

Health-promoting Behaviors of Eemployees of one of Tehran's University of Medical Sciences in 2021

Alireza Jalali Farahani¹, Hormoz Sanaie Nasab², Taghi Azizi³, AliAkbar Karimi Zarchi^{4,*}

¹ Baqiyatallah University of Medical Sciences, Faculty of Medicine & Atherosclerosis Research Center, Tehran, Iran

² Baqiyatallah University of Medical Sciences, Faculty of Health, Department of Education and Health promotion, Tehran, Iran

³ Baqiyatallah University of Medical Sciences, Dental Research Center, Tehran, Iran

^{*4} Baqiyatallah University of Medical Sciences, Faculty of Health, Department of Epidemiology and Biostatistics, Tehran, Iran.

Received: 16 April 2022 Accepted: 11 June 2022

Abstract

Background and Aim: Changes in human lifestyle are the most important factors in the occurrence of the third epidemiological transition and one of the indicators of this transition is the increase in the prevalence of non-communicable diseases and the resulting deaths. The purpose of this study was to determine the status of health-promoting behaviors of employees of one of the universities of medical sciences in Tehran.

Methods: In a descriptive-analytical cross-sectional study, 387 university staff was surveyed. Demographic information form and Health Promoting Behaviors Questionnaire (HPLP-II) were used to collect data. The collected data were analyzed using SPSS software (version 16.0).

Results: The mean (standard deviation) age of participants was 37.1 years (8.8 years), 253 (65.4%) were male and the majority of participants, 120 (31%) had a bachelor's degree. The body mass index of most participants was 194 (55.4%) in normal condition. Mean (standard deviation) score of health-promoting behaviors in total 52.05 (21.01) and under the scales of health responsibility 8.85 (3.77), physical activity 8.66 (3.64), nutrition / 85.8 (4.02), spiritual growth of 8.17 (4.07), interpersonal relationships were determined to be 8.55 (4.26) and stress management was determined to be 8.97 (3.52). The relationship between all subscales of health-promoting behaviors except the subgroup of health responsibility and nutrition with age groups was significant ($p = 0.045$). Regarding the participants' body mass index, only the relationship between stress management subgroup and body mass index was significant ($p = 0.021$).

Conclusion: The results of this study showed that in general, the average score of the most important elements of health-promoting lifestyle including nutrition, physical activity, health responsibility, stress management, interpersonal relationships and spiritual growth is higher than the median index, but in some subgroups, measurement values are average. Since the promotion of these promotional behaviors leads to the improvement of a health-promoting lifestyle, educational interventions are recommended, especially in the dimensions of interpersonal relationships and spiritual growth.

Keywords: Employee, Lifestyle, Health-promoting behaviors, Cross-sectional study.

*Corresponding author: AliAkbar Karimi Zarchi, Email: alikarimi_in@yahoo.com

رفتارهای ارتقا دهنده سلامت کارکنان یکی از دانشگاه های علوم پزشکی تهران در سال 1399

علیرضا جلالی فراهانی¹، هرمز سنایی نسب²، تقی عزیزی³، علی اکبر کریمی زارچی^{4*}

¹ دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی، گروه بیهوشی، تهران، ایران.

² دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت، تهران، ایران.

³ دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، تهران، ایران.

⁴ دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تغییرات سبک زندگی بشر، مهم ترین عامل رخداد گذار سوم اپیدمیولوژیک و یکی از شاخص های این گذار، افزایش شیوع بیماریهای غیر واگیر دار و مرگ و میرهای ناشی از آن است. هدف از انجام این مطالعه، تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان یکی از دانشگاه های علوم پزشکی در تهران می باشد.

