمندان صورت پذیرد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

References

1 .Alaviarjmand N, Kashaninia Z, Hosseini MA, Rezasoltani P. [Effect of stress management on job stress and work-family conflict among nurses]. Hayat2012; 18: 81-91 .(Persian) .http://hayat.tums.ac.ir/article-1-16-en.html

2 .Abdollahpour I, Salimi Y, Nedjat S, Jorjoran SZ. [Quality of life and effective factors on it among governmental staff in Boukan city]. UMSU 2011; 22: 40-7 . (Persian) http://eprints.umsu.ac.ir/id/eprint/3522

3 .Barzideh M, Choobineh A, Tabatabaee H. Job stress dimensions and their relationship to musculoskeletal disorders in Iranian nurses. Work2014; 47: 423-9 . doi:10.3233/WOR-121585

4 .Daneshjoo A, Dadgar H. [The prevalence of low back pain and its relationship with physical activity age and BMI in Fars Payam-e Noor University staff]. J Rehabil Sci2011; 7: 302-310 .(Persian) doi:10.22122/jrrs.v7i3.165

5 .Kiani F, Khodabakhsh MR. [The role of safety consciousness and occupational self-efficacy in predicting physical and psychological disorders among workers of industrial sector]. J Kermanshah Uni Med Sci2013; 17 :590-9 .(Persian)

6 .Mussavi Jad M, Ghasemi A, Yunesi D. [Surveying the effect of work life balance on quality of life case study hospitals of Sanandaj]. J Hosp2015; 14: 85-96. (Persian) http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5260-en.html

7 .Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea. IJNS2006; 43: 293-300. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009

8 .Ipsen C, Seekins T, Ravesloot C. Building the case for delivering health promotion services within the vocational rehabilitation system. RCB 2010; 53: 67-77 .doi:10.1177/0034355209348238

9 .Shaban M, Mehran A, Taghlili F . [Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran university medical and non medical students]. Hayat2007; 13: 27-36. (Persian) http://hayat.tums.ac.ir/article-1-168-en.html

10 .Walker S, Hillpolerecky D. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Uni Nebraska Med Cent J1996;2:120-6.

11 .Mahmoodi H, Asghari Jafarabadi M, Babazadeh T, Shirzadi Sh, Mohammadi Y, Sharifi Saqezi P, et al. [Health promoting behaviors in pregnant women admitted to the prenatal care unit of Imam Khomeini Hospital of Saqqez]. JECH 2015; 1: 58-65. (Persian) doi:10.20286/jech-010458

12 .Salahshouri A, Harooni J, Salahshouri S, Hassanzadeh A, Mostafavi F, Molaei M. [Investigation on association between self-efficacy, perceived barriers and social supports with health promoting behaviors in elderly in Dena city]. HSR2015; 11: 30-42. (Persian)

13 .Khazaie T, Khazaie Th, Kianfar S, Jamshydizadeh L. [Health promoting behavior factors among students of Birjand University of medical sciences]. Iran J Health Edu Prom2015; 3: 125-32. (Persian) http://journal.ihepsa.ir/article-1-225-en.html

14 .Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nurs Res1987; 36: 76-81 . doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002

15 .Chenary R, Noroozi A, Tahmasebi R. [Health promoting behaviors in veterans in Ilam province]. J Mil Med2013;15: 95-102 . (Persian) http://militarymedj.ir/article-1-1097-en.html

16 .Rashedi S, Bahrami M. [Factors related to the health promoting life style among geriatric patients]. J Urmia Nurs Midwife Fac2015; 13: 90-8 .(Persian) http://eprints.umsu.ac.ir/id/eprint/3932

17 .Senol V, Unalan D, Soyuer F, Argun M. The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. J Geriatr2014; 2014. doi.org/10.1155/2014/839685

18 .Rakhshani T, Shojaiezadeh D, Lankarani KB, Rakhshani F, Kaveh MH, Zare N. The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. IRCMJ2014; 16:18404. doi:10.5812/ircmj.18404

19 .Chiou AF, Hsu SP, Hung HF. Predictors of health promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

disease. Appl Nurs Res2016; 30: 1-6 . doi:10.1016/j.apnr.2015.08.008

20.Bahar Z, Beser A, Ozbicakci S, Haney MO. Health promotion behaviors of Turkish women. Health Prom Women2013; 6: 9-16 . https://dspace.deu.edu.tr/xmlui/handle/12345/4632

21.Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SMA, Mohammadi E, Nedjat S. Health promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age a sequential explanatory mixed methods study. Int J Publ Health 2014; 59 : 465-73 .doi:10.1007/s00038-013-0513-y.

