

Correlation of Body mass index and health-promoting lifestyle among health care workers of Saqqez city

*Mahmoodi H¹, Asghari Jafarabadi M², Mohammadi Y³, Shirzadi SH⁴, Doshmangir P⁵, Sharifisaqez P⁶

1- Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. **(Corresponding author)**

E-mail: mahmoodihassan115@gmail.com

2- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4- Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

5- Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

6-BSc in Nursing, Imam Khomeini Hospital, Kurdistan, Saqqez, Iran.

Abstract

Introduction: Lifestyle is one of the determinants of individuals' health status and one of the main strategies to maintain healthy lifestyle. Body mass index in work environment can be used as an indicator of individual's lifestyle. The purpose of this study was to determine the correlation of body mass index and health promotion lifestyle among healthcare workers of Saqqez city.

Materials & Methods: In this descriptive- correlational study, 180 staff of health care and hospital of Imam Khomeini hospital of Saqqez in Kurdistan participated by convince sampling. Demographic questionnaire and "Health Promotion Life Style II" (HPLP-II) was used to collect data. The validity of the instrument was determined by content validity and the reliability was obtained by alpha Cronbach coefficient. Data were analyzed by SPSS/21.

Findings: The mean BMI and HPLP score of staffs were 25.38 ± 3.70 , 2.68 ± 0.48 respectively. The highest score was in participants who had a normal body mass index. Analysis showed that nutrition and physical activity were the highest and the lowest score dimensions respectively.

Conclusion: The mean score of health promotion lifestyle staff was desirable. However the mean of staff body mass index was not at the desirable level. Thus, physical activity as one of the health promoting behaviors is suggested.

Keywords: Body mass index, Health-promoting lifestyle, Healthcare worker.

Received: 25 April 2015

Accepted: 30 September 2015

همبستگی توده بدنی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سقز

*حسن محمودی^۱، محمد اصغری جعفرآبادی^۲، یونس محمدی^۳، شایسته شیرزادی^۴، پریناز دشمن گیر^۵، پرشنگ شریفی^۶

۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: mahmoodihassan115@gmail.com

۲- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۴- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۵- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۶- کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی (ره)، سقز، کردستان، ایران.

نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۵ شماره ۲ فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۵۱-۴۲

چکیده

مقدمه: سبک زندگی تعیین کننده وضعیت سلامت افراد است و یکی از راهکارهای اصلی برای حفظ سلامتی، داشتن سبک زندگی سالم است و توده بدنی در محیط کار می تواند به عنوان شاخصی از سبک زندگی افراد باشد. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی توده بدنی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سقز انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-همبستگی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۸۰ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سقز، کردستان به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و "نیمرخ سبک زندگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پروفایل ۲" (HPLP-II Health Promotion Life Style II) استفاده شد. روایی ابزار به روش روایی محتوا و پایایی آن نیز با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ تایید شد. داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین توده بدنی افراد در این مطالعه $70/38 \pm 25/3$ و نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت $48/68 \pm 2/6$ بود. بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به افراد دارای توده بدنی نرمال بود. در میان زیر گروه های توده بدنی بیشترین و کمترین نمره مربوط به حیطه های تغذیه و فعالیت فیزیکی بود.

نتیجه گیری: میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان در سطح مطلوب می باشد، اما میانگین توده بدنی آنها در حد مطلوب نمی باشد. لذا پیشنهاد می شود که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خصوصا در حیطه فعالیت های فیزیکی بیشتر توجه شود.

کلید واژه ها: توده بدنی، سبک زندگی، کارکنان بهداشتی درمانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۵

مقدمه

از همان اوایل عصر حجر، چاقی انسان ها را تحت تاثیر قرار داده است (۱). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که چاقی سبب افزایش مرگ، افزایش خطر ابتلا به دیابت وابسته به انسولین، بیماری شریان کرونر، کاردیومیوپاتی، سکته و پرفشاری خون می باشد (۱-۳). جدای از عوامل بیولوژیک سایر عوامل دیگری همچون سبک زندگی کم تحرک، عادات غذایی ناسالم، عدم مسئولیت پذیری سلامتی، اعتماد به نفس پایین، شیوه تطابق با تنش های ناپهنجار زندگی، عدم تعامل و حمایت اجتماعی مناسب در بروز اضافه وزن و چاقی دخیل هستند (۴-۶).

سبک زندگی فرد بر روی سلامت وی تاثیرگذار است و به عنوان الگویی چندبعدی از فعالیت های زندگی فرد محسوب می شود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارای اهمیت بسیار است (۷). Pender در سال ۱۹۹۶ عوامل فرهنگی-اجتماعی و بیولوژیکی از قبیل: سن، جنس، نژاد و توده بدنی (شاخص اندازه گیری چاقی) را در الگوی خود اضافه نمود (۸). Walker و همکاران در سال ۱۹۸۷ "نیمرخ سبک زندگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پروفایل ۲" را بر اساس "الگوی ارتقاء سلامت پندر" جهت تعیین این که افراد تا چه حد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را انجام می دهند، ارائه دادند. در این ابزار یک ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء سلامت ارائه شده است که شامل: حیطه های خود شکوفایی، مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت تنش می باشد (۹).