روش ها: در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی 387 نفر از کارکنان دانشگاه مورد بررسی قرار گرفتند. از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ویرایش دوم (HPLP-II) جهت گردآوری داده ها استفاده شد. داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان 37/1 سال (8/8 سال)، 253 نفر (65/4٪) مذکر و غالب شرکت کنندگان، 120 نفر (31٪) دارای مقطع تحصیل کارشناسی بودند. شاخص توده بدنی اکثر شرکت کنندگان 194 نفر (55/4٪) در وضعیت طبیعی بود. میانگین (انحراف معیار) امتیاز رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در کل 52/05 (21/01) و در زیر مقیاس های مسئولیت پذیری سلامت 8/85 (3/77)، فعالیت بدنی 8/66 (3/64)، تغذیه 8/85 (4/02)، رشد معنوی 8/17 (4/07) روابط بین فردی 8/55 (4/26) و مدیریت استرس 8/97 (3/52) تعیین گردید. ارتباط بین همه زیر مقیاس های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بجز زیر گروه مسئولیت پذیری سلامت و تغذیه با گروه های سنی معنی دار بود ($p = 0/045$). از نظر شاخص توده بدنی شرکت کنندگان، فقط ارتباط زیر گروه مدیریت استرس با شاخص توده بدنی معنی دار بود ($p = 0/021$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که به طور کلی میانگین امتیاز مهمترین عناصر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت شامل تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی از شاخص میانه بالاتر است ولی در برخی از زیر گروه ها، مقادیر اندازه گیری در حد متوسط می باشد. از آنجا که ارتقای این رفتارهای ترویجی، منجر به بهبود سبک زندگی ارتقادهنده سلامت می شود انجام مداخله های آموزشی بویژه در ابعاد روابط بین فردی و رشد معنوی توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: کارکنان، سبک زندگی، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، مطالعه مقطعی

*نویسنده مسئول: علی اکبر کریمی زارچی. پست الکترونیک: alikarimi_in@yahoo.com

دریافت مقاله: 1401/01/27 پذیرش مقاله: 1401/03/21

مقدمه

تغییرات سبک زندگی بشر، مهم ترین عامل رخداد گذار سوم اپیدمیولوژیک می باشد. یکی از شاخص های گذار سوم، افزایش شیوع بیماریهای غیر واگیر دار و مرگ و میرهای ناشی از این بیماری هاست (1). واژه سبک زندگی می تواند به علایق، نظرات، رفتارها و جهت گیری رفتاری یک فرد، گروه یا فرهنگ اشاره کند. سبک زندگی به معنای شیوه زندگی خاص یک فرد، گروه، یا جامعه است (2).

رفتارهایی نظیر رژیم غذایی سالم، خواب و فعالیت کافی، کنترل وزن و عدم استعمال دخانیات و مصرف الکل شیوه زندگی سالم را تشکیل می دهد. اصلاح رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به مفهوم کلی خود از لحاظ روانی و فیزیکی می تواند یکی از بهترین راه های پیشگیری از بروز بیماری های مختلف در انسان باشد (3). در سطح جهانی، 7 مورد از 10 علت اصلی مرگ و میر در سال 2019 بیماری های غیرواگیر بود. این هفت علت 44 درصد از کل مرگ ها یا 80 درصد از 10 مورد اول را تشکیل می دهند. با این حال، همه بیماری های غیرواگیر با هم 74 درصد از مرگ و میرها را در سطح جهان در سال 2019 به خود اختصاص داده اند (4).

