

مقایسه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پرستاران و کارکنان بهداشتی و اداری

مرادعلی زارعی پور^۳

*توحید بابازاده^۶

ادریس حسن پور^۲

پرشنگ شریفی سقزی^۵

حسن محمودی^۱

حیدر حسین پور^۴

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء سلامت فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی‌شان است و بروز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تاثیر قابل توجهی در بهبود سلامت، بهره‌وری و کیفیت زندگی نیروی انسانی در محل کار دارد. این مطالعه با هدف مقایسه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پرستاران با کارکنان بهداشتی و اداری انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۱۸۰ نفر از کارکنان پرستاری، بهداشتی و اداری با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان از بیمارستان امام خمینی و مراکز بهداشتی در شهرستان سقز، جهت مقایسه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و نیم رخ سبک زندگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت جمع‌آوری شد و با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یکطرفه، آنالیز چند متغییره و تی مستقل بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین کل نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان سه گروه ($2/68 \pm 0/48$) بود. بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به کارکنان مراکز بهداشتی بود که در مقایسه با دو گروه دیگر از لحاظ آماری اختلاف معنی داری داشت ($P < 0/05$). در میان حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز بیشترین نمره کل مربوطه به حیطه‌های تغذیه و رشد معنوی و کمترین نمره نیز مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که نوع شغل و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: اگرچه میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان سه گروه مورد مطالعه در سطح مطلوب بود اما این مطلوبیت بایستی در همه حیطه‌های آن خصوصاً بعد فعالیت فیزیکی نیز مدنظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: ارتقاء سلامت، رفتار سلامتی، پرستاران، کارکنان بهداشتی

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۲

^۱ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۲ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۳ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
^۴ کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
^۵ کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
^۶ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول) شماره

مقدمه

ارتقاء سلامت، فرایند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل بیشتر بر بهبود و حفظ سلامتی شان است^(۱). سازمان بهداشت جهانی مشارکت در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را برای تمام گروه‌های جمعیتی توصیه کرده است و این رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به عنوان الگویی چند بعدی جهت تعدیل رفتار و تلاش جهت حفظ یا ارتقاء سلامت تعریف شده است^(۲). ارتقاء سلامت ممکن است که از طریق تعیین کننده‌های رفتاری مانند: مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی، تغذیه مناسب، روابط بین فردی و مدیریت استرس دیده شود^(۳).

بروز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، پتانسیل قابل توجهی در بهبود سلامت، بهره‌وری و کیفیت زندگی نیروی کار در محل کار دارد^(۴). کمک به کارکنان برای یک زندگی سالم یکی از اهداف ارتقاء سلامت در محل کار می‌باشد طبق مطالعات مختلف، افزایش میزان هزینه‌های مراقبت سلامتی و نگرانی پیرامون ناکارآمدی در ارائه مراقبت به بیماران منجر به حمایت بیشتر از مفهوم ارتقاء سلامت و انتشار آن در میان پرسنل مراقبت سلامتی به خصوص پرستاران شده است^(۵) و توجه به سلامت فردی در میان کارکنان بهداشتی نیز باعث افزایش مسئولیت پذیری آنها در حفظ و ارتقاء سلامت دیگران خواهد شد^(۲). عدم پیروی فراهم کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌تواند تحمیل کننده هزینه‌هایی بر سیستم مراقبت سلامت باشد^(۶). شغل نه تنها تعیین کننده محتوای کار است بلکه همچنین نیازمند سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و طریقه زندگی کردن نیز می‌باشد^(۷).

پرستاران رویکرد کلی نگر را برای بیماران پیرامون ارتقاء سلامت به کار می‌برند و این در حالی است که برخی مطالعات بیانگر ضعف بودن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان خود آنها است^(۸). ارتقاء سلامت از طریق آموزش بهداشت، معمولاً بخش مهمی از نقش‌های

