

شیوه زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمان بر اساس الگوی ارتقا سلامت پندر

مریم حسین نژاد^۱ و مژگان کلانترزاده^۲

چکیده

زمینه و هدف: در صورتی که رفتارهای ناسالم در مراحل اولیه بروز آنها شناسایی و تغییر داده شوند، از بسیاری از عوامل تهدیدکننده سلامتی جلوگیری می‌شود. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوه زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بر اساس الگوی ارتقا سلامت پندر در سال ۱۳۹۱ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی ۵۲۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه (شامل ویژگی‌های فردی و شیوه زندگی ارتقا سلامت) جمع‌آوری شدند. پرسشنامه استاندارد شیوه زندگی شامل ۲ قسمت اصلی و شش زیرمقیاس است؛ قسمت رفتارهای ارتقا سلامت شامل: احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، فعالیت بدنی، عادات غذایی و قسمت سلامت روانی-اجتماعی (رشد معنوی، ارتباطات بین فردی، مدیریت استرس) است. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS17 و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های تی، تحلیل واریانس و توکی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در دانشجویان مطالعه حاضر $3/07 \pm 0/58$ بود. بیش‌ترین میانگین نمرات $3/07 \pm 0/58$ مربوط به زیرمقیاس مدیریت استرس $2/45 \pm 0/54$ و $2/27 \pm 0/60$ فعالیت بدنی بود. از نظر آماری بین میانگین نمرات حیطه‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و سلامت روانی اجتماعی با توجه به مصرف یا سابقه مصرف موادمخدر یا سیگار تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت خصوصاً در ابعاد فعالیت بدنی و مدیریت استرس در دانشجویان نامناسب بود. بنابراین، اجرای مداخلات با تأکید بر مؤلفه‌های شیوه زندگی ارتقا سلامت ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: شیوه زندگی، رفتارهای ارتقا سلامت، سلامت روانی اجتماعی، دانشجویان.

*۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری-مامایی-بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن ۰۳۴۱۳۲۰۱۷۸۳؛ شماره ۲۲۲۷۱۷۸ (۰۳۴۱) maryam.hosseininejad@gmail.com

۲. کارشناس ارشد آموزش داخلی جراحی، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری-مامایی-بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

Lifestyle among Students of Islamic Azad University, Kerman Branch based on the Pender's Health Promotion model

Maryam Hosseinejad¹ & Mozgan kiantarzadeh²

ABSTRACT

Background and objective: If unhealthy behaviors are identified and changed at an early stage, many health-threatening factors among adults will be avoidable. The aim of this study was to determine the health promoting lifestyle based on the Pender's model among the students of Islamic Azad University, Kerman Branch.

Materials and methods: In this cross-sectional descriptive study, 520 students were selected by a multi-stage sampling method. The data were gathered through a questionnaire consisting of two sections including demographic characteristics and health promoting lifestyle profile II that composed of two main categories and six subscales. The health promotion behaviors category included responsibility for health, physical activity, dietary habits subscales and the psychological health category including stress management, interpersonal relationships and spiritual growth subscales. Data were analyzed through SPSS17 by using measures of central tendency and t, ANOVA and Tukey's tests.

Results: The mean score for health promoting lifestyle of students was $139/84 \pm 20.3$. The highest mean in the subscales was 3.07 ± 0.58 for spiritual growth and the lowest was $2/45 \pm 0.54$ for stress management and $2/27 \pm 0.60$ for physical activity. Statistical significant difference was scores of promoting health behavioral and seen between psychosocial health among students who were smoking and had substance misuse or had a history of using them ($p < 0.05$).

Conclusion: There was an inappropriate health behaviors, especially among the aspects of health promoting physical activity and stress management. Therefore, health promotion interventions with a focus on components of health promotion lifestyle seem to be necessary.

Keywords: Lifestyle, Health promotion-behavior, Psychological health, Students.