طبق نتایج مطالعه جهانی بار بیماری ها (GBD 2019)، نسبت مرگ و میر ناشی از تغییرات سبک زندگی و در نتیجه روند بیماری های غیر واگیردار به طور پیوسته از سال 1990 افزایش یافته است (5). براساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت، 10 عامل خطر اصلی، مسئول بیش از یک سوم مرگ های جهان شامل پرفشاری خون، مصرف دخانیات، مصرف الکل، روابط جنسی غیر ایمنی، کم وزنی، فقر آهن، کلسترول بالا، دود ناشی از سوخته های جامد در محیط های بسته، آب و فاضلاب و بهداشت فردی نامناسب و چاقی می باشند (6). نکته قابل توجه آنستکه اغلب این بیماری ها دارای عوامل خطر شناخته شده ای هستند و در صورت شناسایی آنها در مراحل ابتدایی قابل پیشگیری می باشند. تشخیص زودرس، غربالگری و تغییرات سبک زندگی، اجزای اصلی پاسخ به این بیماری ها است (7). اصلاح رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین روش هایی است که مردم توسط آن میتوانند سلامتی خود را حفظ و ارتقا دهند. بهبود شیوه زندگی منجر به افزایش مسئولیت پذیری سلامت، فعالیت بدنی، بهبود تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس می شود که به آن پروفایل شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت (HPLP) گفته می شود (8). طبق جستجوهای که توسط محققین انجام گرفت اطلاعات کاملی پیرامون رفتارهای ارتقا دهنده سلامت کارکنان این مرکز دانشگاهی یافت نشد. هدف از انجام این مطالعه، تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان یکی از دانشگاه های علوم پزشکی در تهران می باشد.

روش ها

نوع مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی در یکی از دانشگاه های علوم پزشکی در تهران انجام گرفت. گزارش این تحقیق مشاهده ای بر اساس دستورالعمل STROBE صورت گرفته است (10).

سوالات مطالعه

در این مطالعه، پاسخ به سوالات زیر مد نظر تیم تحقیق بود:

- (1) میانگین نمرات HPLP-II و ابعاد آن چقدر است؟
- (2) آیا بین میانگین امتیاز HPLP-II و زیر مقیاس های آن ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان رابطه وجود دارد؟

نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه کارکنان یکی از دانشگاه های علوم پزشکی در تهران می باشد. با کمک فرمول حجم نمونه برآورد میانگین ها و بر اساس نتایج مطالعه صلی و همکاران (11) تعداد نمونه 348 نفر تعیین گردید. برای پوشش داده های مفقود شده 10٪ به حجم نمونه اضافه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، عدم وجود بیماریهای مزمن موثر بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نظیر دیابت، اختلالات اسکلتی عضلانی و غیره. از روش نمونه گیری تصادفی ساده برای انتخاب شرکت کنندگان استفاده شد.

ابزار گردآوری داده ها

از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ویرایش دوم (HPLP-II) جهت گردآوری داده ها استفاده شد. فرم اطلاعات دموگرافیک حاوی 6 گویه شامل سن، جنس، مقطع تحصیلی، وزن و قد بود. به منظور تعیین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت از پرسشنامه HPLP-II، 52 گویه ای استفاده شد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه ای هرگز، گاهی، اغلب و به طور مرتب نمره گذاری شده است. این پرسشنامه، شش زیر مقیاس مسئولیت پذیری سلامت (نه گویه)، فعالیت بدنی (هشت گویه)، تغذیه (نه گویه)، رشد معنوی (نه گویه)، روابط بین فردی (نه گویه) و مدیریت استرس (هشت گویه) را اندازه گیری می کند. حد اقل امتیاز هر فرد صفر و حداکثر امتیاز 156 نمره می باشد. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه توسط محمدی زیدی و همکاران صورت گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار 0.82٪ و برای زیر مقیاس ها از 0.64٪ تا 0.91٪ تعیین گردیده است. پایایی پرسشنامه با انجام آزمون مجدد، تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی در مدل های استخراج شده صورت گرفته است که جملگی از ابزار حمایت مثبتی دارند (12).

تجزیه و تحلیل داده ها

نتایج

در این مطالعه 387 نفر شرکت نمودند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان 37/1 سال (8/8 سال) بود. 253 نفر (65/4٪) از شرکت کنندگان مذکر و بقیه مونث بودند. بیشتر شرکت کنندگان، 120 نفر (31٪) دارای مقطع تحصیل کارشناسی بودند. شاخص توده بدنی اکثر شرکت کنندگان 194 نفر (55/4٪) در وضعیت طبیعی بود جدول شماره (1).