پرستاران می‌باشد و علاوه بر فراهم نمودن آموزش، پرستاران می‌توانند به عنوان الگو برای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سبک زندگی خودشان باشند^(۹). پرستاران مردم را پیرامون موضوع سلامتی آگاه می‌کنند و به آنها جهت کسب رفتارهای لازم برای حفظ، بهبود و حمایت از خود، کمک می‌کنند^(۱۰). در محیط کار، ضعف بودن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پرستاران مرتبط با استرس، بیماری، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، چاقی، تغییر، اشتباهات و کیفیت پایین مراقبت است. اگر چه مطالعات مختلفی در زمینه بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران در کشورهای مختلف انجام شده است و بیانگر تفاوت میزان فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت در میان آنان می‌باشد ولی هنوز مطالعه‌ای در ایران به بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران و مقایسه آن با گروه‌های شغلی دیگر انجام نشده است. از این رو پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران و مقایسه آن با کارکنان بهداشتی و اداری انجام دهد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی، جهت مقایسه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پرستاران (۸۸ نفر) با پرسنل بخش اداری بیمارستان امام خمینی (۲۳ نفر) و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی سطح شهرستان سقز (۶۹ نفر) در سال ۱۳۹۳ انجام شد. با توجه به اینکه بیش از نیمی از پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی را پرستاران تشکیل می‌دهند، این گروه از پرسنل دارای بیشترین تعداد افراد شرکت کننده در مطالعه را تشکیل دادند. معیارهای ورود شامل برخورداری از سلامت روان و عدم محدودیت های جسمی و یا بیماری خاص و عدم مصرف داروهای ضد افسردگی بود. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه دو بخشی بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک در برگیرنده متغیرهای مستقل از

مراجعه و خود را به واحدهای پژوهش معرفی کرده است. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها به واحدهای مورد پژوهش، پژوهشگر با بیان هدف از تحقیق و اطمینان از اینکه اطلاعات افراد محرمانه باقی خواهند ماند، پرداخت. پس از تکمیل فرم رضایت شرکت در مطالعه، پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همزمان توسط دو پرسشگر در میان کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، پرستاران و بخش اداری بیمارستان توزیع و در روز بعد جمع آوری گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و کاربرد آزمون‌های آنالیز واریانس چند متغیره، تحلیل واریانس یک طرفه و پی گیری توکی و تی مستقل مورد تحلیل قرار گرفت. میزان معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۸۰ نفر شرکت کننده در مطالعه حاضر ۳۸/۳٪ آن را کارکنان بهداشتی، ۴۸/۹٪ و ۱۲/۸٪ آن را به ترتیب کارکنان پرستاری و بخش اداری تشکیل داده بودند. برخی متغیرهای جمعیت شناختی در سه گروه مورد مطالعه در جدول شماره یک قابل مشاهده است. سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی اختلاف معنی داری با یکدیگر نداشتند. (جدول شماره ۱).

قبیل شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت زمان اشتغال، وضعیت استخدامی بود. بخش دوم مربوط به سنجش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود که از ابزار نیم رخ سبک زندگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پروفایل ۲ Health promotion life style II (HPLP-II) استفاده شد^(۱۱). این ابزار که برگرفته از مدل ارتقاء سلامت Pender می‌باشد^(۱۲) شامل ۵۲ گویه است که هر گویه آن در مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳ و همیشه = ۴) می‌باشد و در برگزیده شش زیر حیطه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل، مسئولیت پذیری سلامت ۹ سوال (۳۶-۰ نمره)، فعالیت فیزیکی ۸ سوال (۳۲-۰ نمره)، تغذیه ۹ سوال (۳۶-۰ نمره)، رشد معنوی ۹ سوال (۳۶-۰ نمره)، روابط بین فردی ۹ سوال (۳۶-۰ نمره) و مدیریت استرس ۸ سوال (۳۲-۰ نمره) است. میانگین‌ها برای هر حیطه به صورت جداگانه و به صورت کلی برای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مورد سنجش قرار گرفت. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف مورد سنجش قرار گرفته است^(۱۳،۱۴). ضریب آلفای کرونباخ ویرایش فارسی آن در کل ۰/۹۲ و برای ۶ زیر مجموعه آن ۸۲ تا ۷۲ درصد گزارش شده است^(۱۳).