*1. MSc of Community Health Nursing Education, Instructor of Dept. of Health, College of Nursing, Midwife & Health, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran. (Corresponding author) Tel: 0341 3201783- Fax: 03412227178
maryam.hosseinejad@gmail.com

2. MSc of Medical Surgical Nursing, Instructor of Dept. of Health, College of Nursing, Midwife & Health, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.

Received: 25/01/2014

Accepted: 08/02/2014

مقدمه

دانشجویان تصمیم‌گیرندگان آینده در سازمان‌ها، جوامع و کشورها هستند. سال‌های دانشگاهی دورانی است که دانشجویان استقلال فزاینده‌ای در مورد انتخاب شیوه زندگی و عملکردهای بهداشتی کسب می‌کنند. دانشجویان در تلاش برای رسیدن به موفقیت در اهداف علمی و آزادی از محدودیت‌های والدین ممکن است به شیوه زندگی مخاطره‌آمیزی روی آورند. اگر چه برخی از این رفتارهای ناسالم ممکن است گذرا باشند اما برخی عادات می‌توانند تداوم داشته و در دوران میان‌سالی و پیری ادامه یابند. از این رو، شیوه زندگی دانشجویان و رفتارهای پرخطر آنها موجب افزایش نگرانی شده است (۱).

شیوه زندگی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت است. بر طبق تحقیقات انجام‌شده ۶۰٪ از کیفیت زندگی مربوط به شیوه زندگی و رفتارها است (۲). همچنین گزارش‌شده است که ۵۳٪ از علل مرگ‌ومیر افراد با شیوه زندگی آنها ارتباط دارد. بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری‌های قلب و عروق، انواع سرطان‌ها و اعتیاد، که امروزه در اغلب کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، با دگرگونی‌های شیوه زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد. شیوه زندگی نامناسب همچنین یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز بیماری‌های مزمن از جمله سرطان کولون، پرفشاری خون، بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بیماری‌های قلبی-عروقی هستند (۳). هم‌اکنون بیماری‌های مزمن تهدیدی جدی برای سلامت و طول عمر مردم کشورها هستند. پیش‌بینی می‌شود که از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها به میزان ۷۷٪ افزایش یابد؛ که بیش‌ترین موارد آن در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۴). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۱۵ در پنج کشور بزرگ در حال توسعه، بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سکته مغزی و بیماری‌های قلبی-عروقی به ۱/۲۵ تریلیون دلار خواهد رسید (۵). به همین جهت، این سازمان هدف‌گذاری روشنی مبنی بر اینکه بیماری‌های مزمن باید بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ به میزان ۲٪ در هر سال کاهش یابد برای تمامی کشورها مشخص کرده است؛ که دستیابی به این هدف سبب جلوگیری از مرگ ۳۶ میلیون نفر خواهد شد (۶). بنابراین، توجه جدی به

رویکردهای راهبردی مقابله با شرایط و عوامل خطر که در افزایش وسعت و شدت بیماری‌ها سهم عمده‌ای دارند اقدامی مهم است که در این خصوص توجه کافی به شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت یک ضرورت به حساب می‌آید (۷)؛ زیرا شیوه زندگی سالم با اتخاذ رفتارهای مناسب رویکردی مثبت به زندگی دارد و باعث افزایش سلامتی و خودشکوفایی فرد می‌شود (۸).