میانگین (انحراف معیار) امتیاز رفتارهای ارتقا دهند سلامت در کل 52/05 (21/01) محاسبه گردید. میانگین (انحراف معیار) زیر مقیاس های مسئولیت پذیری سلامت 8/85 (3/77)، فعالیت بدنی 8/66 (3/64)، تغذیه 8/85 (4/02)، رشد معنوی 8/17 (4/07) روابط بین فردی 8/55 (4/26) و مدیریت استرس 8/97 (3/52) تعیین گردید.

داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف داده ها از جداول، نمودارها و شاخص های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. برای ارزیابی توزیع نرمال داده های کل و زیر مقیاس های آن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای مقایسه میانگین نمرات HPLP-II و زیر مقیاس ها از آزمون مان ویتنی و کروسکالوالیس استفاده شد. سطح معنی داری برای همه آزمون ها کمتر از 0/05 بود.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات فردی شرکت کنندگان محرمانه می باشد و نتایج تحقیق به صورت گروهی منتشر شده است.

جدول 1، مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	تعداد	درصد
گروه های سنی (سال):		
<30	96	24/8
31-40	158	40/8
41-50	104	26/9
>50	29	7/5
جمع	387	100
جنسیت:		
مذکر	253	65/4
مونث	134	34/6
جمع	387	100
مقطع تحصیلی:		
کاردانی و کمتر	49	12/7
کارشناسی	120	31/0
کارشناسی ارشد	70	18/1
پزشکان	33	8/5
هیئت علمی	115	29/7
جمع	387	100
شاخص توده بدنی:		
< 24/9	194	55/4
25-29/9	140	40/0
≥30	16	4/6
نامشخص	37	-
جمع	387	100

جدول 2، مقایسه میانگین امتیاز ابزار در کل و زیر مقیاس ها بر حسب گروههای سنی، جنسیت، مقطع تحصیلی و شاخص توده بدنی شرکت کنندگان

متغیر	امتیاز ابزار در کل (حدافل 0 و حداکثر 156)	مسئولیت پذیری سلامت (حدافل 0 و حداکثر 27)	فعالیت بدنی (حدافل 0 و حداکثر 24)	تغذیه (حدافل 0 و حداکثر 27)	روابط بین فردی (حدافل 0 و حداکثر 27)	رشد معنوی (حدافل 0 و حداکثر 27)	مدیریت استرس (حدافل 0 و حداکثر 24)
گروههای سنی (سال):							
<30	47/77	8/14	8/01	8/67	6/91	7/68	8/38
31-40	54/77	9/22	9/23	8/88	8/81	8/99	9/65
41-50	50/13	8/74	8/16	8/64	7/85	8/42	8/31
>50	58/31	9/66	9/55	8/67	10/00	8/45	9/66
آزمون کروسکالوالیس	9/713	5/917	11/497	2/97	8/029	19/917	14/40
مقدار احتمال	0/021	0/116	0/009	0/397	0/045	0/000	0/002
جنسیت:							
مذکر	51/15	8/76	8/49	8/61	7/95	8/36	8/98
مونث	53/75	8/02	9/00	9/29	8/58	8/91	8/96
آزمون مان ویتنی	-1/248	-0/742	-1/453	-1/60	-1/229	-1/407	-0/074
مقدار احتمال	0/212	0/458	0/146	0/110	0/219	0/159	0/941
مقطع تحصیلی:							
کاردانی و کمتر	54/93	8/51	8/27	8/82	8/06	8/16	9/12
کارشناسی	49/38	8/38	8/47	8/14	7/95	8/18	8/27
کارشناسی ارشد	54/41	9/61	9/10	9/36	7/73	9/10	9/51
دکترا	53/39	8/98	8/94	9/12	8/39	8/64	9/30
متخصص و فوق تخصص	53/48	8/85	8/70	9/21	8/64	8/74	9/22
آزمون کروسکالوالیس	4/091	5/927	1/949	7/027	3/448	2/358	7/345
مقدار احتمال	0/394	0/205	0/745	0/134	0/486	0/670	0/119
شاخص توده بدنی:							
< 24/9	52/92	8/97	8/79	8/99	8/23	8/50	9/44
25-29/9	50/75	8/54	8/34	8/72	8/12	8/56	8/46
≥30	46/06	8/56	8/81	7/88	5/94	7/06	7/81
آزمون کروسکالوالیس	2/180	0/661	1/156	1/109	1/978	5/167	8/892
مقدار احتمال	0/336	0/719	0/561	0/574	0/372	0/076	0/012