پژوهشگر پس از کسب مجوز از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مدیر شبکه بهداشت و درمان و ریاست بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سقز، به بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمانی (۸ مرکز)،

جدول شماره ۱: توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در میان سه گروه مورد مطالعه

| ویژگی | کارکنان بهداشتی | کارکنان پرستاری | کارکنان اداری | تعداد کل N=۱۸۰ | نتیجه آزمون |
|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-------------|
| سن | تعداد ۶۹ درصد ۳۸/۳ | تعداد ۸۸ درصد ۴۸/۹ | تعداد ۲۳ درصد ۱۲/۸ | تعداد (درصد) | |
| ۲۳-۳۳ | ۲۵ | ۴۶ | ۷ | ۷۸ (۳۹/۶) | p=۰/۴۴۹ |
| ۳۴-۴۴ | ۲۹ | ۳۰ | ۸ | ۶۷ (۳۹/۹) | |
| بالای ۴۴ | ۱۵ | ۱۲ | ۸ | ۳۵ (۲۳/۳) | |
| جنس | تعداد ۲۷ درصد ۳۹/۱ | تعداد ۳۵ درصد ۳۹/۸ | تعداد ۱۸ درصد ۱۰ | تعداد (درصد) | |
| مرد | ۲۷ | ۳۵ | ۱۸ | ۸۰ (۴۴/۴) | p=۰/۱۷۳ |
| زن | ۴۲ | ۵۳ | ۵ | ۱۰۰ (۵۵/۶) | |
| وضعیت | تعداد ۵۴ درصد ۷۸/۳ | تعداد ۵۸ درصد ۶۵/۹ | تعداد ۱۹ درصد ۱۰ | تعداد (درصد) | |
| متاهل | ۵۴ | ۵۸ | ۱۹ | ۱۳۱ (۷۲/۸) | p=۰/۶۹۲ |
| تاهل | ۱۵ | ۳۰ | ۴ | ۴۹ (۲۷/۲) | |

| | | | | | | | | | |
|---------|-----------|------|----|------|----|------|----|----------------|----------|
| p=۰/۲۱۴ | ۴۱(۲۲/۸) | ۵۲/۲ | ۱۲ | ۱۸/۲ | ۱۶ | ۱۸/۸ | ۱۳ | دیپلم | سطح |
| | ۲۸(۱۵/۶) | ۱۳ | ۳ | ۵/۷ | ۵ | ۲۹ | ۲۰ | فوق دیپلم | تحصیلات |
| | ۱۱۱(۶۱/۷) | ۳۴/۸ | ۸ | ۷۶/۱ | ۸۷ | ۵۲/۲ | ۳۶ | لیسانس به بالا | |
| p=۰/۳۷۲ | ۶۱(۳۳/۹) | ۲۶/۱ | ۶ | ۵۰ | ۴۴ | ۱۵/۹ | ۱۱ | کمتر از ۵ سال | مدت |
| | ۱۷(۹/۴) | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲۴/۶ | ۱۷ | ۵ تا ۱۰ سال | زمان |
| | ۳۸(۲۱/۱) | ۱۳ | ۳ | ۲۲/۷ | ۲۰ | ۲۱/۷ | ۱۵ | ۱۱ تا ۱۶ سال | اشتغال |
| | ۶۴(۳۵/۶) | ۶۰/۹ | ۱۴ | ۲۷/۳ | ۲۴ | ۳۷/۷ | ۲۹ | بالای ۱۶ سال | |
| p=۰/۸۲۱ | ۷۲(۴۱/۱) | ۳۴/۸ | ۸ | ۳۰/۷ | ۲۷ | ۵۶/۵ | ۳۹ | رسمی | وضعیت |
| | ۴۲(۲۳/۳) | ۱۷/۴ | ۴ | ۲۳/۹ | ۲۱ | ۲۴/۶ | ۱۷ | پیمانی | استخدامی |
| | ۶۴(۳۵/۶) | ۴۷/۸ | ۱۱ | ۴۵/۵ | ۴۰ | ۱۸/۸ | ۱۳ | قراردادی | |

ارتباط معنی داری با میانگین مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشت ($P < 0/05$). چنانچه که با بالا رفتن سطح تحصیلات مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز افزایش یافته بود. در حالیکه سایر متغیرهای دموگرافیک، ارتباط معنی داری با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نداشتند ($P > 0/05$).

