

تأثیر آموزش در زمینه فعالیت فیزیکی بر آگاهی، نگرش و

عملکرد کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان

سید وحید احمدی طباطبایی^۱، محمد حسین تقدیسی^۲، آزاده صادقی^۳،

نوذر نخعی^۴، فاطمه بلالی^۵

چکیده

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت ۱/۹ میلیون مورد مرگ سالانه در سراسر جهان، بدلیل عدم فعالیت فیزیکی رخ می دهد. همچنین اهمیت موضوع فعالیت فیزیکی در پیشگیری از بیماریهای مزمن ما را بر آن داشت که مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر مداخله ی آموزشی در زمینه فعالیت فیزیکی بر آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان انجام دهیم. این مطالعه نیمه تجربی کارمندان مرکز بهداشت استان کرمان در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. نمونه گیری از نوع تصادفی و تعداد نمونه ۷۸ نفر برآورد شد، مداخله آموزشی به مدت ۶ هفته به طول انجامید و یافته ها بوسیله پرسشنامه محقق ساخته در دو مرحله قبل و بعد با فاصله ۶ هفته پس از مداخله در نرم افزار آماری SPSS-۱۶ مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته های بدست آمده نشان می دهد که در مرحله پس از مداخله افزایش معنی داری در میانگین نمرات آگاهی ($P < 0/001$) و نگرش ($P = 0/02$) در گروه مورد مطالعه مشاهده شد. ولی در میزان عملکرد تفاوت معنی داری یافت نشد ($P = 0/13$). به نظر می رسد که مداخله آموزشی برنامه ریزی شده در زمینه فعالیت فیزیکی بر روی آگاهی و نگرش افراد تحت بررسی تأثیر داشته اما در عملکرد ایشان مؤثر نبوده است.

کلید واژگان: آگاهی، عملکرد، فعالیت فیزیکی، نگرش

مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

دوره ی ۲، شماره ی ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۱

مقاله اصیل پژوهشی

۱. دکترای حرفه ای پزشکی و MPH، واحد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲. دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. نویسنده مسؤول: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان
نشانی: کرمان، بلوار جویبار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان
تلفن: ۰۹۱۹۱۱۷۰۸۵۸
پست الکترونیک: azadeh_sadeghi87@yahoo.com
۴. متخصص پزشکی اجتماعی، استاد گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۵. کارشناس بهداشت عمومی، واحد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دریافت: ۹۰/۳/۱۸

اصلاح نهایی: ۹۰/۱۱/۱۶

پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۰

مقدمه

با تغییر سبک زندگی و ماشینی شدن کارها، کاهش چشمگیر تحرک فیزیکی در اقشار مختلف به وجود آمده است، لذا باید مداخلاتی طراحی نمود تا بتوان از طریق آن باعث اتخاذ و حفظ و ارتقای این رفتار بهداشتی در بین عموم مردم شد [۲، ۳، ۵]. در مطالعه ای با عنوان بررسی تأثیر برنامه فعالیت فیزیکی درون مدرسه برای ارتقای و ترویج فعالیت فیزیکی و تناسب اندام در کودکان و نوجوانان سنین ۶ تا ۱۸ ساله که توسط Dobbins و همکاران در سال ۲۰۰۹ در کانادا به صورت مروری انجام گرفت و ۱۳۸۴۱ عنوان شناسایی و غربالگری شد و ۴۸۲ مقاله مورد بررسی گرفت. نتیجه نهایی این بود که آموزش در زمینه فعالیت فیزیکی درون مدرسه تأثیر مثبتی در سبک زندگی و سلامت فیزیکی نوجوانان دارد و باعث ارتقای فعالیت بدنی در دانش آموزان می شود [۴]. نتایج مطالعه آقاملابی و همکاران با عنوان مراحل تغییر رفتار فعالیت فیزیکی در جمعیت بالای ۱۵ سال ساکن شهر بندرعباس نشان داد که از نظر تغییر رفتار فعالیت فیزیکی، ۵۹/۹ درصد در مرحله پیش از قصد، ۱/۳ درصد در مرحله قصد، ۳/۲ درصد در مرحله آمادگی، ۰/۵ درصد در مرحله عمل و ۳۵/۱ درصد در مرحله حفظ و نگهداری بودند. نتایج این مطالعه روشن نمود اکثریت قریب به اتفاق افراد مورد مطالعه در مرحله پیش از قصد و قصد قرار دارند که مرحله ای است که شخص حتی در مورد شروع فعالیت جسمی منظم فکر هم نکرده است. از نظر پروچستکا و دکلمته افرادی که در این مرحله از تغییر رفتار قرار دارند، هیچ گونه اطلاعات و آگاهی در خصوص منافع و مزایای تغییر رفتار فعلی ندارد [۵]. بررسی مطالعات انجام شده در ایران و جهان لزوم آموزش برنامه ریزی شده و سیستماتیک در اقشار مختلف جهت افزایش آگاهی از منافع فعالیت فیزیکی، فرهنگ سازی و ایجاد محیط حمایت کننده و اصلاح شیوه زندگی در زمینه تحرک فیزیکی را بیان می کند و تأثیر مثبت آموزش در تغییر این رفتار غیر بهداشتی در مداخلات بهداشت عمومی مختلف به اثبات رسیده است [۷، ۱۳-۱۶]. در ساختار کلی مراقبت بهداشتی جامع باید به آموزش و مراقبت از خود، بیش از درمان یا متکی شدن تأکید شود [۱۷]. آموزش از راههای متفاوت و در اقشار مختلف و

