



## بررسی وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان

زاهد رضایی: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران [ZahedRezaei@yahoo.com](mailto:ZahedRezaei@yahoo.com)

ناصح قادری: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
[NasehGhaderi@yahoo.com](mailto:NasehGhaderi@yahoo.com)

الهام نوری: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
[Elham.Nouri@yahoo.com](mailto:Elham.Nouri@yahoo.com)

بیژن نوری: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
[Bejan.Nouri@yahoo.com](mailto:Bejan.Nouri@yahoo.com)

امید صفری: گروه اطفال، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران [omidsafari50@gmail.com](mailto:omidsafari50@gmail.com)  
مرتضی منصوریان: گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
[Mansoorian55@gmail.com](mailto:Mansoorian55@gmail.com)

طاهره پاشایی: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
Email: [pashaeit@gmail.com](mailto:pashaeit@gmail.com) (مؤلف مسؤل)

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مهم‌ترین معیارهای تعیین کننده سلامت، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت است. هدف این مطالعه تعیین وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۴ بود.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی مشارکت ۱۵۲ دختر و ۹۸ پسر از دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شد. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه بندی شده بود. ابزار گردآوری اطلاعات فرم مشخصات و پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت Walker بود. در تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های  $Kruskal-Wallis$ ،  $Mann-Whitney U$  و ضریب همبستگی Spearman استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت  $118/01 \pm 28$  بود که نشان دهنده وضعیت متوسط است. بالاترین نمره کسب شده در زیرگروه رشد معنوی  $27/08 \pm 4/77$  و کمترین نمره در زیرگروه فعالیت جسمانی  $16/06 \pm 4/41$  بود. بین سبک زندگی ارتقاءدهنده با متغیرهای وضعیت تاهل و رشته تحصیلی ارتباط معنی دار وجود داشت. ولی بین میانگین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت کل با متغیرهای جنسیت، تحصیلات و شغل والدین ارتباط معنی دار نبود.

**بحث و نتیجه گیری:** وضعیت سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان متوسط است. بنابراین نیاز به برنامه ریزی‌های دقیق‌تر جهت بهبود وضعیت سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در این دانشجویان ضروریست.

**کلید واژه‌ها:** ارتقا سلامت، سبک زندگی، دانشجو، خوابگاه

مرحله ی جدیدی از زندگی است که با توجه به شرایط خاص خود می تواند منجر به اتخاذ رفتارهای مخاطره آمیز شود و باعث به خطر افتادن سلامتی این قشر حساس و آینده ساز کشور و نیز منجر به افزایش ناتوانی و مرگ و میر در این گروه سنی فعال و با ارزش می شود (۹ و ۱۰). با این وجود بسیاری از عوامل نامطلوب مؤثر بر سلامتی در دوران جوانی اگر زود تشخیص داده شوند و اصلاح شوند، قابل کنترل هستند (۱۱ و ۱۲). مطالعه های انجام شده روی وضعیت سبک زندگی ارتقا دهنده ی سلامتی دانشجویان در ایران نشان می دهد که آن ها در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (۱۳ و ۱۴). از طرف دیگر مطالعه های انجام شده در سایر کشورها نشان داد که تعداد کمی از دانشجویان دارای سبک زندگی سالم و مطلوب هستند (۱۵).

یکی از اهداف تعیین شده سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰، ارتقاء سبک زندگی سالم در افراد جامعه است، بر این اساس، طراحی راهبردهایی که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی مؤثرند (۱۶) و سبک زندگی ناسالم؛ از قبیل فعالیت فیزیکی نامناسب، تغذیه نامطلوب و سوء مصرف مواد را کاهش دهند، ضروری است (۱۷)؛ بنابراین لازم است که در نظام های مراقبت سلامت، همزمان با بررسی بالینی، توجه جدی به رویکردهای رفتاری و عوامل خطر صورت گیرد. با توجه به اهمیت این موضوع و نیز حساسیت و اهمیت جامعه دانشجویان به عنوان درصد قابل توجهی از جمعیت جوان کشور پژوهش حاضر باهدف تعیین وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

کردستان تشکیل داد. بر اساس فرمول کوکران حجم مطلوب مطالعه برابر با ۲۵۰ نفر به دست آمد که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، از دانشجویان ساکن در خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی کردستان در مقاطع کارشناسی و دکترای عمومی از خوابگاه های مسکونی

ارتقاء سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی-اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است (1). مهم ترین عوامل تشکیل دهنده ی سبک زندگی ارتقاء دهنده ی سلامت؛ تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی، خودمراقبتی، سلامت معنوی، تعاملات اجتماعی و مدیریت استرس است (۲).