به علت اینکه جوانان در وضعیت نسبتاً سالمی از زندگی در نظر گرفته می‌شوند، تلاش‌های ارتقاءدهنده سلامت در سراسر جهان به عنوان یک اولویت در نظر گرفته نمی‌شوند (۹). این در حالی است که تحقیقات نشان می‌دهند که رفتارهای غیربهداشتی در بین این قشر مهم اجتماع رایج شده‌اند. چنانچه مطالعه وی و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد که دانشجویان ژاپنی مسئولیت‌پذیری کمی در قبال سلامت خود داشتند (۱۰). لی و یوئن‌لوک در سال ۲۰۰۵ در گزارشی اعلام کردند که بیش از نیمی از دانشجویان چینی صبحانه را وعده غذایی حذف می‌کنند (۱۱). همچنین نتایج پژوهش دینی‌طلاقیه و همکاران در سال ۱۳۹۱ بیانگر عملکرد ضعیف دانشجویان در مورد مصرف غذاهای سالم بود (۱۲). نوروزینیا و همکاران در سال ۱۳۹۲ با پژوهش خود در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی البرز دریافتند دانشجویان از شیوه زندگی کم‌تحرکی پیروی می‌کنند (۱۳). از این رو، ارتقاء و حفظ شیوه زندگی سالم برای متخصصین حیطه سلامت همچنان یک چالش همیشگی و جهانی باقی مانده است (۷).

برای ارتقای شیوه زندگی سالم در بین بالغین جوان باید بر حیطه‌هایی مانند تغذیه، فعالیت بدنی، ارتباطات میان فردی، مدیریت استرس، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری سلامتی توجه خاص داشت. به همین منظور، این حیطه‌ها در قالب مقیاس سبک زندگی سالم طراحی شده‌اند (۱۴). بررسی شیوه زندگی روشی مفید برای تشخیص رفتار است. بنابراین، بررسی رفتارهای افراد جامعه، به‌ویژه رفتارهای بهداشتی و شیوه زندگی، امری ضروری است؛ که این امر در جامعه ما تا حدودی مغفول مانده است. همچنین ارزیابی شیوه زندگی در جوامع گوناگون راهنمایی برای کشف رفتارهای تهدیدکننده سلامتی است تا از این طریق بتوان با تدابیر مناسب رفتارهای مغایر با سلامت را کاهش داد و از عوارض و خسارات بعدی جلوگیری کرد. از سویی،

لیکرت ۴ درجه‌ای (همیشه، اغلب، بعضی اوقات و هیچ‌گاه) تنظیم شده است. در محاسبه نمره به عملکرد مثبت بر اساس مقیاس مذکور به ترتیب امتیاز ۴، ۳، ۲ و ۱ تعلق می‌گیرد. نمره کل شیوه زندگی از حداقل ۲۰ تا ۲۰۸ نمره امتیازدهی می‌شود. در سطح‌بندی نمره سبک زندگی، نمره زیر ۱۰۰ ضعیف و از نمره ۱۰۰ تا ۱۵۰ متوسط و از نمره ۱۰۵ تا ۲۰۸ خوب به حساب می‌آید. در زیرمقیاس‌ها نمره کمتر از ۱۸ ضعیف، از نمره ۱۹ تا ۲۷ متوسط و بالاتر از ۲۷ خوب دسته‌بندی می‌شوند.

پرسشنامه استاندارد نیم‌رخ دو شیوه زندگی ارتقا سلامت به‌طور وسیعی در تحقیقات ارتقا سلامت استفاده شده است و گزارش شده که روایی کافی برای استفاده در میان گروه‌های مختلف اجتماعی مانند دانشجویان، نوجوانان، جوانان و بزرگسالان برای بررسی و مقایسه ارتباطات و تعیین عوامل شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت را دارد (۱۱). میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹-۰/۹۴ برای ۶ زیرمقیاس این پرسشنامه گزارش شده است (۸). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸-۰/۸۳ برای ۶ قسمت پرسشنامه به‌دست آمد. پژوهشگران پس از گرفتن مجوز از شورای پژوهشی و تحویل آن به روسای دانشکده‌های مختلف (ادبیات و الهیات، پرستاری مامایی بهداشت، علوم، فنی مهندسی و معماری) برای جمع‌آوری داده‌ها اجازه گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگران به‌صورت حضوری به افراد مورد بررسی مراجعه و پس از معرفی خود و بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان از اینکه اطلاعات افراد محرمانه خواهد ماند و نتایج پژوهش به‌صورت کلی در یک طرح تحقیقاتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت، پرسشنامه را به افراد جهت تکمیل تحویل دادند. بنابراین واحدهای مورد پژوهش به‌صورت آگاهانه و با رضایت شخصی در تحقیق شرکت کردند. افرادی که تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند و یا اینکه در زمان توزیع پرسشنامه از وضعیت جسمانی و روحی مناسبی برخوردار نبودند، از مطالعه خارج شدند. به‌طور متوسط تکمیل هر پرسشنامه ۱۵ دقیقه طول می‌کشید. از دانشجویان خواسته شد در کمال صداقت به سؤالات پاسخ دهند. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت با توجه به عدم تمایل بعضی دانشجویان به شرکت در مطالعه و همچنین