ارتباط متغیرهای دموگرافیک با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با استفاده از آزمون آنالیز واریانس چند متغیره (multivariate) و تی مستقل در جدول ۲ نشان داده شده است. در میان متغیرهای دموگرافیک نوع شغل (بهداشتی، درمانی و یا اداری بودن) ارتباط معنی داری با میانگین مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشت ($P < 0/01$) و همچنین متغیر سطح تحصیلات نیز

جدول شماره ۲: مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ارتباط آن با فاکتورهای جمعیت شناختی در واحدهای مورد پژوهش

| متغیرها | HPLP-II میانگین (انحراف معیار) | نتیجه آزمون | p-value |
|-----------------|--------------------------------|-------------|---------|
| سن | ۲/۷۲ (۰/۴۴) | F= ۱/۶۵ | P=۰/۱۹۴ |
| | ۲/۵۹ (۰/۵۲) | | |
| | ۲/۷۴ (۰/۴۶) | | |
| جنس | ۲/۶۲ (۰/۴۶) | T=۱/۴۸ | p=۰/۱۴۰ |
| | ۲/۷۳ (۰/۴۸) | | |
| شغل | ۲/۸۳ (۰/۵۰) | F=۵/۸۷ | p=۰/۰۰۳ |
| | ۲/۵۹ (۰/۴۵) | | |
| | ۲/۵۵ (۰/۳۸) | | |
| وضعیت تاهل | ۲/۶۷ (۰/۴۴) | T=۰/۲۱۵ | P=۰/۸۳۷ |
| | ۲/۶۸ (۰/۴۹) | | |
| سطح تحصیلات | ۲/۵۱ (۰/۳۹) | F=۴/۵۳ | p=۰/۰۱۲ |
| | ۲/۸۴ (۰/۵۲) | | |
| | ۲/۷۰ (۰/۴۸) | | |
| مدت زمان اشتغال | ۲/۶۵ (۰/۳۹) | F=۲/۳۱ | p=۰/۰۷۷ |
| | ۲/۹۴ (۰/۶۱) | | |
| | ۲/۷۳ (۰/۵۲) | | |
| | ۲/۶۱ (۰/۴۷) | | |
| وضعیت استخدامی | ۲/۶۷ (۰/۵۰) | F=۲/۲۷ | p=۰/۱۰۶ |
| | ۲/۸۰ (۰/۵۳) | | |
| | ۲/۶۰ (۰/۳۹) | | |

که در وضعیت استخدامی رسمی و قراردادی بود، داشتند اما از لحاظ آماری تفاوت معنی داری مابین سه گروه مطالعه وجود نداشت ($P > 0/05$).

میانگین مجموع نمرات و انحراف معیار کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان بهداشتی و درمانی ($2/68 \pm 0/48$) بدست آمد. بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به کارکنان بهداشتی ($2/83 \pm 0/50$) سپس درمانی ($2/59 \pm 0/45$) و اداری ($2/55 \pm 0/38$) بود که بر اساس آزمون آنالیز واریانس در میان سه گروه از لحاظ آماری اختلاف معنی داری وجود داشت. استفاده از تست تعقیبی توکی نشان داد که این تفاوت مربوط به گروه کارکنان بهداشتی در مقایسه با گروه پرستاران و کارکنان بخش اداری بود ($P < 0/05$). میانگین مجموع نمرات زیر حیطه‌ها در میان سه گروه از بیشترین به کمترین مربوط به بعد تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، مسئولیت پذیری سلامتی و فعالیت فیزیکی بود (جدول شماره ۳).

در این مطالعه مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان، بیشتر از مردان بود اما از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین زنان و مردان وجود نداشت ($P > 0/05$). با بالا رفتن سن در گروه‌های مطالعه مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، کاهش و در سنین بالای ۴۴ سال مجدداً این نمرات افزایش یافته بود که تفاوت آماری معنی داری مابین گروه‌های سنی از نظر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سه گروه مورد مطالعه وجود نداشت ($P > 0/05$). با افزایش مدت زمان اشتغال نیز در گروه‌های مورد مطالعه تا ۱۰ سال اول مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت افزایش و بعد از ۱۰ سال مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کاهش یافته بود. هر چند که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری از لحاظ مدت زمان اشتغال در سه گروه مورد مطالعه وجود نداشت ($P > 0/05$)، افرادی که وضعیت استخدامی آنها به صورت پیمانی بود مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشتری به نسبت افرادی