تحرک فیزیکی از جمله مهم ترین رفتارهایی است که می تواند بیماری های غیر واگیر را متأثر سازد [۱]. در سال ۲۰۰۵، ۳۵ میلیون مرگ به دلیل بیماریهای غیر واگیر مزمن (NCDs) در جهان اتفاق افتاده که ۶۰٪ از کلیه مرگ ها و ۴۷٪ بار بیماری ها را شامل می شود. به گزارش سازمان جهانی بهداشت این میزان در سال ۲۰۲۰ به ترتیب ۷۳٪ (سه چهارم کلیه مرگ ها) و ۶۰٪ (بار بیماری ها) تخمین زده می شود. این مشکل در کشورهای با درآمد متوسط و فقیر جدی تر نیز است و به یک همه گیری تبدیل شده، که حدود ۸۰٪ مرگ ها را شامل می شود. تغذیه ناسالم و عدم تحرک و استعمال دخانیات از عوامل خطر بیماریهای مزمن هستند. حذف این عوامل خطر می تواند از بیماریهای قلبی زودرس و همچنین سکته و دیابت تیپ ۲ تا ۸۰٪ و از ابتلا به سرطان تا ۴۰٪ پیشگیری کند [۲-۴]. فعالیت فیزیکی منظم به عنوان یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سالم به شمار می رود و نقش مهمی در کاهش مرگ و بار ناشی از بیماری ها دارد [۵-۷]. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت سالانه ۱/۹ میلیون مرگ در سراسر جهان به دلیل عدم تحرک فیزیکی است. همچنین عدم تحرک یکی از عوامل خطر بیماریهای مزمن از جمله بیماریهای عروق قلبی، سرطان کولون، دیابت، چاقی، پوکی استخوان، فشارخون بالا و اختلالات روانشناختی و ... است [۸-۱۰]. تحقیقات نشان داده اند که فعالیت فیزیکی منظم، خطر ابتلا به بیماری های فوق را کاهش می دهد. همچنین خطر سکته مغزی را نیز کم می کند، به کنترل وزن کمک می کند و در حفظ سلامت استخوان ها و مفاصل و ماهیچه ها نقش دارد [۶]. میزان فعالیت های فیزیکی افراد به عواملی مثل سن، جنس، تحصیلات، شغل، استعمال دخانیات، دسترسی مردم به تسهیلات ورزشی، عوامل اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی و میزان آگاهی در زمینه فعالیت فیزیکی و سیاست ها و محیط های حمایت کننده و ... بستگی دارد [۱، ۱۱، ۱۲].