الگوی ارتقاء سلامتی پندر در مطالعات اندکی از بررسیهای شیوه زندگی به عنوان راهنما استفاده شده‌اند. با توجه به دلایل مطرح‌شده، این مطالعه با هدف تعیین شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان بر اساس مدل ارتقا سلامت پندر طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان است. نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به روش مقطعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای صورت گرفت. در مطالعه حاضر حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد یک نسبت با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$, $p = 0.06$, $d = 260$ نفر تعیین گردید که با توجه به احتمال عدم مشارکت بعضی از افراد در نمونه و کفایت نمونه با توجه به ویژگی‌های فردی، این حجم نمونه به دو برابر یعنی ۵۲۰ نفر افزایش یافت. انتخاب آزمودنی‌ها بدین ترتیب بود که ابتدا کسر نمونه‌برداری محاسبه گردید و سپس نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای صورت گرفت؛ به‌طوری‌که دانشکده و جنسیت به عنوان دو طبقه در نمونه‌گیری لحاظ شدند و بعد از تعیین حجم نمونه در هر طبقه، به روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند تعداد نمونه از هر طبقه به نسبت تعداد کل افراد آن طبقه انتخاب گردیدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر دو بخش جمع‌آوری شد: بخش اول مربوط به ویژگی‌های فردی و بخش دوم پرسشنامه استاندارد نیم‌رخ دو شیوه زندگی ارتقا سلامت (۱۵). پرسشنامه شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر^۱ است. این الگو برای تعیین این که افراد تا چه حد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را انجام می‌دهند، ارائه گردیده است. پرسشنامه آن شامل ۵۲ سؤال در دو قسمت اصلی و شش زیرمجموعه است. دو قسمت اصلی شامل رفتارهای ارتقا سلامت و سلامت روانی-اجتماعی است. قسمت رفتارهای ارتقا سلامت شامل مجموعه‌های زیر است: احساس سلامت در قبال سلامت فردی، فعالیت بدنی، عادات غذایی. قسمت سلامت روانی-اجتماعی شامل موارد زیر است: رشد معنوی، ارتباطات بین فردی، مدیریت استرس. این پرسشنامه بر اساس مقیاس

1- Pender Health Promotion Model

غیرقابل استفاده بودن بعضی از پرسشنامه‌ها ۴۷۹ پرسشنامه یافته‌ها
مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ویژگی‌های فردی ۴۷۹ دانشجویان مورد بررسی در جدول ۱
داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS17 و با استفاده از شاخص‌های نشان داده شده است.
مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های تی، تحلیل واریانس^۲ و توکی تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی دانشجویان

متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۲۱ <	۱۲۵	۲۳/۰۶	±۴/۷۵
	۲۱-۲۵	۲۵۶		
	>۲۵	۷۲		
	بی‌پاسخ	۲۶		
جنس	مرد	۲۶۷		
	زن	۲۰۳		
وضعیت تأهل	مجرد، مطلقه و فوت	۳۵۸	۷۴/۷	
	همسر			
	متاهل	۱۰۸	۲۲/۵	
محل زندگی	بی‌پاسخ	۱۳	۲/۷	
	خوابگاه	۵۳	۱۱/۱	
	مسکن شخصی	۱۱۶	۲۴/۲	
	مسکن اجاره‌ای	۱۱۴	۲۳/۸	
ابتلا به بیماری جسمی	زندگی با والدین	۱۸۵	۳۸/۶	
	بی‌پاسخ	۱۱	۲/۳	
	بلی	۴۰	۸/۴	
	خیر	۴۳۸	۹۱/۴	
ابتلا به بیماری روانی	بی‌پاسخ	۱	۰/۲	
	بلی	۱۷	۳/۵	
	خیر	۴۵۸	۹۵/۶	
	بی‌پاسخ	۴	/۸	
مصرف سیگار	اصلاً	۴۰۳	۸۴/۱	
	تفریحی	۵۳	۱۱/۱	
	مرتب	۱۱	۲/۳	
	ترک	۹	۱/۹	
	بی‌پاسخ	۳	۰/۶	
مصرف مواد مخدر	اصلاً	۴۳۱	۹۰	
	تفریحی	۳۰	۶/۳	
	مرتب	۸	۱/۷	
	ترک	۶	۱/۳	
	بی‌پاسخ	۴	۰/۸	

2- ANOVA

سال اول . شماره ۰۴ زمستان ۱۳۹۲

سلامتی را انجام دهد، شیوه زندگی بهتری خواهد داشت. با توجه به نتایج جداول ۲ و ۳ برخی از عبارات مربوط به زیرمقیاس‌ها بیش‌ترین و برخی کمترین میانگین نمره را به خود اختصاص دادند که با برخی از نتایج دیگر مطالعات همسو است. نتایج نشان داد بیش از نیمی از دانشجویان به‌منظور فهم بیشتر مسائل سلامتی و هنگام نیاز با کارشناسان حوزه سلامت ارتباط برقرار می‌کردند. این یافته توسط مطالعه لی و یوئن‌لوک (۱۱) نیز تأیید می‌شود. در مطالعه حاضر ۶۹/۱٪ دانشجویان طی کارهای روزمره فعالیت‌های بدنی مانند پیاده‌روی و بالا رفتن از پله‌ها را انجام می‌دادند. ۶۳/۹٪ افراد همیشه یا اغلب اوقات صبحانه می‌خوردند؛ که این یافته با نتایج مطالعه مطلق (۱۴) بسیار نزدیک است. این در حالی است که پژوهشی در چین نشان داد ۵۵٪ دانشجویان صبحانه را از وعده‌های غذایی خود حذف می‌کردند (۱۱). این امر می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی باشد؛ زیرا خانواده‌های ایرانی به صرف صبحانه تأکید دارند. همچنان که ضرب‌المثل‌های نیز در این زمینه وجود دارد. دو سوم افراد حاضر در پژوهش همیشه یا بیشتر اوقات خود را به نیروی برتر (خداوند) متصل می‌دانستند. مطالعه نیلساز (۳) نیز نشان داد بیش‌ترین افراد مورد پژوهش به نیروی برتر که همان پروردگار هستی است، اعتقاد داشتند. بیش از نیمی از دانشجویان گزارش کردند که همیشه یا بیشتر اوقات به میزان کافی می‌خوابند که این یافته توسط مطالعه‌ای دیگر تأیید می‌شود (۱۱). به نظر می‌رسد کسب نمرات بالاتر در بین عبارات مربوط به مواردی باشد که در راستای برآورده کردن نیازهای ضروری افراد هستند.