امروزه به دلیل تغییرات سبک زندگی و ماشینی شدن، بیماری های غیرواگیر به ویژه بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، سوانح و حوادث سیر صعودی دارند (۳ و ۴). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، بیماری های مرتبط با سبک زندگی ۳۸ میلیون (۶۸٪) از مرگ و میرهای دنیا را در سال ۲۰۱۲ به خود اختصاص داده است (۵). سازمان جهانی بهداشت معتقد است که با تغییر و اصلاح سبک زندگی، می توان با بسیاری از عوامل خطر سازی که جزء مهم ترین عوامل مرگ و میر هستند، مقابله کرد (۶).

بررسی های انجام گرفته در سطح دنیا نشان می دهد که افراد در سنین جوانی بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر از قبیل سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، بی تحرکی عادات غذایی ناسالم و ... قرار دارند (۷). و این رفتارها تاثیر زیادی بر بیماری های دوران میانسالی و سالمندی دارد (۸). از طرفی به دلیل قابل تغییر بودن سبک زندگی در این گروه سنی انجام مطالعاتی که بر این گروه سنی متمرکز باشد مهم به نظر می رسد (۷).

بخش قابل توجهی از جمعیت جوان کشور با ورود به دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی زندگی در خوابگاه و دور از خانواده را تجربه می کنند. زندگی خوابگاهی ورود به

## روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی و توصیفی-تحلیلی در شهر سنندج در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی

دانشگاه نمونه‌ها انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، اشتغال به تحصیل در زمان انجام پژوهش، نداشتن بیماری خاص در زمان مطالعه و تمایل دانشجویان برای شرکت در مطالعه و معیار خروج عدم تکمیل صحیح و کامل پرسشنامه بود. ابزار جمع‌آورد داده‌ها در این پژوهش، فرم مشخصات اطلاعات دموگرافیکی (سن، جنس، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، میزان تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین و میزان درآمد والدین) و متن ترجمه‌شده پرسشنامه استاندارد ۵۲ سوالی health promoting life style (HPLP II) بود. این پرسشنامه بر اساس الگوی ارتقا سلامت پندر ساخته شده است و یک ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقاء سلامت فراهم می‌کند (۱۸). به این ترتیب که فراوانی به‌کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در شش بعد (مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت استرس روابط بین فردی) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه حاوی ۵۲ سؤال است و نمره‌گذاری آن به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳) و همیشه (۴) می‌باشد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین ۲۰۸-۵۲ است و

برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. روایی و پایایی نسخه فارسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی نیز توسط محمدی زیدی و همکاران در ایران کسب شده و روایی محتوایی مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن برای حیطه‌های رشد روحی ۰/۶۴، برای مسئولیت‌پذیری بهداشتی ۰/۸۶، برای ارتباطات بین فردی ۰/۷۵، برای مدیریت استرس ۰/۹۱، برای فعالیت بدنی ۰/۷۹، برای تغذیه ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۹). همچنین والکر و همکاران پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (۲۰). قبل از آغاز نمونه‌گیری مجوزهای لازم از نهادهای مربوطه اخذ شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها، به صورت حضوری به دانشجویان مراجعه و پس از بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان از اینکه اطلاعات افراد محرمانه خواهد ماند و با رضایت کامل دانشجویان، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، جدول و نمودار) و آمار استنباطی (کولموگروف اسمیرنوف، همبستگی اسپیرمن، من-ویتنی و کروسکال والیس) استفاده شد.

#### یافته‌ها

نتایج تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی نشان داد که از ۲۵۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه، ۹۸ نفر (۳۹/۲۰ درصد) از آزمودنی‌ها مذکر و ۱۵۲ نفر (۶۰/۸۰ درصد) نیز مؤنث بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $22/46 \pm 2/77$  و  $9/20$  درصد متاهل و بقیه مجرد بودند.

در جدول شماره ۱ محدوده‌ی امکان‌پذیر، محدوده‌ی مشاهده‌شده، میانگین و انحراف به معیار رفتار ارتقاء دهنده

ی سلامت در هر زیرگروه و نمره کل آمده است. میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت  $1134/28 \pm 18/01$  از کل ۲۰۸ نمره بود. بالاترین نمره در زیرگروه رشد معنوی با نمره  $27/08 \pm 4/77$  و کم‌ترین نمره در زیرگروه فعالیت جسمانی با نمره  $16/06 \pm 4/41$  بود.