از آنجایی که منافع و تأثیر فعالیت فیزیکی منظم در ارتقای سطح سلامت به خوبی شناخته شده است و علاوه بر این امروزه

سؤالات (Validity) از روش نظر افراد خبره (Expert opinion) و برای تعیین پایایی سوالات (Reliability) از روش آزمون مجدد (Test-retest) در مطالعه ابتدایی بر روی ۱۵ نفر (Pilot study) استفاده شد. ضریب همبستگی بین آزمون و باز آزمون با استفاده از آزمون ICC (Intra Class Correlation Coefficient) محاسبه شد که به ترتیب شامل مقادیر زیر بود: سوالات آگاهی = ۰/۷۲، سوالات نگرش = ۰/۸۱ و سوالات رفتار = ۰/۸۴. نهایتاً علاوه بر اطلاعات فردی، پرسشنامه دارای ۱۰ سوال بصورت صحیح، غلط و نمی دانم برای سنجش آگاهی، ۱۱ سؤال پنج گزینه ای برای سنجش نگرش (طیف پنج درجه ای دو قطبی) و ۲ سؤال هفت گزینه ای برای سنجش رفتار (فعالیت فیزیکی در هفته گذشته) طراحی شد. توصیه های پروفسور آجزن (Ajzen) به عنوان پایه برای ساخت پرسشنامه برای اندازه گیری نگرش و عملکرد (رفتار) در ابزار تحقیق مورد استفاده قرار گرفت [۲۰، ۲۱].

در مرحله ی اجرای مداخله، بر اساس اهداف تحقیق و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه اولیه (به عنوان ارزشیابی تشخیصی)، از روش های مختلف آموزش بهداشت و ارتقای سلامت استفاده شد که مدت ۶ هفته به طول انجامید. برای کلیه کارکنان مرکز بهداشت استان یک فضای آموزشی خاص در محیط اداره فراهم شد و در تمامی بوردها و تابلو اعلانات و سالن آموزشی شعارهای بهداشتی پارچه نویسی شده در زمینه فعالیت فیزیکی نصب شد. محیط اداره بصورتی آذین شده بود که کلیه کارکنان از زمانی که وارد اداره می شدند به صورت مختلف با شعارهای ترغیب کننده مواجه می شدند. در جلسه آموزشی رئیس مرکز بهداشت استان به عنوان یکی از رهبران کلیدی مشوق (هنجار ذهنی) در زمینه فعالیت فیزیکی سخنانی ایراد فرمودند، سپس آموزش در زمینه فعالیت فیزیکی در یک جلسه ۲ ساعته از طریق سخنرانی و پاورپوینت برای ۷۸ نفر داوطلب شرکت در پژوهش انجام شد و جزوه آموزشی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. برای دلگرمی کارکنان داوطلب مصوب شد که گواهی باز آموزی برای شرکت کننده

فضاسازی مناسب و متناسب با شرایط می تواند تأثیر بسزایی در اعتلای آگاهی و تغییر نگرش و بالأخره ارتقای رفتار و عملکرد افراد به عنوان یک هدف نهایی داشته باشد [۱۸]. در مروری بر منابع متأسفانه با وجود نقش اثرگذاری که کارکنان بهداشتی در ارتقای سطح سلامت و رفتارهای بهداشتی دارند، مطالعه ای که در زمینه ی فعالیت فیزیکی این گروه صورت گرفته باشد یافت نشد. فقط در مطالعه Yamaguchi با هدف توسعه و ارزیابی برنامه های آموزشی جهت ارتقای تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی در داوطلبین بهداشتی در ژاپن انجام گرفت، و یافته ها نشان داد که آموزش بر آگاهی های بهداشتی و عملکرد ایشان در زمینه فعالیت فیزیکی و تغذیه سالم تأثیر مثبت دارد [۱۹].

با توجه به اهمیت موضوع مورد بحث مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه و لزوم انجام مداخله برای تغییر این رفتار غیر بهداشتی و در نظر گرفتن نقش کارکنان بهداشتی به عنوان افراد اثربخش و کلیدی به عنوان متولیان اشاعه و ارتقای سلامت جامعه، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله ی آموزشی در زمینه فعالیت فیزیکی بر آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان انجام گرفت.