جدول شماره ۳: مقایسه مجموع میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر حیطه‌های آن در میان سه گروه مطالعه

| زیر حیطه‌ها | بهداشتی (N=69) | پرستاران (N=88) | اداری (N=23) | F | # تست تعقیبی |
|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------|--------------|
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | | توکی |
| مسئولیت پذیری سلامتی | 2/74 (0/81) | 2/44 (0/52) | 2/43 (0/37) | 4/71* | ب < پ |
| فعالیت فیزیکی | 2/28 (0/68) | 2/16 (0/70) | 1/95 (0/55) | 2/05 | |
| تغذیه | 3/13 (0/53) | 2/84 (0/55) | 2/74 (0/43) | 7/20** | ب < پ، ب < ا |
| رشد معنوی | 3/06 (0/59) | 2/84 (0/57) | 2/90 (0/54) | 2/86** | ب < پ |
| روابط بین فردی | 2/93 (0/51) | 2/75 (0/54) | 2/70 (0/50) | 2/32 | |
| مدیریت استرس | 2/78 (0/62) | 2/47 (0/55) | 2/48 (0/45) | 6/36** | ب < پ |
| مجموع نمرات | 2/83 (0/50) | 2/59 (0/45) | 2/55 (0/38) | 5/87* | ب < پ، ب < ا |

* $P < 0/05$ ، ** $P < 0/01$ محاسبه شده با استفاده از آنالیز واریانس، ب: بهداشت، پ: پرستار، ا: اداری

اختصاص داده بود که بیشترین نمره آن مربوط به کارکنان بهداشتی و کمترین مربوط به کارکنان بخش اداری بود اما از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین گروه‌ها وجود نداشت ($P > 0/05$). بیشترین نمره زیر حیطه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به بعد تغذیه در میان کارکنان

سه حیطه اول تغذیه، رشد معنوی و روابط بین فردی در میان کارکنان بهداشتی، کارکنان درمانی (پرستاران) و اداری یکی بود اما حیطه رشد معنوی در میان کارکنان اداری بیشترین نمره را به خود اختصاص داده بود. در هر سه گروه حیطه فعالیت فیزیکی کمترین نمره را به خود

می‌باشد. در مطالعه Zhang و همکاران^(۱۵)، کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی در مقایسه با سایر مشاغل مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آنها به جزء کارکنان بخش‌های عمومی بیشتر بود که البته از نظر آماری معنی دار نبود. در مطالعه Yu و همکاران^(۱۶) نیز مجموعه نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان بخش سلامتی نسبت به سایر زیر گروه‌ها بیشتر بود، اما مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعه مربوطه نسبت به مطالعه حاضر پایین بود. همچنین در مطالعه Yu و همکاران رشد معنوی، روابط بین فردی و تغذیه بیشترین و فعالیت فیزیکی کمترین نمره را به خود اختصاص داده بودند که با نتایج مطالعه حاضر قرابت دارد. در مطالعه Can و همکاران^(۱۷) نیز مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان پرستاری و غیر پرستاری نسبت به مطالعه حاضر پایین بود، همچنین در مطالعه مربوطه مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان پرستاری نسبت به کارکنان غیر پرستاری بیشتر بود که با نتایج مطالعه حاضر هم راستا می‌باشد. بطوریکه در مطالعه مربوطه مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران نسبت به کارکنان بخش اداری بیشتر بود و سه حیطه اول مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس بیشترین نمره و فعالیت فیزیکی کمترین نمره را داشتند که با نتایج مطالعه حاضر در مورد حیطه‌های رشد معنوی، روابط بین فردی و فعالیت فیزیکی مطابقت دارد.

در این مطالعه کمترین نمره در میان سه گروه مورد مقایسه مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی بود. در پژوهش McElligott و همکاران^(۸) نیز کمترین نمره کسب شده مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی بود که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. اغلب مطالعات انجام گرفته در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیانگر پایین بودن نمره حیطه فعالیت فیزیکی بوده است^(۱۸،۱۹). از آنجا که فعالیت فیزیکی با سلامت افراد رابطه مستقیم دارد، لذا توجه به

بهداشتی بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری با دو گروه دیگر داشت ($P < 0/01$). در زیر حیطه روابط بین فردی نیز بیشترین نمره مربوط به کارکنان بهداشتی و کمترین نمره نیز مربوط به کارکنان بخش اداری بود اما از لحاظ آماری تفاوت معنی دار ما بین سه گروه وجود نداشت. در زیر حیطه‌های رشد معنوی، مدیریت استرس و مسئولیت پذیری سلامتی نیز بیشترین نمره مربوط به کارکنان بهداشتی بود و در میان سه گروه بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه (جدول شماره ۳) تفاوت معنی داری وجود داشت که با استفاده از تست تعقیبی توکی این تفاوت مربوط به گروه کارکنان بهداشتی نسبت به گروه درمان بود ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه، مقایسه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پرستاران با کارکنان بهداشتی و اداری بود. در مطالعه حاضر میانگین مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان سه گروه در سطح مطلوب بود و بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به کارکنان بهداشتی نسبت به دو گروه دیگر (درمانی و اداری) بود. همچنین در مطالعه حاضر متغیرهای نوع شغل و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری با مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشت. بیشترین نمره کل در میان حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به حیطه‌های تغذیه، رشد معنوی و کمترین نمره نیز مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی بود. مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه Zhang و همکاران^(۱۵) که به بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان کارگران کشاورزی با سایر مشاغل انجام شده بود، بیشتر بود. همچنین در مطالعه Zhang و همکاران حیطه‌های روابط بین فردی و تغذیه بیشترین و فعالیت فیزیکی کمترین نمره را در میان زیر حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به خود اختصاص داده بودند که در مطالعه حاضر نیز بعد تغذیه و فعالیت فیزیکی با مطالعه مربوطه همسو