ارتقاء سلامت در محیط کار نیز سبب کاهش غیبت از کار و هزینه های مراقبت های بهداشتی می شود (۱۰). شاخص توده بدنی به عنوان شاخص چاقی، و سوء تغذیه، با سبک زندگی مرتبط می باشد که می توان با رفتار های ارتقاءدهنده سلامت اصلاح کرد (۱۱). Al-Kandari و همکاران، میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در میان ۲۰۲ پرستار را 13.5 ± 0.5 و توده بدنی در میان زنان 24.4 kg/m^2 و برای مردان 25.2 kg/m^2 ذکر کرده بودند (۱۱). در مطالعه Huang و همکاران نیز که بروی ۲۲۷ نفر از کارکنان مشاغل مختلف صورت گرفته بود، افراد دارای توده بدنی بالا مشارکت کمتری در انجام سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت داشتند و در مقایسه با گروه دارای توده بدنی اضافه وزن از مدیریت تنش کمتری برخوردار بودند. میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بطورکلی برای کارکنان در این مطالعه 12.8 ± 0.41 بود (۱۲). همچنین در مطالعه خادیمان و همکاران نیز میانگین توده بدنی

در میان ۳۲۶ پرستار زن را 22.06 kg/m^2 ذکر کرده بودند (۱۳). در مطالعه ایدریسی و همکاران نیز میانگین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران $18/55 \pm 13.5/33$ بود (۱۴).

با توجه به مطالعات مختلف انجام شده کمک به کارکنان برای داشتن یک سبک زندگی سالم یکی از اهداف ارتقاء سلامت در محیط های کار می باشد. متخصصان بهداشت و درمان نه تنها سلامتی خود را از طریق سبک زندگی سالم سود می برند، بلکه می توانند به عنوان الگوی نقش و مشاوران معتبری برای بیماران خود باشند (۱۵). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز می تواند از بیماریها پیشگیری کند، باعث کاهش مرگ، بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه های مراقبت بهداشتی شود (۱۶). بخاطر اینکه چاقی یک موضوع مهم در مطالعات بهداشتی و درمانی است، پژوهشگر بر آن شد تا به ارتباط توده بدنی و سبک ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان بهداشتی و درمانی بپردازد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی در سال ۱۳۹۳ اجرا شد. در این مطالعه جامعه آماری را کلیه کارکنان پرستاری و اداری شاغل در بیمارستان امام خمینی و کارکنان بهداشتی مرکز بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی سطح شهرستان سقز تشکیل داده بودند. نمونه ها با استفاده از روش سرشماری، ۱۸۰ نفر وارد پژوهش شدند و پرسشنامه در اختیار آن ها قرار گرفت. بطوریکه ۶۹ نفر از نمونه ها را کارکنان بهداشتی (ارائه دهنده خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی سطح شهر)، ۸۸ نفر کارکنان درمان (پرستاران بیمارستان امام خمینی) و ۲۳ نفر کارکنان بخش اداری شبکه بهداشت و بیمارستان تشکیل دادند. معیارهای ورود شامل شاغل بودن در حوزه بهداشت و درمان (بهداشت، درمان و اداری)، عدم محدودیتهای جسمی و یا بیماری خاص و مصرف داروهای ضد افسردگی بود. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه دو بخشی که بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل شغل (بهداشتی، درمانی و اداری) سطح تحصیلات (دیپلم، فوق دیپلم و کارشناسی و بالاتر) وضعیت تاهل (مجرد یا متاهل) مدت زمان اشتغال (کمتر از ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال، ۱۱ تا ۱۵ سال و ۱۵ سال به بالا وضعیت شغل (رسمی، پیمانی و قرار دادی) بود. بخش دوم ابزار که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را با آن مورد ارزیابی قرار گرفت "نیمرخ سبک زندگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پروفایل ۲" (HPLP-II) (Health Promotion Life Style II) Walker و همکاران در ۱۹۸۷ بود. این ابزار که برگرفته از "الگوی ارتقاء سلامت پندر" می باشد شامل ۵۲ عبارت که هر عبارت آن در

آماري مورد استفاده در اين پژوهش آمار توصيفي (ميانگين و انحراف معيار) فراواني و درصد، آمار استنباطي کاي دو و آزمون دقيق فيشر براي ارتباط متغيرهاي جمعيت شناختي با زيرگروه هاي توده بدني و براي مقايسه توده بدني و رفتارهاي ارتقاء دهنده سلامت در ميان کارکنان از آناليزواريانس استفاده شد. داده ها با نرم افزار اس پس اس اس نسخه ۲۱ تجزيه و تحليل گرديد.