روش

این مطالعه از نوع نیمه تجربی بر روی کارکنان ستاد مرکز بهداشت استان کرمان انجام گرفت. با توجه به انجام مطالعه پایلوت بر روی ۱۵ نفر، که با افزایش مدت فعالیت فیزیکی در روز از ۳/۵ به ۷ دقیقه که با انحراف معیارهای به ترتیب ۴ و ۸ همراه بود و با استفاده از نرم افزار PASS حداقل حجم نمونه ۷۰ نفر بدست آمد. که نهایتاً ۷۸ نفر از کارکنان (مرکز بهداشت استان) حاضر به شرکت در طرح شدند. نمونه های تحت مداخله بصورت تصادفی از بین ۱۵۰ کارمند مرکز بهداشت استان انتخاب شدند. شرکت کنندگان با رضایتنامه کتبی وارد مطالعه شدند و اجباری برای شرکت در مطالعه وجود نداشت، از نظر اخلاقی از پرسشنامه کد دار بدون ذکر نام و محرمانه استفاده شد. در این مطالعه، پرسشنامه برای اندازه گیری آگاهی، نگرش و رفتار (فعالیت فیزیکی) طراحی شد. برای سنجش اعتبار

علمی مرکز بهداشت استان بود که نشریه برای کلیه کارمندان بصورت رایگان ارسال گردید. ۶ هفته بعد از مداخله آموزشی اطلاعات توسط پرسشنامه جمع آوری گردید. ابزار تجزیه و تحلیل در این مطالعه SPSS-۱۶ بوده و جهت مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد درمورد عملکرد که توزیع نرمال بود از آزمون تی زوجی (paired-samples t test) استفاده شد و در مورد آگاهی و نگرش چون توزیع داده ها نرمال نبود از آزمون ناپارامتریک معادل یعنی ویلکاکسون (Wilcoxon) استفاده شد و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

بررسی متغیرهای زمینه ای نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه بین ۴۰ تا ۶۰ سال سن داشتند (۵۱/۳٪) و جنسیت اکثر ایشان زن و تحصیلات آنان فوق دیپلم و کارشناسی بود (جدول شماره ۱).

نمره آگاهی قبل از مداخله ($5/1 \pm 1$) بود و پس از مداخله

گان صادر گردد. در جلسه فوق به شرکت کنندگان خودکاری با شعار: همین امروز پیاده روی را شروع کنیم، فردا دیر است اهدا شد. برای ایجاد محیط حامی سلامت و جهت تسهیل فعالیت فیزیکی (افزایش کنترل رفتاری درک شده) طی جلسات مکرر با همکاری ریاست مرکز بهداشت استان سیاستی اتخاذ شد که در محل کار کلیه کارمندان بتوانند نیم ساعت اول وقت را به پیاده روی بپردازند. تقریباً هر ۵ روز یکبار پیامی در زمینه فعالیت فیزیکی از طریق سیستم اتوماسیون اداری برای کلیه کارمندان و نه فقط شرکت کنندگان مورد مطالعه ارسال می شد (به دلیل تأثیر سایر افراد به عنوان هنجارهای ذهنی روی فعالیت فیزیکی کارکنان شرکت کننده) [۲۰، ۲۱]. علاوه بر پیامهای ترغیب کننده، عکس های مختلف در زمینه فعالیت فیزیکی نیز برای کلیه کارکنان از طریق سیستم اتوماسیون ارسال می شد. همزمان هر هفته یک بار از طریق server خصوصی پیامهای ترغیب کننده به موبایل کارمندان sms (پیامک) گردید. از دیگر مداخلات برای کارکنان چاپ مقاله ای در زمینه فعالیت فیزیکی در نشریه

جدول ۱: فراوانی متغیرهای زمینه ای در گروه مورد مطالعه

سطح تحصیلات		جنسیت		سن			
بالای دیپلم و کارشناسی	بالای دیپلم و کارشناسی	زیر دیپلم و دیپلم	زن	مرد	۶۰-۴۰	۴۰-۲۵	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۲	۵۳/۸	۲۴	۲۴/۸	۴۸	۳۸/۵	۴۰	۴۸/۷
۱۵/۴		۶۱/۵		۳۰	۵۱/۳	۳۸	

مداخله ی آموزشی نسبت به مرحله قبل از مداخله کاهش یافت ($82/9 \pm 93/3$ دقیقه در برابر $82/4 \pm 75/4$ دقیقه)، ولی این کاهش از نظر آماری معنی دار نبود ($P = 0/132$). (جدول شماره ۲).

