

## بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب نظامی

فاطمه کلروزی<sup>۱</sup>، امیر حسین پیشگوی<sup>۲</sup>، اسما طاهریان<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سبک زندگی و رفتارهای ارتقا سلامت با کمیت و کیفیت مراقبت رابطه دارد. پرستاران نقش اساسی در ارتقاء سلامت عمومی مردم دارند. این پژوهش باهدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نظامی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع توصیفی بوده و بر روی ۴۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های ICU، CCU، اتاق عمل، اورژانس، داخلی و جراحی بیمارستان‌های منتخب نظامی با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انجام گردید. در این مطالعه از پرسشنامه بین‌المللی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت «(HPLP-II) International Questionnaire of Health- Promoting Behaviors» استفاده گردید. پایایی به روش الفای کرونباخ با شرکت ۳۰ نفر اندازه‌گیری شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** از بین بیماری‌های گزارش شده توسط پرستاران، بالاترین درصد (۱۹/۵ درصد) بیماری‌های مزمن متعلق به گروه اختلالات اسکلتی-عضلانی به شکل کمردرد و پادرد بود. میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت  $18/55 \pm 133/79$  بود. بالاترین نمره میانگین کسب شده در رشد معنوی  $(32/36 \pm 6/29)$  و کمترین نمره میانگین در فعالیت فیزیکی  $(13/88 \pm 4/53)$  کسب شده بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کسب شده توسط پرستاران موردپژوهش، رفتارهای سلامتی ایشان در سطح قابل قبول قرار می‌گیرد. پایین بودن سطح فعالیت فیزیکی در پرستاران، لزوم اجرای برنامه‌های آموزش سلامت با تأکید بر فعالیت فیزیکی در بین ایشان را تأکید می‌نماید.

**کلیدواژه‌ها:** رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، پرستاران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۷

۱- کارشناس ارشد، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

۲- دانشیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: apishgooie@yahoo.com

۳- کارشناس پرستاری، بیمارستان ۵۰۲ ارتش، تهران، ایران.

## مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) ۸۰-۷۰ درصد مرگ در کشورهای توسعه یافته و ۵۰-۴۰ درصد مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته در ارتباط با رفتارهای حفظ و ارتقاء دهنده سلامتی مردم هست. به عنوان مثال، فشارخون بالا، مصرف سیگار کمبود فعالیت فیزیکی مناسب به ترتیب موجب ۱۳، ۹ و ۶ درصد مرگها در دنیا می‌باشند. همچنین بنا به گزارش همین سازمان، سالیانه ۲ میلیون مرگ، به دلیل کمبود فعالیت فیزیکی در جهان اتفاق می‌افتد (۲،۱)؛ بنابراین، می‌توان گفت ورزش، تغذیه و داشتن رفتارهای اجتماعی مناسب، نقش مؤثری در کاهش میزان ابتلا به بیماری‌ها و مرگ ناشی از آن دارند (۳). انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم با کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند (۴). این واژه ارتقا سلامت اولین بار در سال ۱۹۸۶ در منشور اتاوا به کار برده شد و هدف آن توانمندی افراد جامعه برای افزایش و بهبود سطح سلامتی خود هست. آنچه در این منشور تأکید می‌شود آن است که سلامتی موضوعی مشترک در کشورها و فرهنگ‌ها باشد و تمام سازمان‌های بهداشتی و درمانی در اکثر کشورها، در جهت دستیابی به آن تلاش کنند (۵،۶). لازم به ذکر است که از چندین دهه گذشته تاکنون سازمان جهانی بهداشت (WHO) گرایش خدمات بهداشتی را از تمرکز بر روی بیماری به سوی توجه به پیشگیری از بیماری و ارتقا سلامت تغییر داده است. به عبارت دیگر، ارتقا سلامت به عنوان راهبردی ضروری برای کاهش نابرابری بهداشتی و ارائه مراقبت‌های اولیه با کیفیت در نظر گرفته شده است (۷،۸). ادیسی و همکاران به نقل از Pender می‌نویسند، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، مدلی چندبعدی از اعمال داوطلبانه و ادراکی است که به حفظ و بالا بردن سطح سلامت، خودشکوفایی و موفقیت می‌انجامد (۷). هم‌چنین مظلومی و همکاران از دیدگاه walker معتقدند، شیوه ارتقا سلامت یک الگوی چندبعدی از خودکارآمدی و حفظ و نگهداری یا ارتقا سطح رفاه و خودشکوفایی کامل اشخاص هست. از این رو رفتارهای ارتقادهنده سلامت رفاه روانی،

اجتماعی اشخاص از تعیین‌کننده‌های مهم وضعیت سلامتی هستند (۹).