فقط ارتباط زیر گروه مدیریت استرس با شاخص توده بدنی معنی دار بود ($p = 0/021$).

بحث

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل فعالیت هایی است که منجر به توسعه رفاه و سلامت بالقوه افراد، خانواده ها و جامعه می شود. بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت به حفظ عملکرد افراد، استقلال آنها، افزایش کیفیت زندگی آنها و کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی کمک می کند. چندین مطالعه، وضعیت

ارتباط بین ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با گروه های سنی، جنسیت، مقطع تحصیلی و شاخص توده بدنی شرکت کنندگان در جدول شماره (2) آمده است. ارتباط بین همه زیر مقیاس های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بجز زیر گروه مسئولیت پذیری سلامت و تغذیه با گروه های سنی معنی دار بود ($p = 0/045$).

ارتباط بین همه زیر مقیاس های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با جنسیت و مقطع تحصیلی شرکت کنندگان معنی دار نبود ($p = 0/110$). از نظر شاخص توده بدنی شرکت کنندگان،

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جمعیت های مختلف را بررسی کرده اند. به عنوان مثال،

در یک مطالعه توصیفی تحلیلی که با روش سرشماری و با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی توسط توسلی و همکاران (13) با عنوان بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد نتایج نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان 21/1 سال، 54/3 درصد مونث بودند. از میان شش بعد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، " رشد روحی " و "مسئولیت پذیری" به ترتیب با میانگین های $22/01 \pm 2/224$ و $20 \pm 2/31$ بیشترین و " فعالیت جسمانی " با میانگین $17/58 \pm 2/9$ کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. در این مطالعه بین وضعیت تغذیه، فعالیت جسمانی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت خود، روابط بین فردی و رشد روحی و جنس ارتباط آماری داری مشاهده نشد که نتایج مربوط به ابعاد مسئولیت پذیری سلامت و تغذیه با این مطالعه همخوانی دارد ولی بین مدیریت استرس و جنس دانشجویان ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. عبادی و همکاران در یک مطالعه توصیفی مقایسه ای روی 200 نفر شامل 100 نفر نظامی و 100 نفر غیر نظامی در تهران به ترتیب با میانگین سنی $40/1 \pm 5/58$ و $40/46 \pm 5/25$ نتیجه گرفتند که در گروه نظامی میانگین فعالیت ورزشی بیشتر از گروه غیر نظامی است (14).

در یک مطالعه مقطعی که توسط صلحی و همکاران بر روی 250 دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت نتایج نشان داد، میانگین نمره شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامتی (18/41) $124/3$ بود. بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد تغذیه (4/9) $23/7$ و کمترین آن مربوط به بعد فعالیت بدنی (5/2) $15/1$ بود. از آنجا که در این تحقیق رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رضایت بخشی نبود پیشنهاد شد طیف وسیعی از برنامه ریزی و اجرای مداخلات بهداشتی برای بهبود شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت صورت گیرد (11). در یک مطالعه مقطعی که توسط اعظمی و همکاران بر روی 343 دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه صورت گرفت نتایج نشان داد میانگین نمره کلی HPLP-II 2.25 از 4 بود. در میان شش بعد HPLP-II، بالاترین و کمترین میانگین نمرات به ترتیب متعلق به روابط بین فردی $2/6 \pm 0/52$ و فعالیت بدنی $1/97 \pm 0/62$ بود (15). در صورتی که در مطالعه حاضر بالاترین و کمترین میانگین نمرات به ترتیب متعلق مدیریت استرس و رشد معنوی بود. محمودی و همکاران. مطالعه ای را برای مقایسه رفتارهای ارتقاء سلامت در بین پرستاران، کارکنان اداری و بهداشت انجام داد. نتایج آنها نشان می دهد که بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به کارکنان مراکز بهداشتی بوده است. بیشترین نمره کل

در بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به ابعاد تغذیه و رشد معنوی و کمترین نمره مربوط به ابعاد فعالیت بدنی بود (16). در مطالعه ای مقطعی با عنوان وضعیت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت دانشجویان ساکن در خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی تهران که توسط آق بابک ماهری و همکاران در سال 1391 روی نمونه ای شامل 140 دختر و 110 پسر با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت انجام شد نتایج نشان داد میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت $119 \pm 20/3$ از حداکثر 208 بود و بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با متغیرهای وضعیت اشتغال، تاهل و سن ارتباط معنی داری وجود داشت ولی بین میانگین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت کل با متغیرهای جنس و مقطع تحصیلی ارتباط معنی دار نبود (17). در یک مطالعه توصیفی روی 1200 نفر از کارمندان دولتی که توسط جلال عبدی و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که وضعیت سبک زندگی اکثر کارمندان (61/7 درصد) خوب بود. رابطه بین سبک زندگی با متغیرهای سن، جنس، سابقه کاری، تاهل و رضایت از درآمد معنی دار بود. همچنین رابطه بین نمایه توده بدنی با سابقه کاری، تاهل، تعداد فرزندان و جنس معنی دار بود (18).

نتایج مطالعه مقطعی فریا ابراهیم بابایی با عنوان مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد مبتلا و غیر مبتلا به اچ آی وی در سال های 1393 تا 1395 روی 147 فرد مراجعه کننده به بیمارستان امام (ره) نشان داد که مسئولیت پذیری سلامت و فعالیت جسمانی در گروه مبتلا کمتر از گروه غیر مبتلا به بیماری بود اما در مؤلفه های تغذیه، روابط بین فردی، رشد معنوی و مدیریت استرس تفاوت معنی داری وجود نداشت (19). همسو با این یافته ها، نتایج مطالعه رضایی و همکاران (2017) نیز نشان داد بالاترین نمره کسب شده در زیرگروه رشد معنوی و کمترین نمره در زیرگروه فعالیت جسمانی بود (20). این در حالی است که در مطالعه مهری و همکاران (2016) روابط بین فردی و تغذیه با $70/8$ درصد و $53/6$ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین نمره را در بین سازه ها داشتند (21).

همسو با یافته های استبصارى و همکاران (2019) بین زنان و مردان از نظر میانگین امتیاز سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کل و ابعاد 6 گانه آن تفاوت آماری معنادار یافت نشد (22). در همین راستا رضایی و همکاران (2017) نیز نشان دادند که اگرچه میانگین نمره وضعیت تغذیه، روابط بین فردی، مدیریت استرس و نمره های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کلی در جنس مؤنث بیشتر بود ولی تفاوت فقط در بعد تغذیه از نظر آماری معنادار بود (20).

وانگ نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در بعد تغذیه، ورزش و استرس تفاوت معناداری بین دو گروه زنان و مردان وجود دارد (23). علاوه بر این آلكانداری و همکاران نیز به

بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت به حفظ عملکرد افراد، استقلال آنها، افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی کمک می کند. نتایج این پژوهش نشان داد که به طور کلی میانگین امتیاز مهمترین عناصر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت شامل تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی از شاخص میانه بالاتر است ولی در برخی از زیر گروه ها، مقادیر اندازه گیری در حد متوسط می باشد. از آنجا که ارتقای این رفتارهای ترویجی، منجر به بهبود سبک زندگی ارتقادهنده سلامت می شود انجام مداخله های آموزشی بویژه در ابعاد روابط بین فردی و رشد معنوی توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد 91003081 می باشد که به تصویب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی (شماره 445 مورخ 1397/04/25) و مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله (عج) (شماره 19 مورخ 1398/03/05) رسیده و با همکاری واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله (عج) انجام شده است. بودجه طرح از معاونت پژوهش بیمارستان تامین شده است. نویسندگان از شرکت کنندگان، پرسشگران سرکار خانم دکتر نورمحمدی، دلخوش، بهبودی، پیرهادی و علیوند، مهندس کامبیز رشیدی، آروسته، هاشمی، ایمانی و همچنین از حمایت مالی، راهنمایی ها و مشاوره های واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله (عج) تشکر می نمایند