این میزان افزایش معنی دار نشان داد، بطوری که از $5/1 \pm 1$ به $2/2 \pm 5/9$ رسید ($P < 0/001$). میانگین نمره نگرش کارمندان مورد بررسی در زمینه فعالیت فیزیکی از $4/6$ به $5/7$ پس از مداخله آموزشی افزایش یافت ($P = 0/026$). میانگین عملکرد (مقدار فعالیت فیزیکی) افراد تحت بررسی در مرحله بعد از

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سازه های پرسشنامه قبل و بعد از مداخله

P	مقدار آزمون	نوع آزمون	بعد از مداخله	قبل از مداخله	مرحله
			میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
۰/۰۰۱	-۳/۵۳۷	ویلکاکسون	۵/۹±۲/۲	۵/۱±۱/۰	آگاهی
۰/۰۲۶	-۲/۲۲۳	ویلکاکسون	۵/۷±۰/۳۱	۴/۶±۰/۶۴	نگرش
۰/۱۳۲	۱/۵۲۵	آزمون تی زوجی	۸۲/۴±۷۵/۴	۹۳/۳±۸۲/۹	عملکرد

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی برنامه ریزی شده در زمینه فعالیت فیزیکی بر روی میزان آگاهی و نگرش افراد شرکت کننده در گروه مورد بررسی مؤثر بوده است، اما تأثیر چندانی در زمینه تغییر رفتار افراد مورد مداخله نداشته است. توان آزمون در این خصوص ۰/۶۵ بود.

با توجه به اینکه حداکثر نمره آگاهی در این مطالعه می توانست ۱۰ باشد میانگین نمره در مرحله قبل از مداخله ۵/۱ بوده است که نشان دهنده این است که آگاهی کارکنان بهداشتی در حد متوسط است و احتمالاً به دلیل در اختیار نداشتن اطلاعات کافی و نداشتن منابع مطالعاتی لازم در زمینه فعالیت فیزیکی می باشد و به نظر می رسد بحث جدیدی در مباحث بهداشت و سلامت باشد. میانگین نمره آگاهی کارکنان نسبت به مرحله قبل از مداخله، افزایش معنی دار نشان داد که نشانه تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی است. در مطالعه ی Abu-Moghli و همکاران، تحت عنوان تأثیر برنامه آموزش بهداشت در زمینه سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی در بین ۱۳۰ دانشجوی اردنی انجام گرفت و سطح آگاهی بطور محسوسی افزایش یافت [۲۴]. در مطالعه Vanhelst و همکاران با عنوان کنترل، ارزیابی و تغییر سبک زندگی در نوجوانان چاق، که در نمونه ی ۲۶ نفره اعم از دختر و پسر در سال ۲۰۱۰ در فرانسه انجام گرفت، آگاهی نوجوانان در زمینه های مختلف سبک زندگی و فعالیت فیزیکی افزایش معنی داری داشته است [۱۵]. در مطالعه Yamaguchi با

هدف توسعه و ارزیابی برنامه های آموزشی جهت ارتقای تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی در داوطلبین بهداشتی در ژاپن انجام گرفت، یافته ها نشان داد که آموزش بر اساس برنامه ساختار بندی شده برای آموزش داوطلبین بهداشتی مناسب است و عملکرد ایشان در زمینه فعالیت فیزیکی و تغذیه سالم ارتقای یافت و آگاهی های بهداشتی نیز بطور معنی دار افزایش پیدا کرد (P<۰/۰۵) [۱۹]. که همه این مطالعات نتیجه ی مطالعه ی ما مبنی بر افزایش آگاهی افراد تحت مطالعه را تأیید می کند و در بررسی متون انجام شده پژوهشی که خلاف یافته فوق باشد، یافت نشد.

در مطالعه حاضر آموزش موجب بهبود و ارتقای نگرش در زمینه فعالیت فیزیکی نسبت به مرحله قبل از آموزش شد. نگرش فرد نسبت به فعالیت فیزیکی در عملکرد و مشارکت فرد در مورد فعالیت فیزیکی تأثیر گذار است. بررسی متون مطالعات نشان می دهد که با بهبود نگرش فردی و تأثیرات اجتماعی و خودکارآمدی افراد نسبت به این موضوع میزان مشارکت ایشان افزایش می یابد [۲۲، ۲۳]. در مطالعه Evans و همکاران، آموزش به وسیله پکیج آموزشی در کارکنان شاغل در بخش ارتوپدی و فیزیوتراپ ها بر عقاید و افزایش فعالیت فیزیکی و اصلاح سبک زندگی تأثیر مثبت داشته است [۲۵]، که نتایج این مطالعات مؤید پژوهش حاضر است.