آن از سوی مدیران اهمیت قابل توجهی دارد چرا که می‌تواند بر روی مولد بودن کارکنان آنها تاثیر گذار باشد و در برنامه‌های متمرکز بر ارتقاء سلامت بایستی مدنظر قرار گیرد^(۲۰).

در مطالعات گذشته^(۱۷،۲۱،۲۲) مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران در مقایسه با مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران مطالعه حاضر کمتر بود و در اکثر مطالعات ذکر شده بیشترین نمرات مربوط به سه حیطه اول روابط بین فردی، رشد معنوی و تغذیه و کمترین نمره مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی بود که این نتایج با نتایج مطالعه Edrisi و همکاران^(۲۳) که به بررسی خود گزارش‌دهی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پرستاران پرداخته، همسو می‌باشد. تمامی ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، برای ایجاد و یا حفظ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت حائز اهمیت می‌باشد. در این حرفه بیشتر، سه حیطه روابط بین فردی، رشد معنوی و تغذیه بالاترین نمره را داشته و کمترین نمره مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی است که شرایط محیطی و شغلی می‌تواند ایجاد کننده این نتایج باشد، بطوریکه پرستاران در محیط کار ارتباط بیشتری با همکاران خود دارند و پرداختن به حیطه‌هایی همچون روابط بین فردی، رشد معنوی و تغذیه برای آنها آسان‌تر است اما در حیطه‌هایی چون فعالیت فیزیکی، مسئولیت پذیری سلامتی و مدیریت استرس عواملی از قبیل عدم وقت کافی و متحمل شدن بار بیشتر ارائه خدمات مراقبتی و درمانی از این ابعاد پیرامون رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت غافل مانده‌اند.

اینکه چرا رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان بخش سلامت به خصوص در میان کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی بیشتر است، می‌تواند ناشی از آشنایی کارکنان بخش سلامت با ارتقاء سلامت و آموزشی که پیرامون این فعالیت‌ها در حین تحصیل داشته‌اند و یا اینکه

خود آنها آموزش دهنده این فعالیت‌ها به مردم هستند، باشد. از طرف دیگر کارکنان بخش بهداشتی نسبت به سایر رده‌های شغلی همچون پرستاری از لحاظ کاری، تحت فشار نبوده و دارای وقت کافی برای پرداختن به فعالیت ارتقاء دهنده سلامت هستند. از طرفی پرستاران با انواع بیماریها مواجه هستند و این به نوبه خود می‌تواند ایجاد کننده حساسیت در آنها برای پرداختن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت جهت حفظ و ارتقاء سلامتی باشد. این موضوع خود می‌تواند باعث شود که آنان نسبت به سایر رده‌های شغلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشتری داشته باشند ولی نسبت به کارکنان بهداشتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی کمتر باشد و آن هم می‌تواند ناشی از شیفت در گردش و نبود وقت کافی و همچنین عدم توجه مدیران بخش درمان به ارتقاء سلامت در این رده شغلی باشد.