در بین افراد کادر بهداشت و درمان که مسئولیت مستقیم در حفظ سلامتی افراد جامعه دارند، به نظر می‌رسد پرستاران ارتباط نزدیک‌تری با جامعه داشته باشند. ایشان نقش‌های مهم و متعددی مانند مراقبت بالینی، مشاوره و پیگیری اجرای صحیح درمان، آموزش بیماران آموزش روش‌های پیشگیری از بیماری را بر عهده دارند. آن‌ها در قبال بیمار به طور مستقیم و غیرمستقیم مسئول‌اند و تحقق این امر نه تنها از طریق علمی، روش‌های اخلاقی صحیح و برقراری ارتباط با مددجو، بلکه از طریق سلامتی خود پرستار قابل دسترسی است و ایجاب می‌کند که پرستار از توانایی و سلامت جسمی کافی برخوردار باشد (۱۰،۱۱). ولی آمارها نشان می‌دهد خود این پرستاران از سطح سلامت پایین‌تری نسبت به سایر حرف درمانی برخوردارند و ۴/۲ درصد بیشتر از پزشکان در معرض آسیب‌های سلامتی هستند (۱۲). البته شاید دلیل آن، کار سخت‌تر پرستاران از نظر فیزیکی باشد، چنانچه مطالعات نشان داده ۷۰ درصد بار و بارکاری نظام بهداشتی-درمانی بر عهده پرستاران است و شرایط و موقعیت‌های بسیار حساس که آنان در حین انجام وظیفه با آن روبرو هستند بر روی سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر می‌گذارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد به عنوان مثال، مصرف نمک و نداشتن تحرک بدنی کافی و یا بهداشت روانی پایین‌تر نسبت به سایرین شیوع بیشتری در پرستاران دارد. لذا پرستاران نمی‌توانند نیازهای مددجویان را به نحوی مطلوب برآورده سازند، مگر آنکه توجه زیادی به شیوه‌ها و رفتارهای ارتقادهنده زندگی و سلامتی خود مبذول دارند (۱۳).

با توجه به این که مطالعه‌ای در بیمارستان‌های نیروهای آجا (ارتش جمهوری اسلامی ایران) در رابطه با موضوع پژوهش حاضر انجام نشده و با عنایت به اولویت موجود در نیروهای مسلح از نظر حفظ توان و سلامتی نیروهای شاغل در آن، این پژوهش باهدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نظامی انجام شد.

## مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی بوده و بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نظامی واقع در شهر تهران با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انجام گردید. تعداد نمونه با اطمینان ۹۵٪ و وارپانس ۰/۰۵ و با کمک فرمول تعیین تعداد نمونه ۴۰۰ نفر برآورد شد. روش کار به این صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان‌های منتخب آجا واقع در شهر تهران و مشخص نمودن تعداد پرستاران دارای شرایط ورود در هر بیمارستان، با توجه به تناسب تعداد مردان و زنان، نمونه‌ها به صورت تصادفی خوشه‌ای از بخش‌های اورژانس، دیالیز، داخلی، جراحی، CCU و ICU؛ مشارکت‌کنندگان انتخاب شدند. اگر تعداد نمونه به ۴۰۰ نفر نمی‌رسید مجدد بخش‌ها و پرستاران جدید با همین روش، وارد نمونه‌گیری می‌گردید. در این پژوهش پرستارانی انتخاب شدند که دارای حداقل ۲ سال سابقه کار و شاغل در بخش‌های ویژه (CCU, ICU)، اتاق عمل، اورژانس و داخلی و جراحی بوده و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند. به دلیل عدم وجود بخش‌های کودکان و مراقبت‌های ویژه نوزادان در بیمارستان‌های آجا این دو بخش در نمونه‌گیری قرار نداشتند.

در این مطالعه از پرسشنامه دوقسمتی استفاده شد. قسمت اول پرسشنامه، مربوط به ثبت داده‌های جمعیت‌شناسی نمونه‌ها و شامل سؤالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تا هل، مدرک تحصیلی، نوع بخش، نوبت‌کاری، مصرف سیگار، کنترل دوره‌ای فشارخون و وضعیت سلامتی بود. قسمت دوم، پرسشنامه بین‌المللی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت «(HPLP-II)

International Questionnaire of Health- )

(Promoting Behaviors (HPLP-II)

بود. این پرسشنامه ۵۲ مورد رفتار ارتقا دهنده سلامت را اندازه‌گیری نموده و ارزیابی چندبعدی از این رفتارها را فراهم می‌آورد. سؤال‌های این پرسشنامه در ۶ بعد طبقه‌بندی شده که شامل مسئولیت‌پذیری (پذیرش مسئولیت سلامت خود، ۱۲ سؤال)، فعالیت فیزیکی (اندازه‌گیری الگوهای منظم انجام ورزش و تمرینات بدنی، ۷ سؤال)، تغذیه (ارزیابی الگوهای