تضاد منافع: نویسندگان مقاله اعلام می دارند که تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Coulibaly M, Samaké D, Boubacar S, Sidibé L, Diawara M, Barry M, Sagara V, Traoré B, Guindo O, Maiga B, Dolo A. Cardiovascular Risk Factors among Outpatients: An Alarming Sign of the Epidemiological Transition in Developing Country?. World Journal of Cardiovascular Diseases. 2021 Mar 19;11(3):181-94.
2. Kang J, Martinez CM, Johnson C. Minimalism as a sustainable lifestyle: Its behavioral representations and contributions to emotional well-being. Sustainable Production and Consumption. 2021 Jul 1;27:802-13.
3. Steffens NK, LaRue CJ, Haslam C, Walter ZC, Cruwys T, Munt KA, Haslam SA, Jetten J, Tarrant M. Social identification-building interventions to improve health: a systematic review and meta-analysis. Health psychology review. 2021 Jan 2;15(1):85-112.

این نتیجه رسیدند که در ابعاد مسئولیت پذیری، فعالیت بدنی، روابط بین فردی و استرس تفاوت آماری معناداری بین زنان و مردان وجود دارد (24). اما همسو با یافته های مطالعه حاضر، غربایی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که به غیر از بعد فعالیت جسمانی، هیچ تفاوت آماری معناداری بین سایر ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت براساس جنسیت وجود ندارد (25) علاوه براین آنها در مطالعه خود به بررسی وضعیت سبک زندگی و ابعاد آن براساس وضعیت تاهل پرداختند که نتایج نشان داد به غیر از بعد رشد معنوی و مسئولیت-پذیری برای سایر ابعاد و سبک زندگی کل هیچ تفاوت آماری معناداری بین افراد متاهل و مجرد وجود ندارد. در همین راستا یافته های مطالعه حاضر نیز نشان دادند که بین افراد مجرد و متاهل از نظر میانگین امتیاز سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کل و ابعاد مسئولیت-پذیری در قبال سلامتی خود، فعالیت بدنی، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت استرس تفاوت آماری معنادار یافت نشد و فقط از نظر بعد رشد معنوی بین این دو گروه تفاوت آماری معنادار یافت شد، به طوری که میانگین امتیاز بعد رشد معنوی در افراد متاهل نسبت به افراد مجرد به طور معنادار بیشتر بود. در مطالعه مهری و همکاران نیز میانگین رشد معنوی در بین افراد متاهل بیشتر از میانگین آن در بین افراد مجرد بود. اما نتایج مطالعه رضایی و همکاران (2018)، نشان داد که میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کلی و تمام زیرگروه های آن در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد بود که این تفاوتها از نظر آماری هم معنادار بود (20).

نتیجه گیری

4. The top 10 causes of death.9 December 2020 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Access in: 29 Jan 2022 .
5. Natalia V. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019.
6. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Risk Factors for Coronary Artery Disease (CAD). Available at: <https://www.healthline.com/health/coronary-artery-disease/risk-factors>, Access in 22 Jun 2021.
8. Shin HY, Shin JE, Baek SY, Chu SH. Promoting health behaviors for preventing and

controlling noncommunicable disease among North Korean defectors: A systematic review.