جدول ۱. محدوده‌ها، میانگین و انحراف به معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی کلی و زیر مقیاس‌های آن.

| نام متغیر                                  | محدوده‌ی امکان‌پذیر | محدوده‌ی مشاهده‌شده | میانگین و انحراف به معیار |
|--|---------------------|---------------------|---------------------------|
| مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت‌خود            | ۹-۳۶                | ۱۱-۳۶               | ۲۱/۸۹±۴/۵۶                |
| فعالیت جسمانی                              | ۸-۳۲                | ۸-۳۰                | ۱۶/۰۶±۴/۴۱                |
| وضعیت تغذیه                                | ۹-۳۶                | ۱۲-۳۶               | ۲۲/۸۸±۴/۰۵                |
| رشد روحی                                   | ۹-۳۶                | ۱۵-۳۶               | ۲۷/۰۸±۴/۷۷                |
| روابط بین فردی                             | ۹-۳۶                | ۱۶-۳۶               | ۲۶/۷۰±۴/۳۱                |
| مدیریت استرس                               | ۸-۳۲                | ۱۰-۳۲               | ۱۹/۶۵±۴/۱۶                |
| سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت (نمره‌ی کل) | ۵۲-۲۰۸              | ۹۴-۱۹۰              | ۱۳۴/۲۸±۱۸/۰۱              |

وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت دانشجویان در ۳ طبقه ضعیف، متوسط و خوب به تفکیک جنس در جدول ۲ آمده است. براساس یافته‌های مطالعه، ۵/۲ درصد (۱۳ نفر) از دانشجویان از نظر سبک زندگی ارتقاء دهنده

سلامت در وضعیت ضعیف قرار داشتند، ۸۲ درصد (۲۰۵ نفر) از دانشجویان در وضعیت متوسط و تنها ۱۲/۸ (۳۲ نفر) درصد از دانشجویان در وضعیت خوب به سر می‌بردند.

جدول ۲. وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان به‌طور کلی و زیر مقیاس‌های آن به تفکیک جنسیت

| زیرگروه وضعیت سلامتی | فعالیت جسمانی | مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت خود | تغذیه | رشد معنوی | روابط بین فردی | مدیریت استرس | سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت |
|----------------------|---------------|---------------------------------|-------|-----------|----------------|--------------|------------------------------|
| ضعیف (درصد)          |               |                                 |       |           |                |              |                              |
| دختر                 | ۶۲/۵          | ۳۰/۳                            | ۹/۹   | ۲/۶       | ۰/۷            | ۲۴/۳         | ۴/۶                          |
| پسر                  | ۵۵/۱          | ۱۸/۴                            | ۲۱/۴  | ۶/۱       | ۶/۱            | ۲۴/۵         | ۶/۱                          |
| کل                   | ۵۹/۶          | ۲۵/۶                            | ۱۴/۴  | ۴         | ۲/۸            | ۲۴/۴         | ۵/۲                          |
| متوسط (درصد)         |               |                                 |       |           |                |              |                              |
| دختر                 | ۳۲/۹          | ۵۲                              | ۷۱/۱  | ۴۰/۸      | ۴۴/۷           | ۵۵/۳         | ۸۴/۲                         |
| پسر                  | ۳۳/۷          | ۶۷/۳                            | ۶۲/۲  | ۳۶/۷      | ۴۳/۹           | ۵۹/۲         | ۷۸/۶                         |
| کل                   | ۳۳/۲          | ۵۸                              | ۶۶/۸  | ۳۹/۲      | ۴۴/۴           | ۵۶/۸         | ۸۲                           |
| خوب (درصد)           |               |                                 |       |           |                |              |                              |
| دختر                 | ۴/۶           | ۱۷/۸                            | ۱۹/۱  | ۵۶/۶      | ۵۴/۶           | ۲۰/۴         | ۱۱/۲                         |
| پسر                  | ۱۱/۲          | ۱۴/۳                            | ۱۸/۴  | ۵۷/۱      | ۵۰             | ۱۶/۳         | ۱۵/۳                         |
| کل                   | ۷/۲           | ۱۶/۴                            | ۱۸/۸  | ۵۶/۸      | ۵۲/۸           | ۱۸/۸         | ۱۲/۸                         |

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره کل و ابعاد مختلف رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان برحسب جنس و تأهل.

| مستولی<br>ت پذیر<br>ی در<br>مورد<br>سلامت<br>خود | P      | وضعیت<br>تغذیه | P     | P    | روابط بین<br>فردی | P     | سبک زندگی<br>(نمره کل) | P     |
|--|--------|----------------|-------|------|-------------------|-------|------------------------|-------|
|  |        |                |       |      |                   |       |                        |       |
| دختر   | ۰/۲۹   | ۲۳/۲۸±۳/۶۶     | ۰/۰۳  | ۰/۵۸ | ۲۷/۰۱±۴/۲۰        | ۰/۳۰۵ | ۱۳۴/۴۳±۱۷/۹۷           | ۰/۹۵  |
| ۲۱/۷   |        |                |       |      |                   |       | ۱۳۴/۰۴±۱۸/۱۶           |       |
| پسر  | ۲±۴/۱۹ | ۲۲/۲۶±۴/۵۴     |       |      | ۲۶/۲۱±۴/۴۵        |       |                        |       |
| ۲۲/۳   |        |                |       |      |                   |       |                        |       |
| متأهل  | ±۴/۷۳  | ۲۵/۱۳±۴/۱۱     | ۰/۰۰۸ | ۰/۰۱ | ۲۸/۷۸±۴/۳۷        | ۰/۰۱۷ | ۱۴۷/۲۶±۱۹/۹۸           | ۰/۰۰۱ |
| ۲۵/۹۵  |        |                |       |      |                   |       | ۱۳۲/۹۶±۱۷/۳۱           |       |
| مجرد   | ±۴/۳۵  | ۲۲/۶۵±۳/۹۸     |       |      | ۲۶/۴۸±۴/۲۶        |       |                        |       |
| ۲۱/۴۸  |        |                |       |      |                   |       |                        |       |