غذایی و انتخاب‌های تغذیه‌ای، ۹ سؤال)، رشد معنوی (ارزیابی میزان رشد معنوی، ۱۱ سؤال)، مدیریت تنش (اندازه‌گیری توانایی مقابله با تنش، ۸ سؤال) و روابط بین فردی (مشخص‌کننده احساس صمیمیت و ارتباط نزدیک، ۵ سؤال) هست. هر سؤال ۴ پاسخ داشت که به در طیف لیکرتی هرگز (۱ نمره)، گاهی اوقات (۲ نمره)، معمولاً (۳ نمره) و همیشه (۴ نمره) نمره دهی می‌شد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت حداقل ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ و برای هر بعد، نمره جداگانه‌ای قابل‌محاسبه بوده و نمره بیش‌تر، به معنی وضعیت سلامتی بهتر است. به این ترتیب که با دریافت ۹۷ درصد نمره و بالاتر یعنی ۲۰۱/۷۸-۲۰۸ نمره جزء دسته خوب، با دریافت ۷۵-۹۷ درصد یعنی ۲۰۱-۱۵۰/۷ نمره جزء دسته‌بندی قابل‌قبول و کمتر از این مقدار جزء دسته‌بندی ضعیف قرار می‌گیرد. این پرسشنامه، در ایران و در پژوهش‌های متعدد در سراسر جهان به کار گرفته شده و ضریب پایایی درونی آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و بعدهای آن ۰/۹۴-۰/۷۴ گزارش شده است (۱۴، ۱۵، ۱۶). در پژوهش حاضر، جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) با شرکت ۳۰ نفر استفاده شد که با توجه به ضریب ۰/۸۹ پایایی پرسشنامه در حد مطلوب بود. ضریب آلفای کرونباخ برای ۶ بعد پرسشنامه نیز سنجیده شد که برای مسئولیت‌پذیری برابر ۰/۸۰، فعالیت فیزیکی ۰/۷۸، عادت‌های تغذیه‌ای ۰/۷۴، رشد معنوی ۰/۷۶، ارتباطات بین فردی ۰/۷۹ و برای مدیریت تنش ۰/۸۱ بود که همگی در حد خوب و بسیار مطلوب بودند.

پژوهشگران پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آجا، پرسشنامه‌ها را با ارائه اطلاعات لازم در خصوص پژوهش و اخذ رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و اطمینان دادن از گمنام بودن در اختیار شرکت‌کنندگان قراردادند. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، گردآوری داده‌ها از آنان به عمل آمد. پرسشنامه‌ها به نمونه‌ها تحویل داده و شد با هماهنگی ایشان همان روز یا روز بعد تحویل گرفته شد.

آن‌ها روزانه  $2 \pm 0.38$  نخ بود. ۵۳ درصد ایشان فشارخون خود را کنترل نمی‌کردند. ۸۰ درصد افراد شرکت‌کننده در این مطالعه حداقل سالی یک‌مرتبه جهت آگاهی از وضعیت سلامت خود به پزشک مراجعه می‌کردند. ۶۴/۵ درصد پرستاران بیماری مزمن نداشتند ولی از بین بیماری‌های گزارش شده توسط ایشان بالاترین درصد (۱۹/۵ درصد) متعلق به گروه اختلالات اسکلتی-عضلانی (کمردرد و پادرد) بود. مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

پرسشنامه به کارکنان هر سه شیفت داده شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) و آمار تحلیلی (کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، T مستقل و ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

۹۳/۸ درصد پرستاران مورد پژوهش سیگار مصرف نمی‌کردند ولی در گروه مصرف‌کنندگان سیگار، میانگین مصرف

جدول ۱: جدول اطلاعات جمعیت شناختی پرستاران شاغل مورد پژوهش در بیمارستان‌های منتخب آجا، تهران ۱۳۹۳

متغیر	فراوانی	درصد
جنس		
مرد	۱۷۸	۴۴/۵
زن	۲۲۲	۵۵/۵
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۲۷	۳۱/۸
متاهل	۲۶۶	۶۶/۵
مطلقه	۶	۱/۵
بیوه	۱	۰/۳
میزان تحصیلات		
دیپلم	۶۵	۱۶/۳
کارشناسی	۲۹۴	۷۳/۵
کارشناس ارشد	۳۹	۹/۸
دکتری	۱	۰/۳
ذکر نکرده	۱	۰/۳
بخش		
داخلی-جراحی	۱۵۸	۳۹/۵
ویژه	۱۴۴	۳۶
اورژانس	۶۹	۱۷/۳
اتاق عمل	۲۸	۷
ذکر نکرده	۱	۰/۳
شیفت کاری		
صبح	۱۳۲	۳۳
عصر	۶۳	۱۵/۸
شب	۶۰	۱۵
عصر و شب	۴۷	۱۱/۸
صبح و شب	۱۹	۴/۸
صبح و عصر	۳۴	۸/۵
شیفت در گردش	۴۵	۱۱/۳

میانگین کسب‌شده در رشد معنوی ( $29 \pm 6/32/32$ ) و کمترین نمره میانگین در فعالیت فیزیکی ( $53 \pm 4/13/18$ ) کسب‌شده بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را به صورت کلی و در بدهای آن نشان می‌دهد.