9. Azami Gilan B, Janatolmakan M, Ashtarian H, Rezaei M, Khatony A. Health-Promoting Lifestyle and Associated Factors among Medical Sciences Students in Kermanshah, Iran: A Cross-Sectional Study. *Journal of environmental and public health*. 2021 Apr 27;2021

10. Ghaferi AA, Schwartz TA, Pawlik TM. STROBE Reporting Guidelines for Observational Studies. *JAMA surgery*. 2021 Jun 1.

11. Solhi M, Azar FE, Maheri M, Khalili S, Abolghasemi J. The Assessment of Health-Promoting Lifestyle Status and Its Determinants among Students of Iran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health, Safety and Environment*. 2021 Jun 5;7(2):1457-63

12. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012 Mar 10;21(1):102-13.

13. Azar Tol, Elaheh Tavassoli, Gholamreza Sharifirad, Davood Shojaezadeh, Leila Azadbakht. The Relationship between Socioeconomic Factors and Their Effects on Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Health System Research*, 2011, vol(7), 1:138-147

14. Refahi S, Shamsi A, Ebadi A, Saeid Y, Moradi A. Comparison of military and civilian life style of people with hypertension. *JHPM*. 2012; 1 (4) :43-50

15. Azami Gilan B, Janatolmakan M, Ashtarian H, Rezaei M, Khatony A. Health-Promoting Lifestyle and Associated Factors among Medical Sciences Students in Kermanshah, Iran: A Cross-Sectional Study. *Journal of environmental and public health*. 2021 Apr 27;2021.

16. Mahmoodi H, Hasanpoor E, Zareipour MA, Housaenpour H, Sharifi-Saqezi P, Babazadeh T. Compare the health promoting behaviors among nurses, health and administrative staff. *Iran Journal of Nursing*. 2016 Apr;29(99):56-65.

17. Agh Babak Maheri1 , Mohammad-Nabi Bahrami , Roya Sadeghi. The Situation of Health-Promoting Lifestyle among the Students Living in Dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health &*

Development, Vol. 1, No. 4, Winter 2013: 275-286.

18. ABDI JALAL, EFTHEKHAR HASSAN, MAHMODI MAHMOD, SHOJAEIZADEH DAVOUD, SADEGHI ROYA. PHYSICAL ACTIVITY STATUS OF EMPLOYEES OF GOVERNMENTAL DEPARTMENTS IN HAMADAN, IRAN: AN APPLICATION OF THE TRANSTHEORETICAL MODEL. *HEALTH SYSTEM RESEARCH*. 2016 [cited 2022April11];12(1):50-57. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=519849>

19. Fariba Ebrahimabae , Mojtaba Habibi, Saeid Ghodrati, (2017). Comparing health promoting lifestyle in HIV positive and HIV negative individuals, *Journal of Education and Community Health*, 4(3), 38-43. magiran.com/p1812759.

20. Rezaei Z, Ghaderi N, Nouri E, Nouri B, Safari O, Mansourian T. Study of the Health-Promoting Lifestyle status of Students that Living in dormitories of Kurdistan University of Medical Sciences in 2016. *Rahavard Salamat Journal*. 2017; 3 (1) :1-12. (Persian.)

21. Maheri A, Sadeghi R, Shojaeizadeh D, Tol A, Yaseri M, Ebrahimi M. Associations between a health-promoting lifestyle and quality of life among adults with beta-thalassemia major. *Epidemiology and health*. 2016;38.

22. Estebsari F, Bakhshi F, Nemati S, Kazemnejad Leili E, Ramezani H, Sadeghi R. Determinants of Health Promoting Lifestyle Behaviors in Hospital Staff of Guilan University of Medical Sciences. *Health Education and Health Promotion*. 2019 Apr 10;7(2):7

23. Wang D, Ou C-Q, Chen M-Y, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*. 2009;9(1):379.

24. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nurs Health Sci*. 2007;9(2):112-9.

25. Ghorabi ST, Jalilian M, Sadeghifar J, Zavareh MS. Investigation of health-promoting behaviors of employees of medical university: A perspective from West of Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021 Jan 1;10(1):139.