همچنین میانگین نمره کل سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت برحسب دانشکده محل تحصیل تفاوت داشت اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ( $P>0/05$ ). همچنین بعد فعالیت جسمانی در میان دانشجویان دانشکده پزشکی کم‌ترین نمره و در میان دانشجویان دانشکده بهداشت بیشترین نمره را داشت.

بین نمره کلی سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت برحسب سطح تحصیلات والدین تفاوت معناداری وجود نداشت اما دانشجویانی که مادرشان دارای تحصیلات دانشگاهی بود نمره‌ی کلی سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت و همچنین نمره تمامی زیرگروه‌های آن بالاتر بود.

نمره‌ی کلی سبک زندگی و زیرگروه‌های آن برحسب درآمد خانوار به‌طور کلی در دانشجویانی که از نظر درآمد در زیرگروه عالی قرار داشتند وضعیت بهتری داشت و این تفاوت نیز در زیرگروه مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت خود از نظر آماری معنادار بود.

میانگین نمره حیطة فعالیت جسمانی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت خود و رشد معنوی در جنس مذکر بیشتر بود اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ( $P>0/05$ ). همچنین میانگین نمره وضعیت تغذیه، روابط بین فردی، مدیریت استرس و نمره‌ی رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت کلی در جنس مؤنث بیشتر بود ولی تفاوت فقط در بعد تغذیه از نظر آماری معنادار بود. همچنین میانگین نمره‌ی رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت کلی و تمام زیرگروه‌های آن در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود که این تفاوت‌ها از نظر آماری هم معنادار بود ( $P<0/05$ ). (جدول ۳).

برای بررسی رابطه‌ی بین سن و نمره کل سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت از روش تحلیل همبستگی اسپیرمن استفاده شد. نتیجه تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سن و سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

#### بحث

به‌دست‌آمده به‌طور واضحی کمتر از مطالعه منصوریان و همکاران (۲۱) است که در آن ۲۴٪ از دانشجویان سطح

میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان ۱۳۴ از نمره کلی ۲۰۸ بود میزان سبک زندگی ضعیف

سبک زندگی ضعیفی داشتند. با این وجود نیاز به برنامه‌ریزی دقیق‌تر جهت بهبود وضعیت حاضر دانشجویان می‌باشد. در مطالعات انجام شده در کشور ایران نیز دانشجویان از نظر وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامتی در وضعیت متوسطی قرار داشتند که مطالعه حاضر را تأیید می‌کند (۱۳، ۲۲، ۲۳). همچنین مطالعه انجام شده در ترکیه نیز نشان داد که نمره کلی بیشتر دانشجویان در سطح متوسطی قرار دارد که موید نتایج مطالعه حاضر است (۲۴).

در مطالعه‌ای که در کشور هند انجام شد میانگین نمره‌ی رفتارهای ارتقاءدهنده‌ی سلامت دانشجویان ۱۳۸ گزارش شد. اگرچه نمره گزارش شده بیشتر از نمره به دست آمده در مطالعه حاضر است، ولی باز نشان دهنده‌ی این مطلب است که اکثر دانشجویان از نظر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در وضعیت متوسط قرار دارند (۲۵). این مطالعه نیز نتیجه مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. در مطالعه‌ی دیگری که در هنگ‌کنگ انجام شد میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دانشجویان ۱۱۶ گزارش شد. این یافته هم نشان دهنده‌ی وضعیت متوسط است (۲۶) و با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوان است.