میانگین کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت پرستاران مورد پژوهش  $18/55 \pm 133/79$  بود که با توجه به مقیاس دسته‌بندی نمره سلامتی، ۷۹ درصد ایشان جزء دسته قابل قبول از نظر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قرار گرفتند. بالاترین نمره

**جدول ۲:** میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به صورت کلی و در بعدهای آن در پرستاران شاغل در

بیمارستان‌های منتخب آجا برحسب جنسیت، تهران ۱۳۹۳

نتایج آزمون t مستقل	مؤنث		مذکر
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
t = ۵/۹۵ p = ۰/۰۰	۲۹/۹۸ ± ۵/۷۳	۲۶/۳۹ ± ۶/۳	مسئولیت‌پذیری سلامتی
t = -۰/۴۶ p = ۰/۶۴	۱۳/۷۸ ± ۴/۱۶	۱۴ ± ۴/۹۶	فعالیت فیزیکی
t = ۳/۳۲ p = ۰/۰۱	۲۳/۸۱ ± ۴/۳۶	۲۲/۱۴ ± ۵/۴۶	تغذیه
t = ۰/۶۴ p = ۰/۵۲	۳۲/۵۴ ± ۶/۱۵	۳۲/۱۳ ± ۶/۴۸	رشد معنوی
t = ۲/۲۴ p = ۰/۰۲	۱۵/۵۷ ± ۲/۶۳	۱۴/۵۵ ± ۳/۰۰	روابط بین فردی
t = ۳/۶۱ p = ۰/۰۰	۲۱/۳۵ ± ۴/۵۵	۲۰/۳۱ ± ۴/۶۲	مدیریت تنش
t = ۳/۵۰ p = ۰/۰۰	۱۳۷/۰۷ ± ۲۰/۲۸	۱۲۹/۶۵ ± ۲۱/۷	نمره کل

برای مقایسه نمرات بعدهای سلامتی در بین گروه‌ها از نظر شیفت کاری، از آزمون ANOVA استفاده شد. نتایج بیانگر آن بود که در بین گروه‌های مختلف شیفت کاری در تمامی ابعاد و همچنین نمره کل، تفاوت معنادار آماری وجود داشت و شیفت صبح دارای بالاترین نمره (۱۳۷/۰۷ ± ۲۰/۲۸) و شیفت شب-صبح کمترین نمره (۱۲۹/۶۵ ± ۲۱/۷) را از پرسشنامه سلامتی دریافت کرد.

به‌منظور مقایسه میانگین نمرات بعدهای سلامتی در بین گروه‌ها از نظر مصرف سیگار، از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج مبین آن بود که نمره گروه غیر سیگاری‌ها در تمام بعدها به‌جز تغذیه، به شکل معناداری از گروه مصرف‌کنندگان سیگار بالاتر بود (جدول ۳).

پیش از مقایسه نمرات بعدهای مختلف سلامت مقایسه بین گروه‌ها با استفاده از آزمون کای اسکوتر و آزمون دقیق فیشر انجام شد که در هیچ‌یک از موارد اختلاف معناداری از نظر تعداد در گروه‌های مختلف مشاهده نگردید ( $p > ۰/۰۵$ ). در ادامه تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و بعدهای آن به‌جز در بعد فعالیت فیزیکی و رشد معنوی، در پرستاران زن به‌صورت معناداری بیش از پرستاران مرد بوده است ( $p > ۰/۰۵$ ).

همچنین به‌منظور مقایسه میانگین نمرات ۶ بعد سلامتی از نظر وضعیت تأهل از آزمون ANOVA استفاده و مشخص گردید در بعدهای مختلف در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به‌این ترتیب که متأهل‌ها عملکرد بهتری نسبت به دو گروه دیگر دارند و نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در گروه متأهل‌ها بیش از دو گروه مجرد و مطلقه‌ها بود ( $p = ۰/۰۰۰$ ).