یافته ها

ویژگیهای جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ بیان شده است. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر $35 \pm 8/43$ بود. $27/8$ درصد (۵۰ نفر) در گروه سنی کمتر از ۲۹ سال، $22/8$ درصد (۴۲ نفر) در گروه سنی ۲۹ تا ۳۵ سال و $49/9$ درصد (۸۹ نفر) بالای ۳۵ قرار داشتند. $38/3$ (۶۹ نفر) از واحدهای مورد پژوهش در گروه بهداشت، $48/9$ درصد (۸۸ نفر) نیز در گروه درمان و $12/8$ درصد (۲۳ نفر) مربوط به گروه اداری بودند. $44/4$ درصد (۸۰ نفر) از واحدهای مورد پژوهش را زنان تشکیل داده بودند. $72/8$ درصد (۱۳۱ نفر) متاهل، $77/2$ درصد (۱۳۹ نفر) دانشگاهی، $41/1$ درصد (۷۴ نفر) وضعیت استخدامی آنها به صورت رسمی، $23/3$ درصد (۴۲ نفر) بیمانی و $35/6$ درصد (۶۴ نفر) هم قراردادی بودند. $43/3$ درصد (۷۸ نفر) از افراد دارای سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال، $21/1$ درصد (۳۵ نفر) بین ۱۰ تا ۲۰ سال و $35/6$ درصد (۶۴ نفر) بالای ۲۰ سال دارای سابقه کار بودند.

در این مطالعه افراد با توده بدنی کمتر از $18/5$ در میان کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی وجود نداشت. میانگین و انحراف معیار توده بدنی در کلیه واحدهای مورد پژوهش ($25/70 \pm 3$) بود. بیشترین میانگین توده بدنی مربوط به کارکنان بخش اداری ($26/99 \pm 4/47$) و کمترین مربوط به کارکنان بخش درمان ($24/37 \pm 3/48$) بود (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار توده بدنی واحدهای مورد پژوهش

محل خدمت (تعداد)	توده بدنی
بهداشت (۶۹)	$26/13 \pm 3/37$
درمان (۸۸)	$24/37 \pm 3/48$
اداری (۲۳)	$26/99 \pm 4/47$
کل (۱۸۰)	$25/38 \pm 3/70$

همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی با زير گروه های توده بدنی در جدول ۲ نشان داده شده است. $46/7$ درصد (۸۴ نفر) با توده بدنی نرمال $45/6$ درصد (۸۲ نفر) نیز با توده بدنی اضافه وزن و $7/8$ درصد (۱۴ نفر) هم با توده بدنی چاق قرار داشتند. هر یک از متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل سن، نوع شغل، جنس، وضعیت

مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴) نمره دهی می شود. محدوده ی نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بین ۲۰۸-۵۲ است. برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است و نمره بیشتر بیانگر برخورداری بودن از سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت می باشد. همچنین ابزار مربوطه در برگیرنده شش زیر حیطه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل، مسئولیت پذیری سلامت (۹ سوال)، فعالیت فیزیکی (۸ سوال)، تغذیه (۹ سوال)، رشد معنوی (۹ سوال) روابط بین فردی (۹ سوال) و مدیریت تنش (۸ سوال) می باشد. میانگین ها برای هر حیطه به صورت جداگانه و به صورت کلی برای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مورد سنجش قرار گرفت. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف نیز مورد سنجش قرار گرفته است چنانچه که در مطالعه داخلی نوروزی نیا و همکاران (۱۷) در سال ۱۳۹۲ میزان پایایی آن (ضریب آلفای کرونباخ) $0/92$ و برای ۶ زیر مجموعه آن (۸۲ تا ۷۲ درصد) محاسبه گردیده است. در مطالعه حاضر برای اندازه گیری مقدار پایایی ابزار از روش های همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد که برابر با $0/93$ بدست آمد که این میزان پایایی برای پرسشنامه در حد بسیار مطلوب بود. برای ۶ زیر مجموعه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نیز به روش مشابه پایایی سنجیده شد که به ترتیب مقدار آلفای کرونباخ برای مسئولیت پذیری سلامت $0/77$ ، فعالیت های فیزیکی برابر $0/84$ ، تغذیه برابر $0/75$ ، رشد معنوی برابر $0/83$ ، ارتباطات بین فردی برابر $0/77$ و مدیریت تنش برابر با $0/79$ که در مجموع میزان پایایی در حد خوب تا بسیار مطلوب به دست آمد. پژوهشگر پس از کسب اجازه از مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان و ریاست محترم بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سقز پس از مراجعه به بیمارستان امام خمینی (ره) و مراکز بهداشتی و درمانی در سطح شهر (۸ مرکز بهداشتی درمانی) مربوطه و معرفی خود به واحدهای پژوهش و هدف از مطالعه و اطمینان از اینکه اطلاعات افراد محرمانه باقی خواهند ماند و با رضایت کامل کارکنان و "نیمرخ سبک زندگی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پروفایل ۲" همزمان توسط دو پرسشگر در میان کارکنان بهداشتی (مراکز بهداشتی و درمانی ۶۹ نفر)، درمانی (پرستاران بیمارستان ۸۸ نفر) و بخش اداری (۲۳ نفر) توزیع گردید. توده بدنی شرکت کنندگان نیز با استفاده از ترازوی استاندارد و متر استاندارد اندازه گیری و از تقسیم وزن به توان دوم قد (kg/m^2) محاسبه شد. سپس افراد برحسب شاخص توده بدنی در سه گروه لاغر ($\text{BMI} < 18/5$) طبیعی ($18/5 < \text{BMI} < 24/9$) دارای اضافه وزن ($24/9 < \text{BMI} < 25$) و چاق ($\text{BMI} \geq 30$) قرار گرفتند. پس از جمع آوری داده ها، روش