یافته‌ها نشان داد که در ابعاد مختلف رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بالاترین نمره کسب شده در زیر گروه رشد معنوی و کمترین آن در زیرگروه فعالیت فیزیکی بوده است. مرور مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که در پژوهش‌های مشابه نیز نتایجی همسان با مطالعه حاضر به دست آمده است (۱۳، ۲۳ و ۳۱-۲۷) اما در مطالعه وی و همکاران در سال ۲۰۱۲ بیشترین میانگین نمره به روابط بین فردی و کمترین میانگین نمره ابتدا به احساس مسئولیت در برابرسلامت و سپس به فعالیت بدنی تعلق گرفت (۳۲). شاید حاکم بودن ارزش‌های اسلامی و توجه به مسائل معنوی دلیل بالاتر بودن نمره رشد معنوی در جامعه ما باشد. معنویت به افراد امکان می‌دهد در زندگی معنی و مفهوم واحدی را پیدا کرده به نیرویی برتر اعتقاد داشته باشند. سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر سلامت روانی و جسمی داشته باشد (۳۳).

در این مطالعه در کل ۵۰/۹ درصد دانشجویان از نظر فعالیت فیزیکی در وضعیت ضعیفی قرار داشتند که در دختران

سطح فعالیت‌های فیزیکی نیز پایین‌تر از پسران بود. این در حالی است که فعالیت‌های بدنی یکی از مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت است؛ زیرا خطر بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع دو، افسردگی و برخی سرطان‌ها را کاهش می‌دهد (۳۴). به نظر می‌رسد نداشتن فعالیت بدنی مناسب از پیامدهای نسل امروز است که به‌طور مرتب با رایانه و وسایل الکترونیکی نظیر تلفن همراه سرگرم بوده و کمتر سراغ ورزش و فعالیت‌های حرکتی می‌روند، در زندگی روزانه دانشجویان هم ورزش جایگاه خاص خود را پیدا نکرده است و یکی از دلایل بالقوه آنان برای ورزش نکردن برنامه‌های سنگین درسی و نیاز به مطالعه است. در مطالعات دیگری که در کویت، ترکیه و هنگ‌کنگ بر روی دانشجویان صورت گرفته است نیز نتایج مشابهی ذکر گردیده است (۲۴، ۲۶ و ۳۵). به نظر می‌رسد امکانات ورزشی و آزادی عمل بیشتری برای مردان در جامعه فراهم باشد چراکه با توجه به شرایط فرهنگی و محیطی جامعه امکان فعالیت فیزیکی برای زنان کمتر از مردان است و باید با برنامه‌ریزی‌ها و فراهم کردن امکانات بیشتر در جهت افزایش فعالیت‌های فیزیکی و با توجه خاص به جنس مؤنث، به ارتقاء سلامت جامعه زنان به‌عنوان الگویی برای خانواده کمک کرد. همچنین فراهم کردن تسهیلات ورزشی و تفریحی در سطح دانشگاه و برنامه‌ریزی درسی به‌گونه‌ای صورت گیرد که در زمان‌های مناسب ورزش کردن و انجام فعالیت فیزیکی برای دختران فراهم شود.

میانگین نمرات تغذیه و مدیریت استرس در دختران بیشتر از پسران بود و در بعد تغذیه نیز تفاوت معنادار بود. مطالعات متعدد دیگر نیز این موضوع را تأیید می‌کند (۲۳، ۲۷) این مسئله حاکی از آن است که دختران به نوع تغذیه، نظم آن و کنترل رژیم غذایی اهمیت بیشتری می‌دهند و با آگاهی از نحوه پخت به آماده کردن انواع غذاها می‌پردازند. همچنین دختران با احتمال بیشتری روش‌های آرام‌سازی و رفتارهای خودمراقبتی را نسبت به پسران انجام می‌دهند.

همچنین در این مطالعه میانگین نمره مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت خود در پسران بیشتر از دختران بود؛ ولی تفاوت

سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت دانشجویان مورد مطالعه با تحصیلات پدر و مادر ارتباط معناداری را نشان نداد اما با افزایش سطح تحصیلات مادر و تا حدودی پدر، نمره کل سبک زندگی و زیرگروه‌های آن افزایش یافت. در رابطه با افزایش سطح تحصیلات پدر نیز روند خاصی را نشان نداد اما در پدرانی که تحصیلات دبیرستانی داشتند نیز نمره ابعاد سبک زندگی افزایش را نشان داد که احتمالاً به دلیل بیشتر بودن نمونه‌ها در این ی‌رگروه باشد.