در مطالعه حاضر بین سن و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معنی داری وجود نداشت. در رابطه با این موضوع یافته‌های مطالعات مختلف نتایج ضد و نقیضی ارائه می‌کنند، چنان که مطالعات Nassar و همکاران و Wei و همکاران^(۲۴،۱۸) همراستا با یافته‌های مطالعه حاضر سن را مرتبط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نمی‌دانند در حالی که خلاف این یافته‌ها را می‌توان در نتایج Beser و همکاران و Al-Kandari و همکاران مشاهده کرد^(۲۵،۲۶). زنان بالاترین نمره را در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعه حاضر داشتند اما از لحاظ آماری، اختلاف معنی دار با مردان نداشتند که با نتایج مطالعات Tomás و همکاران و Shaheen و همکاران^(۲۷،۲۸) همسو می‌باشد هر چند که بعضی مطالعات اینکه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان زنان بیشتر است را تایید نمی‌نمایند^(۲۵،۲۹). در مطالعه Beser و همکاران و Johnson^(۲۵،۳۰) رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مابین زن و مرد اختلاف معنی داری نداشت. اما در برخی مطالعات^(۱۷،۲۶،۳۱،۳۲) رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مردان بیشتر از زنان بود. این تفاوت رفتارهای ارتقاء دهنده

بایستی در همه حیطه‌های آن خصوصاً بعد فعالیت فیزیکی نیز مدنظر قرار گیرد و همچنین نیازمند افزایش توجه مدیران جهت حمایت از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان ارائه دهنده خدمت به مددجویان به عنوان الگوی سلامتی می باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به کد ۵۱۳ می‌باشد. بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همچنین از کلیه کارکنانی که در این مطالعه شرکت کردند و مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان سقز و مسئول محترم مرکز بهداشت شهرستان سقز صمیمانه سپاسگذاری می‌گردد.

سلامت در میان زنان و مردان می‌تواند ناشی از سطح آگاهی، شغل، سطح تحصیلات، فراهم بودن شرایط مناسب برای فعالیت و فرهنگ حاکم بر آن جامعه پیرامون رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان هر دو جنس باشد^(۳۳).

محدودیت‌های این مطالعه کمبود حجم نمونه در گروه‌های مورد مطالعه خصوصاً در گروه کارکنان بخش اداری و عدم شرکت کارکنان سایر بخش‌های موجود در بیمارستان از قبیل رادیولوژی، آزمایشگاه و غیره بود. همچنین تعمیم نتایج این مطالعه به سایر جمعیت‌های مشابه به دلیل انتخاب نوع روش نمونه‌گیری غیر احتمالی توصیه نمی‌شود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از روش نمونه‌گیری احتمالی و حجم نمونه بیشتر استفاده شود. مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سه گروه مورد مطالعه در سطح مطلوب بود. اما این مطلوبیت

فهرست منابع

1. Edelman CL, Mandle CL, Kudzma EC. Health promotion throughout the life span: Elsevier Health Sciences; 2013.
2. Atwal A, Caldwell K. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(6):359-65.
3. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006.
4. Robroek SJ, van de Vathorst S, Hilhorst MT, Burdorf A. Moral issues in workplace health promotion. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(3):327-31.
5. Proper K, van Mechelen W. Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. Geneva: World Health Organization. 2008.
6. Chiou S-T, Chiang J-H, Huang N, Chien L-Y. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better? *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1.
7. Huang S-L, Li R-H, Tang F-C. Comparing disparities in the health-promoting lifestyles of Taiwanese workers in various occupations. *Ind Health*. 2010;48(3):256-64.
8. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the house?. 2009;22(3):211-5.
9. Burcu, Tokuç sonUfuk, Berberođlu. Health Promoting Lifestyles Among Primary School Teachers Working in Edirne. *TAF Prev Med Bull*. 2007;6(6):421-6.
10. Yeh L, Chen C-H, Wang C-J, Wen M-J, Fetzer SJ. A preliminary study of a healthy-lifestyle-promoting program for nursing students in Taiwan. *J Nurs Educ*. 2005;44(12):563-5.
11. Walker S, Sechrist K, Pender N. The health-promoting lifestyle profile II. 1995.
12. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Frank-Stromborg M. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nurs Res*. 1990;39(6):326-32.
13. Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. [Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):39-49. Persian

14. Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. [Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(4):29-34. Persian
15. Zhang S-c, Wei C-n, Fukumoto K, Harada K, Ueda K, Minamoto K, et al. A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. *Environ Health Prev Med*. 2011;16(2):80-9.
16. Yu K, Bi J, Huang Y, Li F, Cheng J, Wang T, et al. Relationship between health-promoting lifestyle and sub-health status in the employees of an enterprise. *Nan fang yi ke da xue xue bao*. 2013;33(8):1203-6.
17. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci*. 2008;10(4):273-80.
18. Nassar OS, Shaheen AM. Health-promoting behaviours of university nursing students in Jordan. *Health (N Y)*. 2014;6(19):2756.
19. Mahmoodi H AJM, Mohammadi Y, Shirzadi S, Sadeghi M, Sharifisaeqi P. [Correlation of Body mass index and health-promoting lifestyle among health care workers of Saqqez city]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(2):42-51. Persian
20. Fertman CI, Allensworth DD. Health promotion programs: from theory to practice: John Wiley & Sons; 2010.
21. Kirag N, Ocaktan EM. Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Med J*. 2013;34(10):1062-7.
22. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nurs Health Sci*. 2008;10(1):43-50.
23. Edrisi M, Khademloo M, Ghorban AA, Gooran F, Khalili-Azandehi H, Bahrami B, et al. [Self Report of Health Promoting Behaviors of Nurses Working in Teaching Hospitals]. *J Mazandaran Univ Med*. 2013;23(105): 52-59. Persian
24. Wei C-N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med*. 2012;17(3):222-7.
25. Beser A, Bahar Z, BÜYÜKKAYA D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Ind Health*. 2007;45(1):151-9.
26. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nursing & health sciences*. 2007;9(2):112-9.
27. Shaheen AM, Nassar OS, Amre HM, Hamdan-Mansour AM. Factors affecting health-promoting behaviors of university students in Jordan. *Health (N Y)*. 2015;7(01):1.
28. Tomás CC, Queirós PJP, Ferreira TdJR. Health-promoting behaviors: psychometric properties of an assessment tool. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2015;24(1):22-9.
29. Mahmoodi H, Asghari-Jafarabadi M, Babazadeh T, Mohammadi Y, Shirzadi S, Sharifi-Saeqi P, et al. [Health Promoting Behaviors in Pregnant Women Admitted to the Prenatal Care Unit of Imam Khomeini Hospital of Saqqez]. *Journal of Education And Community Health*. 2015;1(4):58-65. Persian
30. Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nurs*. 2005;22(2):130-7.
31. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice Prentice-Hall. Upper Saddle River. 2002.
32. Musavian AS, Pasha A, Rahebi S-M, Roushan ZA, Ghanbari A. [Health promoting Behaviors Among Adolescents: A Cross-sectional Study]. *Nursing and midwifery studies*. 2014;3(1). Persian
33. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi M. [Health promotion lifestyle in nursing students: a systematic review]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(1):66-79. Persian

Compare the Health Promoting Behaviors among Nurses, Health and Administrative Staff

Mahmoodi H. PhD Cand.¹

Hasanpoor E. PhD Cand.²

Zareipour MA. PhD Cand.³

Housaenpour H. BS.⁴

Sharifi -Saqqezi P. BS.⁵

*Babazadeh T. PhD Cand⁶

Abstract:

Background & Aim: Health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve their health and it has a considerable impact on improving health and quality of life of human resources in the workplace. This study aimed to compare the nurse's health promoting behaviors with administrative and health care staff.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, 180 nurses, administrative and health staff were selected using convincing sampling from health centers and Imam Khomeini hospital, Saqqez, Iran. Data were collected by using demographic and the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) questionnaire and it analyzed using one-way analysis of variance, multivariate analysis and independent t-test by SPSS Version 16.

Results: Overall, mean score of health promoting behaviors among participants of the present study was $2.68 \pm .48$. The highest score of health promoting behaviors was related to health centers staff and there was a significant difference between health centers staff and other groups ($p < 0.05$). The highest total score among health promoting behaviors domains was related to nutrition and spiritual growth dimensions and the lowest score was related to physical activity dimension. Also the findings showed that the type of job and education level of participants have a statistically significant relationship with health promoting behaviors ($P < 0.05$).

Conclusion: However, the mean score of health promoting behaviors was at the desirable level among all the groups but there is need to pay more attention to physical activity dimension.

Key words: Health Promotion, Health Behavior, Nurses, Health Personnel

Received: 3 Feb 2016

Accepted: 1 May 2016

¹ Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, Health Faculty, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran.

² Ph.D. Candidate in Health Management, Iranian Center of Excellence in Health management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

³ Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, Health center. Uremia University of Medical Sciences, Uremia, Iran.

⁴ BS in Nursing, Imam Khomeini Hospital of Saqqez, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj. Iran.

⁵ BS in Nursing, Imam Khomeini Hospital of Saqqez, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj. Iran.

⁶ Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran. (*Corresponding Author). Tel: 09369941617. E-mail: towhid.babazadeh@gmail.com