تاهل، سطح تحصیلات و مدت زمان اشتغال با توده بدنی رابطه معنی داری وجود داشت (جدول ۲).

با افزایش سن، افراد دارای اضافه وزن و چاقی بیشتر بودند، بطوریکه از لحاظ آماری همبستگی معنی دار وجود داشت ($P < 0.001$). بین نوع شغل افراد مورد مطالعه و توده بدنی همبستگی معنی دار وجود داشت به گونه ای که ۵۰/۷ درصد (۳۵ نفر) از افراد شاغل در گروه بهداشت و ۵۲/۲ درصد (۱۲ نفر)

هم در گروه اداری دارای اضافه وزن و ۲۱/۷ درصد (۵ نفر) هم در گروه اداری بیشترین افراد با توده بدنی چاق را به خود اختصاص داده بود. بین جنسیت و توده بدنی نیز همبستگی معنی داری وجود داشت ($P < 0.014$). بطوری که بیش از نیمی از مردان، ۵۷/۵ درصد (۴۶ نفر) دارای اضافه وزن بودند در حالیکه ۱۰/۰ درصد (۱۰ نفر) از زنان در مقایسه با مردان ۵/۰ درصد (۴ نفر) نیز با توده بدنی بیشتر از ۳۰ قرار داشتند.

جدول ۲: فراوانی و درصد زیر گروه های توده بدنی و همبستگی آن ها با برخی مشخصات جمعیت شناختی (از آزمون دقیق فیشر استفاده شده است).

مشخصات جمعیت شناختی	BMI < ۲۵ تعداد (درصد)	۲۹/۹ < BMI < ۲۵ تعداد (درصد)	BMI > ۳۰ تعداد (درصد)	p-value
سن				
کمتر از ۲۹ سال	۳۸ (۷۶/۰)	۱۲ (۲۴/۰)	۰ (۰/۰)	* ۰/۰۰۱
۲۹ تا ۳۵ سال	۱۸ (۴۳/۹)	۱۹ (۴۶/۳)	۴ (۹/۸)	
۳۵ سال به بالا	۲۸ (۳۱/۵)	۵۱ (۵۷/۳)	۱۰ (۱۱/۲)	
جمع کل	۸۴ (۴۶/۷)	۸۲ (۴۵/۶)	۱۴ (۷/۸)	
شغل				
بهداشت (۶۹ نفر)	۲۸ (۴۰/۶)	۳۵ (۵۰/۷)	۶ (۸/۷)	* ۰/۰۰۸
درمان (۸۸ نفر)	۵۰ (۵۶/۸)	۳۵ (۳۹/۸)	۳ (۳/۴)	
اداری (۲۱ نفر)	۶ (۲۶/۱)	۱۲ (۵۲/۲)	۵ (۲۱/۷)	
جنس				
مرد (۸۰ نفر)	۳۰ (۳۷/۵)	۴۶ (۵۷/۵)	۴ (۵/۰)	* ۰/۰۱۴
زن (۱۰۰ نفر)	۵۴ (۵۴/۰)	۳۶ (۳۶/۰)	۱۰ (۱۰/۰)	
وضعیت تاهل				
متاهل (۱۳۱ نفر)	۵۰ (۳۸/۲)	۶۸ (۵۱/۹)	۱۳ (۹/۹)	* ۰/۰۰۱
مجرد (۴۹ نفر)	۳۴ (۶۹/۴)	۱۴ (۲۸/۶)	۱ (۲)	
سطح تحصیلات				
دانشگاهی (۱۳۹ نفر)	۷۱ (۵۱/۱)	۶۱ (۴۳/۹)	۷ (۵/۰)	* ۰/۰۱۲
غیر دانشگاهی (۴۱ نفر)	۱۳ (۳۱/۷)	۲۱ (۵۱/۲)	۷ (۱۷/۱)	
وضعیت استخدام				
رسمی (۷۴ نفر)	۲۸ (۳۷/۸)	۳۷ (۵۰/۰)	۹ (۱۲/۲)	۰/۱۱۱
پیمانی (۴۲ نفر)	۱۹ (۴۵/۲)	۲۱ (۵۰/۰)	۲ (۴/۸)	
قراردادی (۶۴ نفر)	۳۷ (۵۷/۸)	۲۴ (۳۷/۵)	۳ (۴/۷)	
مدت زمان اشتغال				
کمتر از ۱۰ سال	۴۹ (۶۲/۸)	۲۸ (۳۵/۹)	۱ (۱/۳)	* ۰/۰۰۱
۱۰ تا ۲۰ سال	۱۶ (۴۲/۱)	۱۹ (۵۰/۰)	۳ (۷/۹)	
بالای ۲۰ سال	۱۹ (۲۹/۷)	۳۵ (۵۴/۷)	۱۰ (۱۵/۶)	