22.Sehhatie F, Mirghafourvand M, Momeni K. Health promoting behaviors among postmenopausal women in Langroud city Iran. IJWHR 2015; 3: 158-62 . doi:10.15296/ijwhr.2015.33

23.Alkhawaldeh O. Health promoting lifestyles of Jordanian university students. Int J Adv Nurs Stud2014; 3: 27-31 . doi:10.14419/ijans.v3i1.1931

24.Aghamolaei T, Darsareh F, Poorahmadgarbandi F, Ghanbarnejad A. [Relation between Health locus of control with Health-Promoting Behaviors of High School Students in Bandar Abbas Iran]. J Preve Med 2015; 2: 1-9. (Persian) http://jpm.hums.ac.ir/article-1-72-en.html

25.Farzianpour F, Foroushani AR, Badakhshan A, Gholipour M, Roknabadi EH. Quality of Life for Elderly Residents in Nursing Homes. Global journal of health science. 2016; 8: 127-35. doi:10.5539/gjhs.v8n4p127

26.Timareh M, Rhimi MA, Abbasi P, Rezaei M, Hyaidarpoor S. [Quality of life in diabetic patients referred to the diabete research center in Kermanshah]. J Kermanshah Uni Med Sci2012; 16: 63-9. (Persian)

27.Aghanuri A, Mahmoudi M, Asadi M, Mortaji F, Salehi H, Djafarian K. [Quality of life and its relationship with quality of diet among elderly people in urban areas of Markazi province Iran]. Arak Med Uni J2013; 15: 1-11 .(Persian) http://amuj.arakmu.ac.ir/article-1-1632-en.html

28.Chen SH, Acton G, Shao JH. Relationships among nutritional self-efficacy health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. J Clin Nurs2010; 19: 2117-27 . doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03186.x.

29.Jeong K, Heo J, Tae Y. Relationships among distress family support and health promotion behavior in breast cancer survivors. Asian Oncol Nurs2014; 14: 146-54 .doi:10.5388/aon.2014.14.3.146.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]

Analysis of Health Promoting Behaviors among Employees of Ilam University of Medical Sciences during 2014-15

*Saeedfiroozabadi M[1, 2], Jalilian M[3], Chenary R [*3, 4]*

(Received: May 4, 2016 Accepted: February 26, 2017)

Abstract

Introduction: Health promoting behaviors include behaviors that individuals pay to proper nutrition, regular exercise, keeping away from destructive behavior and drug, protection against accidents, early detection of physical symptoms, control of emotions, feelings and thoughts, coping with stress and psychological problems, adjustment and modification of interpersonal relationships in the social dimension.

Materials & Methods: This cross-sectional study was performed on 185 employees of Ilam University of Medical Sciences using Convenience Method in 2014. Data was collected through health-promoting lifestyle questionnaire (HPLP II) with dimensions including physical activities, stress management, spiritual growth, nutrition, health and interpersonal relationships responsibility. After data collection, the data entry was done using SPSS 21 statistical software and then analyzed through appropriate statistical tests of descriptive statistics, Analysis of Variance (ANOVA), Pearson Correlation Coefficient and Linear Regression. In this study, the level of significance was less than 0.05.

Findings: The mean score of promoting behavior among the employees was 130.47. The highest score was spiritual growth aspect and the lowest was physical activity aspect. Regression models of physical activity (p=0.006) and nutrition aspects (p=0.036) were significant with demographic variables.

Discussion & Conclusions: According to the results of our study, physical activity score was lower than the other health promotion behaviors dimensions. More steps are suggested to be taken to determine the effective factors to improve the health promotion behaviors through impressive interventions among such a class of employees.

Keywords: health promotion, health promoting behaviors, employees, Ilam

1. The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
2. The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
3. Dept of Public Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
4. Dept of Public Health, Health Promotion and Education, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
** Corresponding author Email: Chenaryr@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.2.1]