در این مداخله عملکرد فعالیت فیزیکی در مراحل قبل و پس از انجام مداخله هر چند کاهش داشت اما این کاهش معنی دار

غیر بهداشتی استمرار بیشتری داشته باشد، تغییر آن مشکل تر است و شاید لازم باشد برای این قبیل رفتارها مدت زمان بیشتری برای مداخله آموزشی در نظر گرفت [۲۸].

همچنین یافته های تحقیق نشان داد مقدار فعالیت فیزیکی کارکنان بهداشتی به عنوان متولیان سلامت جامعه کمتر از حد توصیه شده می باشد، زیرا مقدار توصیه شده فعالیت فیزیکی برای افراد بزرگسال ۱۸ تا ۶۵ سال بر اساس نظر انجمن قلب و کالج طب ورزشی آمریکا و مرکز کنترل بیماریها (CDC) در سال ۲۰۰۷، حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته می باشد. افرادی که کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت فیزیکی داشته باشند به عنوان کم تحرک در نظر گرفته می شوند [۲۹].

همچنین یافته های تحقیق مؤید این نکته است که بدلیل پیچیدگی های رفتار، تغییر آگاهی همیشه منجر به تغییر نگرش و تغییر نگرش همیشه منجر به تغییر رفتار نخواهد شد، زیرا محیط ممکن است به فرد اجازه بروز رفتار را ندهد [۳۰].

از نقاط قوت تحقیق در نظر گرفتن اکثر مداخلات آموزشی و فراهم کردن محیط حامی سلامت برای کلیه کارکنان بود چون در مداخلات آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هنجارهای ذهنی روی رفتار افراد تأثیر گذار می باشد (منظور از هنجارهای ذهنی، نحوه تفکر شخص در مورد این موضوع که افراد دیگری که در زندگی اش مهم هستند، تمایل دارند وی چگونه رفتار کند، می باشد) [۳۱].

از محدودیتهای اصلی این تحقیق نداشتن گروه شاهد می باشد. لذا پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی از گروه شاهد استفاده شود. در پایان پیشنهاد می شود در مطالعات آینده علاوه مداخله آموزشی مداوم و جامع در جهت ایجاد محیط های حامی سلامت، تأمین منابع مورد نیاز و تسهیلات ورزشی در بین کارمندان کشور جهت ارتقای این رفتار بهداشتی و اصلاح سبک زندگی ایشان اقدام شود.

نتیجه گیری

در مجموع بررسی نتایج این پژوهش نشان می دهد که برنامه مداخله ی پژوهش حاضر توانسته است بر ارتقای نمره کلی