**جدول ۳:** میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به صورت کلی و در بعدهای آن در پرستاران شاغل در

بیمارستان‌های منتخب آجا برحسب مصرف دخانیات، تهران ۱۳۹۳

نتایج آزمون t مستقل	سیگاری		غیر سیگاری
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
t = -۵/۳۱ p = ۰/۰۰	۲۲/۱۶ ± ۶/۲۱	۲۸/۸۰ ± ۶/۰۴	مسئولیت‌پذیری سلامتی
t = -۲/۸۰ p = ۰/۰۰	۱۱/۴۴ ± ۳/۷۲	۱۴/۰۴ ± ۴/۵۳	فعالیت فیزیکی
t = -۰/۹۴ p = ۰/۳۴	۲۲/۱۶ ± ۵/۵۶	۲۳/۱۳ ± ۴/۹۱	تغذیه
t = -۱/۹۷ p = ۰/۰۵	۲۹/۹۱ ± ۷/۲۴	۳۲/۵۲ ± ۶/۲۱	رشد معنوی
t = -۲/۳۲ p = ۰/۰۲	۱۳/۸۴ ± ۳/۰۶	۱۵/۲۰ ± ۲/۸۱	روابط بین فردی
t = -۳/۳۳ p = ۰/۰۰	۱۷/۹۶ ± ۴/۰۴	۲۱/۰۹ ± ۴/۵۸	مدیریت تنش
t = -۳/۹۴ p = ۰/۰۰	۱۱۷/۵۸ ± ۲۳/۱۵	۱۳۴/۸۸ ± ۲۰/۶۶	نمره کل

در ادامه، نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین نمرات بعدهای مختلف سلامت در گروهی که فشارخون خود را ماهیانه کنترل می‌کردند به‌صورت معناداری بالاتر از گروهی بود که فشارخون خود را کنترل نمی‌کردند ( $P < ۰/۰۵$ ).

سلامت خود را سالیانه مورد ارزیابی قرار می‌دادند بالاتر بوده و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود داشت (جدول ۴).

در مقایسه گروه‌ها بر اساس کنترل وضعیت سلامت سالیانه، نتایج نشان داد نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در تمامی بعدهای شش‌گانه به‌صورت معناداری در گروهی که وضعیت

**جدول ۴:** میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌صورت کلی و در بعدهای آن در پرستاران شاغل در

بیمارستان‌های منتخب آجا برحسب کنترل وضعیت سلامت، تهران ۱۳۹۳

نتایج آزمون t مستقل	ارزیابی سالانه سلامت می‌کند انحراف معیار $\pm$ میانگین	ارزیابی سالانه سلامت می‌کند انحراف معیار $\pm$ میانگین	
t = ۵/۳۱ p = ۰/۰۰	۲۵/۰۴±۶/۴۱	۲۹/۱۷±۵/۹۸	مسئولیت‌پذیری سلامتی
t = ۳/۳۴ p = ۰/۰۰	۱۲/۳۰±۴/۱۸	۱۴/۲۱±۴/۵۰	فعالیت فیزیکی
t = ۲/۶۶ p = ۰/۰۰	۲۲/۱۴±۵/۴۶	۲۳/۴۰±۴/۸۲	تغذیه
t = ۳/۰۹ p = ۰/۰۰	۳۰/۲۰±۶/۸۲	۳۲/۸۶±۶/۰۵	رشد معنوی
t = ۲/۳۹ p = ۰/۰۱	۱۴/۴۲±۳/۱۴	۱۵/۲۹±۲/۷۵	روابط بین فردی
t = ۲/۸۱ p = ۰/۰۰	۱۹/۵۷±۴/۹۴	۲۱/۲۲±۴/۴۷	مدیریت تنش
t = ۴/۸۵ p = ۰/۰۰	۱۲۳/۳۹±۲۳/۸۷	۱۳۶/۳۰±۱۹/۷۹	نمره کل

تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس آزمون ANOVA تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت و بعدهای آن برحسب دو متغیر مدرک تحصیلی ( $P=۰/۷۰$ ) نوع بخش ( $P=۰/۵۱$ ) نشان نداد.

## بحث

می‌شود می‌تواند سلامت جسمی و روحی زوجین را به خطر اندازد.

نتایج بیانگر آن است که پرستاران صبح کار از نمره سلامتی بالاتری برخوردارند ولی شیفت شب-صبح کمترین نمره را دریافت کرده‌اند. تأثیر نوع شیفت بر سلامت پرستاران در سایر پژوهش‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج به‌دست‌آمده در اکثر مطالعات نشانگر آن است که پرستاران دارای شیفت ثابت، وضعیت تغذیه‌ای بهتری نسبت به پرستاران در سایر نوبت‌ها دارند. پرستاری از جمله مشاغلی است که لزوم کار به‌صورت ۲۴ ساعته و به‌ویژه کار در نوبت شب را ایجاب می‌نماید. کار کردن در شب برخلاف ساعت بیولوژیک بدن است و می‌تواند باعث اختلال در عملکرد خانوادگی و اجتماعی فرد و نیز کاهش کیفیت و کمیت خواب، خستگی زیاد، اضطراب، افسردگی و عوارض جسمی دیگر گردد (۱۱، ۱۷، ۵، ۷).