بین وضعیت تاهل و توده بدنی نیز همبستگی معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$). بطوریکه افراد متاهل، ۵۱/۹ درصد (۶۸ نفر) و ۹/۹ درصد (۱۳ نفر) از آنها بیشترین افراد گروه با توده بدنی اضافه وزن و بیشتر از ۳۰ را به خود اختصاص داده بودند.

سطح تحصیلات با توده بدنی نیز همبستگی معنی داری داشت ($P < 0.05$) به طوریکه ۵۱/۲ درصد (۲۱ نفر) از افراد دارای

تحصیلات غیر دانشگاهی دارای اضافه وزن و ۱۷/۱ درصد (۷ نفر) دارای توده بدنی بیشتر از ۳۰ قرار داشتند.

وضعیت استخدامی همبستگی معنی داری با توده بدنی نداشت ($P > 0.05$). هر چند که ۵۰/۰ درصد (۳۷ نفر) از افرادی که وضعیت استخدامی آنها به صورت رسمی و ۵۰/۰ درصد (۲۱ نفر) پیمانی بودند، در گروه دارای توده بدنی اضافه وزن قرار داشتند و

افرادی که وضعیت استخدامی آنها به صورت رسمی بود، ۱۲/۲ درصد (۹ نفر) با توده بدنی بیشتر از ۳۰ بودند.

مدت زمان اشتغال همبستگی معنی داری با توده بدنی داشت ($P < 0.05$)، به طوریکه که با افزایش مدت زمان اشتغال از تعداد افراد دارای توده بدنی نرمال (۲۹/۷ درصد) کاسته و به تعداد افراد دارای اضافه وزن ۳۵ نفر (۵۴/۷ درصد) و چاق ۱۰ نفر (۱۵/۶ درصد) افزوده شده است.

افراد شاغل در گروه بهداشت با توده بدنی نرمال دارای بیشترین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (3.0 ± 0.55) و افراد دارای توده بدنی اضافه وزن و چاق نیز به ترتیب دارای کمترین نمره بودند، اما از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$). در گروه درمان

نیز افراد دارای توده بدنی نرمال دارای بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (2.65 ± 0.44) و افراد دارای توده بدنی اضافه وزن و چاق به ترتیب دارای کمترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بودند که از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($P < 0.05$). با استفاده از آزمون تعقیبی توکی این معنی داری مربوط به دو گروه دارای توده بدنی نرمال با گروه توده بدنی چاق بود. در افراد گروه اداری بر خلاف سایر زیر گروه های توده بدنی، افراد دارای توده بدنی بیشتر از ۳۰، بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را به خود اختصاص داده بودند (2.68 ± 0.26) و بعد از آن افراد دارای توده بدنی اضافه وزن و نرمال بودند اما از لحاظ آماری نیز معنی دار نبود ($P > 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زیر گروه های توده بدنی و به تفکیک محل خدمت

محل خدمت	BMI < 25 میانگین (انحراف معیار)	25 < BMI < 29.9 میانگین (انحراف معیار)	BMI > 30 میانگین (انحراف معیار)	p-value
بهداشت	3.0 ± 0.55	2.72 ± 0.46	2.70 ± 0.32	0.074
درمان	2.65 ± 0.44	2.56 ± 0.44	1.98 ± 0.12	*0.034
اداری	2.39 ± 0.40	2.58 ± 0.40	2.68 ± 0.26	0.438

* بر اساس آزمون ANOVA و معنی داری در سطح ۰/۰۵

بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به گروه توده بدنی نرمال و کمترین نمره نیز مربوط به افراد دارای توده بدنی چاق بود (1.99 ± 0.53) اما از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$). بیشترین نمره حیطه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به تغذیه، رشد معنوی و روابط بین فردی و کمترین نمره نیز مربوط به فعالیت فیزیکی بود که در هیچکدام از زیر گروه های توده بدنی همبستگی معنی داری مابین حیطه ها دیده نشد ($P > 0.05$). نمرات حیطه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد دارای توده بدنی نرمال به جز حیطه مسئولیت پذیری نسبت به دو گروه دارای اضافه وزن و چاق بیشتر بود و همینطور این بیشتر بودن نمرات حیطه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد دارای توده بدنی اضافه وزن نسبت به افراد دارای توده بدنی چاق نیز دیده شد، اما مابین سه گروه توده بدنی، همبستگی معنی داری دیده نشد. در افراد با توده بدنی نرمال (3.0 ± 0.62) و چاق (2.74 ± 0.62) بیشترین نمره مربوط