نمره کل سبک زندگی دانشجویان مورد مطالعه با رشته تحصیلی، سن، جنس ارتباط معنی‌دارینداشت. مطلق و همکاران در مطالعه خود بر روی دانشجویان علوم پزشکی یزد نیز رابطه معنی‌داری را بین نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و رشته تحصیلی دانشجویان به دست آوردند (۱۳) اما در مطالعه‌های احمدنیا و همکاران (۳۹)، بابانژاد و همکاران (۴۰) ارتباط معنی‌داری بین سبک زندگی و رشته تحصیلی دانشجویان دیده نشد که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه منصوریان و همکاران (۲۱) و سایر مطالعات مشابه نیز سبک زندگی با سن رابطه معنی‌داری نداشت (۲۴، ۲۶، ۳۰، ۴۱). ضمناً اگرچه Suraj و همکاران (۴۲) هم در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری را بین سبک زندگی و سن دانشجویان مشاهده نکردند و از این جهت با مطالعه حاضر همخوانی دارد، این موضوع ممکن است ناشی از همگن بودن سن شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد که اغلب آن‌ها در سنین ۱۸-۲۵ سال بودند. همچنین در مطالعه‌هایی که در مکزیک، آلمان و سوئد انجام شد، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مردان و زنان اختلاف معنی‌داری را نشان داد که متضاد با نتایج این مطالعه بود (۴۳-۴۵)؛ اما در مطالعه Bermark و Peker (۲۴) و سایر مطالعات مشابه ارتباطی بین جنس با نمره کلی سبک زندگی دیده نشد که هم‌راستا با نتایج بامطالعه حاضر بود (۲۴، ۲۶، ۳۰، ۴۱).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به تعداد کم دانشجویان و مشاهده نکردن رفتار واقعی آنان در مورد سبک زندگی سالم اشاره کرد. همچنین مطالعات مقطعی نمی‌

معناداری نداشت در سایر تحقیقات انجام‌گرفته از جمله مطالعه ماهری و همکاران مطلق و همکاران نیز میانگین نمره مسئولیت‌پذیری پسران بیشتر از دختران بود (۲۳ و ۱۳). در تحقیقات دیگری که در کشورهند انجام گردید، باز هم مسئولیت‌پذیری پسران به‌طور معناداری بیشتر از دختران بوده است (۲۵). این نتایج با توجه به فرهنگ حاکم بر جامعه مطابقت دارد که مسئولیت‌های سنگین‌تر روی جنس مذکر است. تنها در مطالعه لاروچ (۳۶) و خزاعی و همکاران (۳۱) مسئولیت دختران در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیشتر بود که بامطالعه ماهمخوانی ندارد.

میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بعد روابط بین فردی دختران بیشتر از پسران بود، یعنی ۰/۱ / ۲۷ در برابر ۲۶/۲۱؛ که از نظر آماری هم اختلاف معناداری نداشت. در مطالعه انجام‌شده در هنگ‌کنگ (۲۶) نمره روابط بین فردی دختران بیشتر از پسران بود که مشابه مطالعه مطلق و همکاران (۱۳) و مطالعه ما بود. در مطالعه کان و همکاران (۳۷) در ترکیه نیز روابط بین فردی دختران بیشتر از پسران بود که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. با این وجود در مطالعه الکندری و همکاران (۳۵) در کویت و ماهری و همکاران (۲۳) نتیجه متضاد دیده‌دست‌آمده بود و روابط بین فردی پسران بهتر از دختران گزارش گردیده بود. روابط بین فردی بیان‌گر وضعیت فرد در زمینه ایجاد و تداوم روابطی است که تأمین‌کننده حمایت اجتماعی و صمیمیت است و یکی از پایدارترین پارامترهای سلامت در مطالعات مختلف است (۳۸).

در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل با نمره کل و ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت به‌جز بعد فعالیت‌های فیزیکی ارتباط معناداری مشاهده شد و وضعیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت افراد متأهل بهتر از افراد مجرد بود؛ بنابراین یکی از عوامل دیگر در بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت وضعیت تأهل است. این نتیجه هم‌راستا با نتایج مطالعه ماهری و همکاران بود (۲۳). هرچند این ارتباط در مطالعه مطلق و همکاران معنی‌دار نبود (۱۳).

دانشجویان علوم پزشکی در سایر دانشجویان و در صورت امکان با مشاهده مستقیم رفتار آنان در طولانی مدت انجام گیرد.

موردمشکلات سلامتی، نیاز به طیفی از اقدامات مانند برنامه‌ریزی‌های مناسب و کاربردی کردن آن‌ها در زمینه رفع موانع، گسترش امکانات و تسهیلات، اجرای مداخلات لازم و تدوین طرح جامعی برای آموزش و تشویق رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت در دانشجویان احساس می‌شود که در دراز مدت هم می‌تواند باعث گسترش این رفتارها به جامعه و بهبود وضعیت بهداشت عمومی گردد.

پژوهش توسط کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و همکاری دانشجویانی که در مطالعه شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌کنند.

توانند علیت و تغییرات رفتارهای مربوط به سبک زندگی را در طول زمان نشان دهند. پیشنهاد می‌شود بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در جامعه بزرگتر و به جز

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از این تحقیق، میانگین نمره کل سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامتی دانشجویان متوسط بود. زیرگروه‌های فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت خود و مدیریت استرس در سطح ضعیف قرار داشتند. بنابراین با توجه به این تغییرات اپیدمیولوژیکی که به تازگی به دلیل تغییر در شرایط و شیوه زندگی مشهود شده و افزایش هزینه و بار بیماری‌های غیرواگیر و صرف شدن بخش قابل ملاحظه‌ای از درآمد خانواده و در نهایت سرمایه کشور در

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ۹۴ / ۱۵۵ است. نویسندگان این مقاله از تامین هزینه این

منابع



1. Organization WH. Ottawa charter for health promotion. 1986.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006.
3. Amani F, Kazemnejad A, Habibi R, Hajizadeh E. Pattern of mortality trend in Iran during 1970-2009. J Gorgan Uni Med Sci. 2011; 12 (4) :85-90
4. Yavari P, Abadi A, Mehrabi Y. Mortality and changing epidemiological trends in Iran during 1979-2001. Quarterly Hakim. 2003; 6 (3):7-14
5. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014.
6. Borhani F, Abszadeh A, Kohan S, Golshan M, Dortajrubary A. Relationship between body mass index and lifestyle among young people in the city of Kerman. Journal of Nursing Research 2007; 2(6): 65-72.
7. Dubois EJ. Assessment of health-promoting factors in college students' lifestyles: Auburn University; 2006.
8. Amirkhani M, Motlagh M, Sedaght M, Namazy R, Ardalan G, Haghdoost A, et al. Health status, risky health behaviors of students based on academic year 2006-7. Isfahan University of Medical Sciences 2008; 7(3):24(Persian).
9. Sells C, Blum R. Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. Am J Public Health 1996; 86(4): 513-9.
10. Rew L, Johnson R, Jenkins S, Torres R. Developing holistic nursing interventions to improve adolescent health. J Holist Nurse 2004; 22(4):298-319.
11. Norton J, Wade F, Hawkins P, Norton J. Health promotion, self-esteem, and weight among female college freshmen. J Health Behavior Educ & Promotion 1994; 18(4): 10-9.
12. Lee A, Wun Y, Chan K. Changing family medicine/general practice morbidity patterns in Hong Kong adults. Hong Kong Practitioner 1997; 19(10): 508-17.
13. Motlagh Z, Mazloomi- Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS) 2011; 13(4): 29-34 (Persian). 2
14. Baradaran Rezaie M, Shirvani M. Stress control status amongst Tabriz medical & non-medical sciences universities students: evidence from the university students life style survey. Journal of Caring Sciences 2006; (5): 54-63. 15
15. Wang D, Ou CQ, Chen M, Duan N. Health promoting lifestyles of university students in mainland China. BMC Public Health 2009; 9: 379. 16
16. Monahan F, Phipps W. Phipps medical-surgical nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2007. 8
17. Parsa S, Soltani R. Maternal and child health. Tehran: Sanjesh publication; 2002.
18. Walker SN, Sechrit KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile; development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987; 36: 76-81.
19. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2012;(Supple 1) 22:103-13. (Persian).
20. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profile II Unpublished

manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of nursing, Lincoln, 1997.

21. Mansorian M, Qorbani M, Solaimani MA, Maoodi R, Rahimi E, Asayesh H. A Survey of lifestyle and its influential Factors among the University Student in Gorgan. *J Jahrom Univ Med Sci* 2009; 7(1):62-71. (Full text in Persian)

22. Jalili Z, Nakhaee N, A. H. Health promoting behavior and psychosocial health of Kerman University of Medical Science. "Persian. Proceedings of the 3rd of health National Congress of collection education and health promotion. Hamadan Univ Med Sci. 2008. (Persian).

23. Agh Babak M, Mohammad-Nabi B, Sadeghi R. The Situation of Health-Promoting Lifestyle among the Students Living in Dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health & Development* 2013; 1(4):275-286.

24. Peker K, Bermark G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul university. *J Dent Educ* 2011; 75(3):413-20.

25. Peltzer K, Pengpid S, Mohan K. Prevalence of health behaviors and their associated factors among a sample of university students in India. *International journal of adolescent Medicine and health*. 2014; 26(4):531-40.

26. Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *J Prof Nurs* 2002; 18(2): 101-11.

27. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health. *Isfahan University of Medical Sciences Iran. J Health Syst Res* 2013; 7(4): 442-8.

28. Baghianimoghadam M, Ehrampoush M, Ardian N, Soltani T. Determine the condition of life and related factors among employees in Yazd. *Journal of occupational Medicine*. 2013; 5 (3):79-87. (Persian).

29. Aubi E, Shadnoush M, Nazarzadeh M, Bidel Z, Ranaei A, Delpisheh A. Translation and assessment of validity and reliability of the health-promoting lifestyle questionnaire, using *Health* 2004, 74:204-206. (Persian).