در این پژوهش مشخص شد ۹۳/۸ درصد پرستاران زن سیگار نمی‌کشیدند، درحالی‌که کراگ میزان آن را حدود ۶۹ درصد اعلام می‌کند (۱). نتیجه حاصل ممکن است به دلیل فرهنگ ایرانی - اسلامی در کشور ایران باشد. چراکه در این

به‌طورکلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پرستاران پژوهش حاضر در سطح قابل قبول قرار داشت که با نتایج پژوهش ادریسی و همکاران (۷)،

Kirag & Ocaktan (۱)، عسگر شاهی و همکاران (۲۱)، Beser و همکاران (۱۷) و Wittayapun و همکاران (۱۸) همخوان است. به‌عبارت‌دیگر، نمره سلامت پرستاران مورد پژوهش با نمره سلامت سایر پرستاران ایران و ترکیه و تایلند تقریباً یکسان است.

در این پژوهش نشان داده شد افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و مطلقه نمره سلامتی بالاتری دریافت کرده‌اند و ارتباط این دو متغیر معنادار هست، این نتیجه با مطالعات مدانلو و همکاران (۱۶)،

Kirag & Ocaktan (۱) و Beser و همکاران (۱۷) و بسیاری دیگر کاملاً هم‌خوانی دارد، چنانچه در پژوهش‌های مختلف نشان داده‌شده که ازدواج و تشکیل خانواده و احساس موردحمایت اعضای خانواده بودن، موجب احساس شادکامی و سلامتی جسمی و روانی در فرد می‌شود و ازدواج نامناسب و ناموفق مانند آنچه در ناسازگاری همسران یا اعتیاد آن‌ها دیده

پرستار و به‌ویژه زنان را می‌توان ناشی از عدم رواج فرهنگ ورزش در جامعه ایرانی از یک‌طرف و ناکافی بودن شرکت زنان در فعالیت‌های ورزشی دانست ولی از طرف دیگر، پژوهشگر با توجه به پاسخ‌های پرستاران، نتیجه‌گیری می‌کند پرستاران مورد پژوهش دارای چند شغل هستند و یا نوبت‌های متعدد بیمارستانی دارند و همین امر، عاملی بر کمبود فعالیت‌های فیزیکی در ایشان می‌تواند باشد.

محدودیت این احتمال دقت کم پرستاران در پاسخگویی به دلیل مشغله کاری پژوهش بود که برای کنترل آن، پژوهشگر تلاش کرد تا در ساعات بین شیفت که پرستاران وقت آزاد بیشتری داشتند جهت جمع‌آوری اطلاعات مراجعه نماید.

### نتیجه‌گیری نهایی

سیاست‌گذاری‌های کلان بیمارستان‌ها، تأثیری بنیادین بر شیوه زندگی افراد، روابط آن‌ها ظرفیت‌سازی جوامع در راستای توسعه پایدار ایفا می‌نماید. ارتقای شیوه زندگی سالم، امتدادی از یک حرکت مداوم در راستای توانمندسازی فردی و اجتماعی در زمینه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است. از طرفی سالم بودن در تمام زمینه‌ها (روانی، جسمی و اجتماعی) دارا بودن محیط سالم کاری و روابط بین فردی مناسب پرستاران باهم و با بیماران، جزء حقوق اولیه کادر درمان و به‌ویژه پرستاران است. در کل می‌توان گفت که در پژوهش حاضر انجام رفتارهای تسهیل‌کننده و ارتقاء دهنده‌ی سلامت در پرستاران مورد پژوهش در سطح قابل قبولی قرار دارد و پرستاران مورد بررسی از نظر رشد معنوی، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، مدیریت تنش و تغذیه در سطح مطلوب و از نظر فعالیت فیزیکی در سطح پائین تری قرار دارند. با توجه به پایین بودن سطح فعالیت فیزیکی در پرستاران، لزوم اجرای برنامه‌های آموزش سلامت با تأکید بر فعالیت فیزیکی در بین ایشان ضروری هست. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی مدون و جامعی در جهت ارتقاء میزان فعالیت‌های فیزیکی پرستاران انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود به دلایل عدم بررسی ۲۰ درصد پرستارانی که مورد معاینه سالیانه قرار نمی‌گرفتند توجه شود.