نمود. در مروری بر منابع متأسفانه تحقیقی روی کارکنان بهداشتی صورت نگرفته است و نتایج مطالعات در گروههای دیگر به اینصورت است که Van der bij و همکاران در مطالعه ای مروری تحت عنوان بررسی تأثیر مداخلات فعالیت فیزیکی در بزرگسالان، به بررسی ۳۸ مطالعه با ۵۷ مداخله آموزشی گوناگون در مورد فعالیت فیزیکی پرداختند و نتیجه کلی این بود که برنامه های آموزشی در افزایش میزان فعالیت بدنی تأثیر مثبت دارد، اما این تأثیرات کوتاه مدت و کم هستند و تغییرات رفتاری ممتد و مداوم مشهود نبوده است [۲۶]. همچنین در مداخله ی آموزشی در زمینه فعالیت فیزیکی که توسط Carroll و همکاران انجام شد هرچند افزایش میزان عملکرد بدنی مشاهده شد اما از نظر آماری این اختلاف معنی دار نبود (۱۰۹ دقیقه در مقابل ۱۳۹ دقیقه $P= / ۴۵$) [۲۷]. در مطالعه ی Abu-Moghli و همکاران، تحت عنوان تأثیر برنامه آموزش بهداشت در زمینه سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی در بین ۱۳۰ دانشجوی اردنی انجام گرفت با وجود ارتقای سطح آگاهی و نگرش در افراد عملکرد بهداشتی افراد تفاوت معنی داری را در دو گروه مورد و شاهد نشان نداد [۲۴] که یافته های کلی این مطالعات نتیجه مطالعه ما را تایید می کند. ولی نتایج پژوهش حاضر در این خصوص با تحقیقات Taymoori [۱۴]، Vanhelst [۱۵]، Yamaguchi [۱۹] مغایرت دارد. به هر حال شاید بتوان علت احتمالی مغایرت نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های مشابه دیگر را در اختلاف ابزار سنجش، نحوه ی اجرا و مدت زمان انجام مداخله و مدت زمان گرفتن آزمون در مرحله ی پس از انجام مداخله ی آموزشی دانست. همچنین علت عدم افزایش مقدار فعالیت فیزیکی، شاید به علت سردی هوا (مداخله در آذر و دی ماه صورت گرفت) باشد. همچنین شاید میانگین سنی بالای شرکت کنندگان (۵۱/۳٪ بالای ۴۰ سال) در کارکنان بهداشتی و وجود موانع زیاد و نبود محیط مناسب برای فعالیت فیزیکی در محیط کار و اوقات فراغت و عادت به زندگی کم تحرک از دوران کودکی علت این مسئله باشد. شاید لازم باشد این مداخلات از همان ابتدای زندگی شکل گیرند. همچنین بطور کلی هرچه رفتار

رسانیده اند به ویژه کارکنان محترم مرکز بهداشت استان کرمان کمال تشکر را داریم.

سهم نویسندگان

طراحی مطالعه و ایده: محمد حسین تقدیسی، سید وحید احمدی طباطبایی

جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده ها: سید وحید احمدی طباطبایی، نوذر نخعی، فاطمه بلالی، آزاده صادقی
نگارش مقاله: آزاده صادقی، سید وحید احمدی طباطبایی

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه مؤثر واقع شود اما تأثیری در عملکرد ایشان نداشته است. شاید برای نتیجه گیری قطعی برای تأثیر روی مقدار فعالیت فیزیکی نیاز به مطالعات شاهد دار گسترده تر و با مداخله آموزشی طولانی تر می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزش بر اساس مدل رفتار برنامه ریزی شده در زمینه فعالیت فیزیکی بر عملکرد کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷ به کد ۵۷۰/پ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است، از کلیه کسانی که در انجام این پروژه ما را یاری

References

- 1- Mohseni MJ, Jamshidi E, Akbari F, et al. A survey of physical space in zone under covering social develops research centre and health promotion of Tehran of medical science university in 2003. *Arak university of Medical sciences journal* 2006; 9(special population research):61-67. [In Persian]
- 2- WHO. Intervention on diet and physical activity: what works. Summary report. 2009. Available at URL: http://www.who.int/diet_physical_activity/whatworks/en. Accessed feb11, 2010
- 3- WHO. Global strategy on diet, physical activity and health, The Fifty-seventh World Health Assembly.2004. Available at URL:<http://www.who.int/entity/mediacentre/events>. Accessed May 22, 2004.
- 4- Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva Available at URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf. Accessed Feb 1, 2002.
- 5- Aghamolaei T, Tavafian S, Zarea SH. The stage of change behaviours of physical activity in the older 15 ages of the inhabitant of Bandar-Abbas. *Journal of Payesh* 2008; 7(2):253-258. [In Persian]
- 6- Baradaran-Rezaei M, SHirvani M, Fathhi-Azar E. Comparative study of the physical activity among students of medical and non-medical university of Tabriz. *Iran Journal of Nursing* 2008; 21(55):77-87. [In Persian]
- 7- Edmunds L, Ward S, Barnes R. The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. *Br J Nurs* 2010; 19(5):282-287.
- 8- Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane database syst rev* 2009; 21(1):CD007651.
- 9- DiPietro L. Physical activity, body weight, and adiposity: an epidemiologic perspective. *Exerc Sport Sci Rev* 1995; 23:275-303.
- 10- Yap TL, Davis LS. Physical activity: the science of health promotion through tailored messages. *Rehabil Nurs* 2008; 33(2):55-62.
- 11- Zabihi A, Jafarian SR, Farokhifar M, Babaei F, Salehi Omran MT, Bijani A. Study on physical activities in Babol City. *Journal of Babol University of medical sciences* 2010; 11(6):71-76. [In Persian]