به حیطه رشد معنوی و در افراد دارای توده بدنی اضافه وزن هم بیشترین نمره مربوط به حیطه تغذیه (2.96 ± 0.55) بود. کمترین نمره حیطه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز مربوط به حیطه فعالیت فیزیکی، که در افراد با توده بدنی چاق (1.99 ± 0.53) بود (جدول ۴).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار زیر حیطه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با زیر گروه های توده بدنی

طبقه بندی	BMI < ۲۵ میانگین (انحراف معیار)	۲۵ < BMI < ۲۹/۹ میانگین (انحراف معیار)	BMI > ۳۰ میانگین (انحراف معیار)	جمع کل میانگین (انحراف معیار)	P-value
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۲/۷۵±۰/۵۱	۲/۶۳±۰/۴۵	۲/۵۴±۰/۳۹	۲/۶۸±۰/۴۸	۰/۱۴۲
مسئولیت پذیری سلامتی	۲/۴۸±۰/۵۳	۲/۵۳±۰/۴۳	۲/۵۳±۰/۴۳	۲/۵۵±۰/۶۴	۰/۳۵۵
فعالیت فیزیکی	۲/۲۵±۰/۶۹	۲/۱۴±۰/۶۹	۱/۹۹±۰/۵۳	۲/۱۸±۰/۶۸	۰/۳۲۰
تغذیه	۲/۹۶±۰/۵۷	۲/۹۶±۰/۵۵	۲/۷۱±۰/۳۲	۲/۹۴±۰/۵۵	۰/۲۶۶
رشد معنوی	۳/۰±۰/۶۲	۲/۸۶±۰/۵۲	۲/۷۴±۰/۶۲	۲/۹۳±۰/۵۸	۰/۰۸۶
روابط بین فردی	۲/۸۹±۰/۵۵	۲/۷۶±۰/۴۹	۲/۷۳±۰/۶۰	۲/۸۲±۰/۵۳	۰/۲۰۸
مدیریت تنش	۲/۶۸±۰/۶۳	۲/۵۲±۰/۵۴	۲/۴۵±۰/۵۹	۲/۵۹±۰/۵۹	۰/۱۳۹

بر اساس آزمون ANOVA و معنی داری در سطح ۰/۰۵

بحث

هدف این مطالعه تعیین همبستگی توده بدنی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سقز بود. یافته ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار توده بدنی در واحدهای مورد پژوهش ۲۵/۳۸ و مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۲/۶۸±۰/۴۸ بود. در میان واحدهای مورد پژوهش تنها کارکنان بخش درمان دارای میانگین توده بدنی نرمال (۲۴/۳۷) بودند. در زیر گروه های توده بدنی همبستگی معنی داری با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دیده نشد هر چند که افراد دارای توده بدنی نرمال نسبت به افراد دارای توده بدنی اضافه وزن و چاق، مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان آنها بیشتر بود اما از لحاظ آماری معنی دار نبود.

در مطالعه حاضر مابین زیر گروه های توده بدنی با مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی معنی داری دیده نشد که در مقایسه با یافته های مطالعه Al-Kandari و همکاران (۱۱) که در آن زیر گروه های توده بدنی با مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی معنی داری داشت، غیر همسو می باشد و با یافته های مطالعه Hui (۱۸)، Huang و همکاران (۱۲) که توده بدنی با نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی معنی داری نداشت همسو می باشد. این تفاوتها می تواند ناشی از شرایط سنی، محیط انجام مطالعه و یا شغل واحدهای مورد پژوهش باشد. همچنین یافته ها حاکی از آن بود که هیچکدام از زیر گروه های توده بدنی با حیطه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی معنی داری ندارد. در حالیکه در مطالعه Al-Kandari و همکاران زیر گروه های

توده بدنی تنها با حیطه مسئولیت پذیری همبستگی معنی داری داشت و در سایر حیطه ها یافته های مطالعه حاضر با آن همسو میباشد (۱۱). یافته های حاضر نشان داد بیشترین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان افراد با توده بدنی نرمال دیده شد در حالی که در مطالعه Al-Kandari و همکاران بیشترین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به افراد دارای توده بدنی اضافه وزن بود. این تفاوت می تواند ناشی از این باشد که مطالعه حاضر در میان افرادی که در حیطه بهداشت و درمان مشغول به کار بودند، صورت گرفته است. از آنجائی که این افراد با انواع بیماریها و عوارض آن مواجهه شده اند، باعث ایجاد حساسیت درک شده در آنها نسبت به بیماریها شده و سعی در حفظ توده بدنی نرمال و داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نموده اند که این حساسیت درک شده بیشتر در میان افراد شاغل در گروه درمان دیده می شود. هر چند که بیشترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به افراد شاغل در گروه بهداشت می باشد، اما این می تواند ناشی از دانش آنها با واژه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و یا کار در زمینه ارتقاء سلامت و پیشگیری باعث ایجاد نمرات بیشتر در این گروه شغلی شده است. در مطالعه Huang و همکاران (۱۲) نیز کمترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز مربوط به افراد چاق بود که با مطالعه حاضر همسو می باشد. می تواند بیانگر این باشد که افراد دارای توده بدنی چاق در اغلب حیطه های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دارای نمرات کمتری بوده و این امر با توده بدنی آنها همبستگی دارد.

مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان بهداشتی و درمانی در سطح متوسط به بالا می باشد

باشد. شاغل بودن زنان باعث ایجاد تحرک بیشتر در آنان شده و این خود می تواند یکی از دلایل داشتن توده بدنی نرمال در میان آنان باشد. با افزایش سطح تحصیلات نیز افراد از دانش بیشتر برای انتخاب رژیم غذایی مناسب تر و دانش عوارض چاقی در آنها منجر به داشتن توده بدنی نرمال تری نسبت به سایر افراد با تحصیلات کمتر می شود که نتایج مطالعه حاضر در این زمینه با سایر مطالعات همسو می باشد (۲۲-۲۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که توده بدنی به طور معناداری با وضعیت تأهل مرتبط بود، به طوری که افراد متأهل به طور متوسط توده بدنی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند. این نتیجه مشابه نتایج بدست آمده از مطالعات دیگر است (۲۷، ۲۸). این یافته می تواند ناشی از تغییر سبک زندگی در زندگی زناشویی، عدم اختصاص دادن وقت کافی به فعالیت های بدنی و تغییرات هورمونی در خانم ها باشد.

نتیجه گیری نهایی

یافته های این مطالعه نشان داد که افراد دارای توده بدنی نرمال دارای نمرات بیشتر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت هستند با اینکه بیش از نیمی از افراد شاغل در گروه بهداشت و اداری دارای توده بدنی اضافه وزن بودند می تواند یک خطر برای افراد شاغل در این محیط های ارتقاء دهنده سلامت باشد. چرا که محیط های همچون بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی خود بایستی الگویی برای سایر افراد جامعه از لحاظ اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و دارا بودن توده بدنی مناسب باشند.

محدودیت های این مطالعه شامل تعداد کم نمونه در بخش کارکنان اداری، عدم شرکت نمودن سایر کارکنان بخشهای بیمارستان از قبیل آزمایشگاه، رادیولوژی، ماماها و پزشکان بود. با توجه به اهمیت موضوع توصیه می شود که مطالعات دیگر با تعداد نمونه بیشتر و در کارکنان سایر محیط های کاری دیگر انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود با توجه به یافته های بدست آمده در بیمارستانها و مراکز مراقبت های بهداشتی درمانی، هر ساله رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت این افراد مورد پایش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از بخشی نتایج طرح تحقیقاتی مصوب با شماره ۵۱۳ در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. از کلیه کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان سقز که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می شود.

در حالیکه با میانگین توده بدنی افراد ۲۵/۳۸ هم راستا نمی باشد، خصوصا در حیطه هایی مانند فعالیت فیزیکی، مسئولیت پذیری سلامتی و مدیریت تنش کمترین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دیده می شود. در مطالعه Huang و همکاران (۱۲) نیز کمترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت که در مشاغل مختلف انجام شده بود مربوط به سه حیطه مربوط بود که نتایج مطالعه حاضر با آن همسو می باشد. این یافته ها حاکی از این است برای داشتن سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بایستی کلیه حیطه را مدنظر قرار داد و در مطالعات مربوط در میان افراد شاغل پرداختن به سه حیطه ذکر شده مستلزم فراهم بودن شرایط محیط کاری و عوامل فردی است. همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته های مطالعاتی که به بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان پرستاران پرداخته بود و کمترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در آن مطالعات مربوط به سه حیطه فعالیت فیزیکی، مدیریت تنش و مسئولیت پذیری سلامتی بود همسو می باشد (۱۹-۲۱). دلایلی از قبیل عدم توجه افراد به نقش این حیطه در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و حفظ وزن مناسب خصوصا فعالیت فیزیکی، نبود وقت کافی در میان کارکنان برای انجام فعالیت های فیزیکی و عدم توجه سازمان مربوطه به سلامت کارکنان و داشتن کارکنان سالم و نبود فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت در میان کارکنان بهداشتی و درمانی می تواند در بروز چنین حالتی نقش داشته باشد.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل سن، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و مدت زمان اشتغال همبستگی معنی داری در میان زیر گروه های توده بدنی دارد که با یافته های مطالعات دیگر همسو می باشد (۱۱، ۲۲-۲۴). عوامل ذکر شده می تواند در داشتن سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نقش مهمی داشته باشد چرا که افراد کم سن، شاغل بودن در مراکز بهداشتی و درمانی، سطح تحصیلات بالا به اهمیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت واقف هستند. با افزایش سن از تعداد افراد با توده بدنی نرمال کاسته شده و به تعداد افراد دارای اضافه وزن و چاق افزوده شده است که این می تواند بیانگر این باشد با افزایش سن دلایلی از قبیل عدم توانایی کافی برای پرداختن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، عوارض ناشی از شغل در میان کارکنان بهداشتی و درمانی نقش داشته باشد. در این مطالعه توده بدنی نرمال در میان زنان نسبت به مردان بیشتر بود و مردان دارای اضافه وزن بیشتری نسبت به زنان بود که با نتایج مطالعات دیگر غیر همسو می باشد (۲۵، ۲۶) و با نتایج مطالعه Mummery و همکاران همسو می باشد (۲۶). شاغل بودن زنان در مراکز بهداشتی و درمانی و مواجهه شدن آنها با انواع بیماریها در بعضی فرهنگها و محیط ها می تواند در انتخاب سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نقش داشته