30. Hosseinejad M, Klantarzadeh M. Lifestyle among Students of Islamic Azad University, Kerman Branch based on the Pender's Health Promotion model. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2014; 1(4):15-28. (Persian).

31. Khazaie T, Khazaie T, Kianfar S, Jamshydizadeh L. Health-promoting behavior factors among students of Birjand university of medical sciences. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. Summer 2015; 3(2): 125-132. (Persian).

32. Wei Ch N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med* 2012; 17:222-227.

33. Abbasian L, Abbasi M, Shamsy E, Memariani Z. Survey of the Spiritual knowledge and its role in disease prevention: a pilot study. *Medical Ethic*. 2010; 4 (14):83-104 (Persian).

34. Ansari W, Stock C, John J, Deeny P, Phillips C, Snelgrove Sh, Adetunji H et al. Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Cent Eur J Public Health* 2011; 19 (4): 197-204.

35. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlaton of the health-promoting lifestyle, enrollment

level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nursing & Health Sciences*. 2007; 9(2):112-9

36. Larouche R. Determinants of college students' health promoting lifestyles. *Clinical excellence for nurse practitioners: the international journal of NPACE*. 1998; 2(1):35-44.

37. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health promoting lifestyles of nursing students in Istanbul, and non Turkey. *Nursing & health Sciences*. 2008; 10 (4): 273-80.

38. Pengpid S, Peltzer K, Mirrakhimov EM. Prevalence of health risk behaviors and their associated factors among university students in Kyrgyzstan. *International Medicine and health. journal of adolescent* 2014; 26(2):175-85.

39. Ahmadnia E, Shakibazadeh E, Emamgholi Khoshechin T. Lifestyle associated with osteoporosis in nursing and midwifery students. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran Univ of Med Sci*. 2009; 15(4):50-9. (Full Text in Persian)

40. Babanejad M, Khesht Zarin H, Sayehmiri K, Delpisheh A. Lifestyle investigation and its associated factors in

students of Ilam University of Medical Sciences. *Pejouhandeh* 2012; 17(5):252-7.

41. Kreutz G, Ginsborg J, Williamon A. Health-promoting behaviours in conservatoire students. *Psychol Music* 2009; 37(1):47-60.

42. Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res* 2011; 134(5): 645-52.

43. M Ulla Diez S, Perez -Fortis AA. Socio-demographic predictors of health behaviors Mexican college students. *Health in Promotion International*. 2009; 25 (1):85-93.

44- Stock C, Wille L, Kraemer A. Gender-specific health behaviors of German Students predict the interest in university campus health promotion. *Health* 2001; 16 (2): Promotion International. 145-154.

45- Von Bothmer M, Fridlund B. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish University students. *Nursing & Health Sciences*. 2005; 7 (2):107-118.

## Study of the Health-Promoting Lifestyle status of Students that Living in dormitories of Kurdistan University of Medical Sciences in 2016

**Zahed Rezaei:** Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.ZahedRezaei@yahoo.com

**Naseh Ghaderi :**Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, IranNasehGhaderi@yahoo.com

**Elham Nouri :**Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran Elham.Nouri@yahoo.com

**Bejan Nouri :**Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, IranBejan.Nouri@yahoo.com

**Omid Safari:** Departments of pediatrics, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, [Iran.omidsafari50@gmail.com](mailto:Iran.omidsafari50@gmail.com)

**Morteza Mansourian:** Health Education and Promotion Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran Mansoourian55@gmail.com

**Tahere Pashaei:** Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, IranEmail:pashaeit@gmail.com

### Abstract

**Background and objective:** One of the most important factors determining health, are health-promoting lifestyle. The purpose of this research was to Study of the Health-Promoting Lifestyle status of Students that Living in dormitories of Kurdistan University of Medical Sciences in 2016.

**Material and Methods:** In this cross-sectional study, a sample of 152 female and 98 male students residing in the dormitories of Kurdistan University of Medical Sciences were selected by stratified random sampling method in 2016. All the included students completed questionnaire with two parts, demographic information and the standard Walker's lifestyle questionnaire. Data were analyzed by the independent samples t-test, Mann-WhitneyU test, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation coefficients.

**Results:** The mean score of health promoting lifestyle was  $124.22 \pm 17.98$  from a maximum score of 208, indicating a moderate situation. The highest mean in the subscales was  $(23/94 \pm 4/42)$  for physical activity and the lowest was  $(16/40 \pm 4/80)$  for spiritual growth. There were significant associations between health promoting lifestyle (HPL) and marital status and field of study, but no significant associations between health-promoting lifestyle and gender Education and parental occupation.

**Conclusion:** This study showed that the score of health-promoting lifestyle is average among the students of Kurdistan University of Medical Sciences. Therefore, targeted interventions should be made to promote health-promoting lifestyle among these students.

**Keywords:** Health promotion, Lifestyle, Student, Dormitory