- 12- Caperchione CM, Kolt GS, Mummery WK. Physical activity in culturally and linguistically diverse migrant groups to Western society: a review of barriers, enablers and experiences. *Sports Med* 2009; 39(3):167-77.
- 13- Goran MI, Reynolds KD, Lindquist CH. Role of physical activity in the prevention of obesity in children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(3):18-33.
- 14- Taymoori P, Niknami S, Berry T, Ghofranipour F, Kazemnejad A. Application of the health promotion model to predict stages of exercise behavior in Iranian adolescents. *East Mediterr Health J* 2009; 15(5):1215-25.
- 15- Vanhelst J, Marchand F, Fardy P, et al. The CEMHaVi program: control, evaluation, and modification of lifestyles in obese youth. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2010; 30(3):181-5.
- 16- Francis M, Nichols SS, Dalrymple N. The effects of a school-based intervention programme on dietary intakes and physical activity among primary-school children in Trinidad and Tobago. *Public Health Nutr* 2010; 13(5):738-47.
- 17- Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, et al. The effect of educational program based on BASNEF Model on Diabetic (Type II) Eyes Care in Kazemi's Clinic, (Shiraz). *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2008; 10(2):145-54. [In Persian]
- 18- Abdi N. Assessment of efficiency BASNEF Model in promotes quality of health in cancerous patient in Sanandaj in 2007 [dissertation]. Iran University of Medical Sciences. 2009. [In Persian]
- 19- Yamaguchi Y, Kai Y, Kumamoto H. Development and evaluation of an educational program for promotion of healthy nutrition and physical activity by health volunteers. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2009; 56(12):883-92.
- 20- Fishbein M, Ajzen I. Constructing questionnaires based on the model of planned behaviour. Predicting and changing behavior 2010; University of Massachusetts: Available at URL; <http://people.umass.edu/ajzen/index>. Accessed Dec 15, 2010.
- 21- Ajzen I. The theory of planned behaviour. *Org Behav Hum Decis Process* 1991; 50:179-211.
- 22- Jones EJ, Roche CC, Appel SJ. A review of the health beliefs and lifestyle behaviors of women with previous gestational diabetes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(5):516-26.
- 23- Im EO, Stuijbergen AK, Walker L. A situation-specific theory of Midlife Women's Attitudes toward Physical Activity (MAPA). *Nurs Outlook* 2010; 58(1):52-8.
- 24- Abu-Moghli FA, Khalaf IA, Barghoti FF. The influence of a health education programme on healthy lifestyles and practices among university students. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16:35-42.
- 25- Evans DW, Breen AC, Pincus T, Sim J, Underwood M, Vogel S, Foster NE. The effectiveness of a posted information package on the beliefs and behavior of musculoskeletal practitioners: the UK Chiropractors, Osteopaths, and Musculoskeletal Physiotherapists Low Back Pain Management (COMPLEMENT) randomized trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010; 35(8):858-66.
- 26- Van der Bij AK, Laurant MG, Wensing M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *Am J Prev Med* 2002; 22(2):120-33.
- 27- Carroll JK, Lewis BA, Marcus BH, Lehman EB, Shaffer ML, Sciamanna CN. Computerized tailored physical activity reports a randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2010; 39(2):148-56.
- 28- Didarloo AR, Shojaeizadeh D, mohamadyan H. Programming in health promotion based on changing behaviour models. Tehran: Nashre Sobhan; 2009. [In Persian]
- 29- Physical inactivity. 2008; Available at URL: www.cdc.org/physical activity/ physical inactivity Accessed Dec 16, 2009.
- 30- Hubely J. Communication health, an action guide to health education and health promotion. London, UK: macmilan press; 1993.
- 31- Glanz k, Rimer B, Viswanath k. Health behavior and health education, 4th Ed, USA: jossey bass; 2008.

How to cite this article: AhmadiTabatabaei S, Taghdisi M, Sadeghi A, Nakhaei N, Balali F. The effect of education in physical activities on knowledge, attitude and behavior of Kerman health center's staff. *Journal of Research & Health* 2012; 2:137-144.