فرهنگ آسیب رساندن به بدن کاری ناشایست هست. از طرفی، با توجه به این که زنان جمعیت فراوانی از پرستاران را تشکیل می‌دهند و کشیدن سیگار از نظر فرهنگی کار مناسبی برای خانم‌ها محسوب نمی‌شود (۴). نتایج حاصله می‌تواند ناشی از این امر باشد. همچنین فرهنگ حاکم بر بیمارستان‌های نظامی نیز می‌تواند توجیه‌کننده پایین بودن درصد افراد سیگاری در این سازمان باشد.

بعلاوه مشخص شد ۸۰ درصد پرستاران مورد مطالعه سالی یک‌بار مورد بررسی از نظر سلامت عمومی قرار می‌گیرند. با توجه به قوانین موجود در بیمارستان‌های نظامی، کارکنان موظف به انجام معاینات سالیانه می‌باشند و این امر به نوعی سبب شده بود که درصد افرادی که سالیانه مورد پایش سلامت قرار می‌گرفتند بالا باشد و این خود موجب کشف سریع‌تر انحرافات از سلامتی می‌گردد. از طرف دیگر، ۲۰ درصد پرستاران مورد معاینه دوره‌ای قرار نمی‌گرفتند که شاید دلیل آن پراکندگی نوبت‌هایی است که پرستاران می‌گذرانند و علت دیگر نیز اهمیت ندادن بعضی پرستاران به این معاینات باشد.

بالاترین میانگین نمره سلامتی در بین ۶ بعد سلامتی در این مطالعه، بعد رشد معنوی و کمترین آن بعد فعالیت فیزیکی بود که نتیجه کسب‌شده در مورد بعد رشد معنوی با نتایج Wittayapun و همکاران (۱۸) و مظلومی و همکاران (۹)، مدانلو و همکاران (۱۶) و محمودی و همکاران (۱۹) تطابق دارد. این نتیجه ممکن است به فرهنگ و اعتقادات جامعه مذهبی ایران برگردد. طوری که اگر برای ایشان مشکلی پیش آید به خدا و پیامبر و معنویات متوسل می‌شوند و یا با به‌جا آوردن مراسم مذهبی و انجام نذورات به آرامش می‌رسند. در مطالعه انجام‌شده بر دانشجویان پرستاری ترکیه که ایشان نیز مسلمان‌اند نیز همین نتیجه کسب گردید (۲۰).

میانگین نمره کسب‌شده از نظر فعالیت فیزیکی کمترین نمره به‌دست‌آمده در بین ۶ بعد سلامتی بود که با نتیجه پژوهش عسگر شاهی و همکاران (۲۱) و مدانلو و همکاران (۱۶) و درویش پور کاخکی (۵) و Schmid و همکاران (۲۲) همخوانی دارد. کم بودن فعالیت فیزیکی در زنان و مردان

بعلاوه، با توجه به مشخص شدن پایش ۸۰ درصدی سلامتی پرستاران آجا، پیشنهاد می‌گردد که پایش سالیانه سلامت در پرستاران بیمارستان‌های دیگر نیز انجام گردد.

تاریخ ۹۲/۱۱/۷ در دانشگاه علوم پزشکی ارتش به تصویب رسیده است.

پژوهشگران از کلیه مسئولین و هم کاران گرامی در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های آجا واقع در شهر تهران که علی‌رغم مشغله فراوان در این پژوهش شرکت نموده و در به انجام رساندن پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی انجام‌یافته در دانشکده پرستاری آجا بوده وی قراردادی با شماره ثبت ۵۹۲۱۵۷ در

### منابع

- 1- Kirag N, Ocaktan E. Analysis of health promoting lifestyle behaviours and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Medical Journal*. 2013; 34 (10):1062-1067.
- 2- Musavian AS, Pasha A, Rahebi SM, Atrkar R, Ghanbari A. Health promoting behaviours among adolescents: A cross-sectional Study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014; 3(1):1-7.
- 3- Mansorian M, Qorbani M, Solaimani MA. [A survey of lifestyle and its influential factors among the University Students Gorgan]. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2009; 7(1):62-71(Persian).
- 4- Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. [Study of Health-promotion behaviours among university of medical science students]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS)*. 2011; 13 (4): 29-34(Persian).
- 5- Darvishpoor Kakhaki A, Ebrahimi H, Alavi Majd H. [Health Status of Nurses of Hospitals Dependent to Shahroud Medical University]. *Journal of Iranian Nurses*. 2010; 22(60):19-27 (Persian).
- 6- Chamroonsawasdi K, Phoolphoklang S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C. Factors influencing health promoting behaviors among the elderly under the universal coverage program, Buriram Province, Thailand. *Asia Journal of Public Health*. 2010; 1(1):15-19.
- 7- Edrisi M, Khademloo M, Ghorban F. [Self report of health promoting behaviours of nurses working in the educational hospitals]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23(105):52-59 (Persian).
- 8- McElligott D, Leask Capitulo K, Lynn Morris D. The effect of a holistic program on health-promoting behaviours in hospital registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*. The American Holistic Nurses Association. 2010; 20(10):1-9.
- 9- Mazloomi Mhamoodabad S, Fazelpour Sh, Askarshahi M. [Health-promoting behaviours and psychosocial well-being of University Shahid Sadoqi Yazd academic staff in Iran]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2013; 21(3):12-51(Persian).
- 10- Kempianeu V. Nurses roles in health promotion practice: An integrative review. *Health Promotion International*. Finland. 2013;14(5):1-12.
- 11- Hojati H, Taheri N, Sharifnia H. [Study of mental and physical health of nurses working in hospitals of Golestan University of Medical Sciences]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2010; 8 (3):144-149 (Persian).
- 12- Motaghi M, Basiri Moghadam M, Rohani Z, Basiri Moghadam K, Irani H. [The survey of prevalence of vertebral column pain and some related factors in nurses employed in