References

- 1- Epstein FH, Higgins M. Epidemiology of Obesity. Obesity New York: JB Lippincott Co. 1992:230-342.
- 2- Feinleib M. Epidemiology of obesity in relation to health hazards. Annals of Internal Medicine. 1985;103(6-Part-2):1019-24.
3. Pi-Sunyer FX. Health implications of obesity. The American Journal of Clinical Nutrition. 1991;53(6):1595-603.
- 4- Østbye T, Dement JM, Krause KM. Obesity and workers' compensation: results from the Duke Health and Safety Surveillance System. Archives of Internal Medicine. 2007;167(8):766-73.
- 5- Foreyt JP, Goodrick GK. Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. Annals of Internal Medicine. 1993;119(7-Part-2):698-701.
- 6- Klesges RC, Klesges L, Haddock CK, Eck LH. A longitudinal analysis of the impact of dietary intake and physical activity on weight change in adults. The American Journal of Clinical Nutrition. 1992;55(4):818-22.
- 7- Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. Public Health Nursing. 2005;22(3):209-20.
- 8- Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Frank-Stromborg M. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research. 1990;39(6):326-32.
- 9- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research. 1987;36(2):76-81.
- 10- Finkelstein E, Fiebelkorn IC, Wang G. The costs of obesity among full-time employees. American Journal of Health Promotion. 2005;20(1):45-51.
- 11- Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. Nursing & Health Sciences. 2008;10(1):43-50.
- 12- Huang S-L, Li R-H, Tang F-C. Comparing disparities in the health-promoting lifestyles of Taiwanese workers in various occupations. Industrial Health. 2010;48(3):256-64.
- 13- Khademian Z, Saadat F, S H. [Relationship between Night Work and Nurses' Anthropometric Indices]. Iran Journal of Nursing (IJN). 2012;25 (76): 77-84 (Persian).
- 14- Edrisi MA, Khademloo M, Ghorban AA, et al. [Self Report of health promoting behaviors of nurses working in teaching hospitals]. Journal Mazandaran University Medical Science. 2013;23(105): 52-59 (Persian).
- 15- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA. 1995;273(5):402-7.
- 16- Mo PK, Winnie WM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. Social Indicators Research. 2010;95(3):503-17.

- 17- Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, M K. [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).
- 18- Hui W-HC. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*. 2002;18(2):101-11.
- 19- Hong JF, Sermsri S, Keiwkarnka B. Health-promoting lifestyles of nursing students in Mahidol University: Mahidol University. *Journal of Public Health and Development*. 2007;5(1):27-40.
- 20- Wei C-N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2012;17(3):222-7.
- 21- Kirag N, Ocaktan EM. Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Medical Journal*. 2013;34(10):1062-7.
- 22- Al-Kandari Y. Prevalence of obesity in Kuwait and its relation to sociocultural variables. *Obesity Reviews*. 2006;7(2):147-54.
- 23- Sobal J, Rauschenbach B, Frongillo EA. Marital status changes and body weight changes: a US longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 2003;56 (7):1543-55.
- 24- Wilsgaard T, Jacobsen BK, Arnesen E. Determining lifestyle correlates of body mass index using multilevel analyses: The Tromsø Study, 1979–2001. *American Journal of Epidemiology*. 2005;162(12):1179-88.
- 25- Dastgiri S, Mahdavi R, TuTunchi H, Faramarzi E. Prevalence of obesity, food choices and socio-economic status: A cross-sectional study in the north-west of Iran. *Public Health Nutrition*. 2006;9(08):996-1000.
- 26- Mummery WK, Schofield GM, Steele R, Eakin EG, Brown WJ. Occupational sitting time and overweight and obesity in Australian workers. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;29(2):91-7.
- 27- Farbakhsh F, Shafieezadeh T, Ramezankhani A, Mohammadalizadeh A, Shadnough M. [Association between body mass index (BMI) and sociodemographic factors among Iranian females aged 15-44 years]. *Research in Medicine*. 2007;31(2):133-9 (Persian).
- 28- Hajian-Tilaki K, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20–70 years, in the north of Iran: A population-based study and regression approach. *Obesity Reviews*. 2007;8(1):3-10.