Gonabad Hospitals]. *Ofogh-e-Danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences*. 2011; 17(4):51-57(Persian).

13- Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH. [Health promotion lifestyle in nursing students: A systematic review]. *Journal of Health Promotion Management*. Iranian Scientific Association of Nursing. 2012; 2(1): 66-79(Persian).

14- Meihan L, Ngok CH. Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women. *Quality of Life Research Journal*. 2011; 20 (4): 523–528.

15- Arbabisarjou A, Ajdari Z, Omedi KH. Relationship between health promotion life style and life quality among nursing students. *World of Sciences Journal*. 2013; 2(2): 142-147.

16- Modanloo S, Bagheri Nesami M, Khalili R, Araghiyan F, Ismaili M. [Survey of relationship between public health and demographic factors associated with in nurses]. 2<sup>nd</sup> Global Conference on Health Promotion Strategies and Challenges 2011:70 (Persian).

17- Beser A, Bahar Z, Buyukaya, D. Health promoting behaviours and factors related to lifestyle among Turkish Workers and occupational health Nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Industrial Health*. 2007; 45(1):151–159.

18- Wittayapun Y, Tanasirirug V, Butsriripoom B, Ekpanyaskul C. Factors affecting health-promoting behaviours in nursing students of the Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Thailand. *Journal of Public Health*. 2010; 40(2): 215-225.

19- Mahmoodi Gh, Jahani MA, Naghavian M, Nazari A, Ahmadi N. A Study of Health-Promoting Behaviours of Medical Sciences Students of Islamic Azad University of Sari, Iran. *Iranian Journal of Health Sciences*. 2014; 2(2): 52-57.

20- Can G, Ozdilli K, Erol O. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2008; 10: 273-80.

21- Asgarshahi M, Mazlomi Mahmoudabad S, Fazelpour SH. the status of health-promoting behaviours Teachers *Journal of Yazd University of Medical Sciences*. 2013; 21(3): 12-51(Persian).

22- Schmid M, Egli K, Martin W. Health promotion in primary care: Evaluation of a systematic procedure and stage specific information for physical activity counselling. *Swiss Medical Weekly*. 2009; 139(45–46): 665–671.

## Health-promoting behaviours in employed nurses in selected military hospitals

Kalroozi F<sup>1</sup>, \*Pishgooie AH<sup>2</sup>, Taheriyani A

### Abstract

**Introduction:** Life styles and health-promotion behaviours has been linked to quantity and quality of care. Nurses have a crucial role in promoting public and general health. This study aimed to determine the health-promoting behaviours in employed nurses in selected military hospitals.

**Materials & Methods:** This study is a descriptive study. We used randomised cluster sampling method in order to select 400 nurses in CCU, ICU, surgery room, and emergency and surgical units in selected military hospitals. The Persian language version of "International Questionnaire of Health- Promoting Behaviours" (HPLP-II) questionnaire was used in this study. Data was analyzed by SPSS/22 software.

**Findings:** The highest percentage of chronic disease (19.5%) was in musculoskeletal disorders, included backache and leg pain. Average score of health-promoting behaviours was  $133.79 \pm 18.55$ . The highest mean score was obtained in spiritual growth ( $32.36 \pm 6.29$ ) and the least average score was for physical activity ( $13.84 \pm 4.53$ ).

**Conclusions:** The health- promoting behaviours level of the participants were observed at an acceptable level, however they had low level of physical activities. With regard to findings, applying health education programs with an emphasis on physical activity among the nurses could improve their health condition.

**Keywords:** Health-promoting behaviours, Nurses, Military, Iran.

**Received:** 27 January 2015

**Accepted:** 26 March 2015

1- MSc in Nursing, Faculty of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Associated Professor, Faculty of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**).

**E-mail:** apishgooie@yahoo.com

3- BSc in Nursing, 502 AJA Hospital, Tehran, Iran.