اما یکی از یافته‌ها با اهمیت در این پژوهش آن است که علیرغم اطلاع‌رسانی کافی در مورد مضرات مصرف غذاهای چرب و پر کلسترول نزدیک به نیمی از دانشجویان مورد پژوهش توجهی به این موضوع نداشتند. به گزارش دینی‌طلاقیه و همکاران در سال ۱۳۹۱ درحالی‌که آگاهی دانشجویان نسبت به الگوی مصرف غذا در سطح مطلوب قرار داشت، ولی عملکرد آن‌ها در این زمینه ضعیف بود. به اعتقاد وی احتمالاً مسئله جوان بودن این نمونه‌ها باید علت این برداشت باشد؛ زیرا جوانان و نوجوانان خود را کمتر در معرض خطر بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، سرطان‌ها و غیره می‌دانند و نسبت به نوع غذای خود دقت

توزیع فراوانی، میانگین و انحراف‌معیار نمرات زیرمقیاس‌های رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سلامت روانی اجتماعی دانشجویان در جداول ۳ و ۲ مشخص شده است؛ که با توجه به نتایج جداول ۲ و ۳ در بین شش زیرمقیاس بیش‌ترین میانگین نمره ۳/۰۷ مربوط به زیرمقیاس رشد معنوی و کمترین میانگین نمره ۲/۲۷ مربوط به زیرمقیاس فعالیت بدنی بود. میانگین نمره شیوه زندگی با توجه به جمع میانگین (انحراف‌معیار±) نمرات ۶ زیرگروه در دانشجویان ۱۳۹/۱۳۹ (±۲۰/۳) به‌دست آمد که نمرات مربوط به زیرگروه سلامت روانی اجتماعی در مقایسه با رفتارهای ارتقا سلامت بیشتر بود (۱۱/۱۰± ۷۴/۷۷ در برابر ۱۱/۹± ۶۵/۰۶). (جدول ۳ و ۲)

با توجه به جدول ۴ مقایسه میانگین نمرات حیطه رفتارهای ارتقادهنده سلامت با توجه به ویژگی‌های فردی، برخی از ابعاد حیطه با مواردی مثل جنس، سن، تأهل، محل زندگی، داشتن بیماری جسمی و مصرف یا سابقه مصرف سیگار و یا موادمخدر تفاوت معناداری را نشان داد. اما مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت با توجه به ویژگی‌های فردی فقط در موارد سابقه مصرف سیگار و مصرف موادمخدر تفاوت معناداری را نشان داد؛ به‌طوری‌که نمره سلامت روانی اجتماعی در کسانی که مصرف یا سابقه مصرف سیگار یا موادمخدر داشتند کمتر از سایرین بود ($p < 0/05$). (جدول ۴)

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین نمرات برخی از ابعاد حیطه سلامت روانی اجتماعی با مواردی مثل تأهل، محل زندگی، مصرف یا سابقه مصرف سیگار و یا موادمخدر تفاوت معناداری دارد. اما مقایسه میانگین نمره کل سلامت روانی اجتماعی با توجه به ویژگی‌های فردی فقط در موارد سابقه مصرف سیگار و مصرف موادمخدر تفاوت معناداری را نشان داد؛ به‌طوری‌که نمره سلامت روانی اجتماعی در کسانی که مصرف یا سابقه مصرف سیگار یا موادمخدر داشتند کمتر از سایرین بود ($p < 0/05$). (جدول ۵)

بحث

تشخیص رفتارهای جوانان از طریق ارزیابی شیوه زندگی به‌منظور برنامه‌ریزی جهت ارتقای سطح سلامت آن‌ها امری ضروری است؛ زیرا شواهد نشان می‌دهند که در صورتی که فرد به‌طور معمول و به نحو صحیح فعالیت‌های ارتقادهنده

جدول ۲. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات زیرمقیاس‌های رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان

انحراف معیار	میانگین	درصد میزان انجام				سؤالات	زیرمقیاس
		هیچ‌گاه	بعضی اوقات	اغلب	همیشه		
۰/۹۴	۲/۳۷	۱۹/۲	۳۸/۶	۲۸/۴	۱۳/۸	۱- چک کردن ظاهری بدن از نظر تغییرات فیزیکی یا علائم خطرناک هر ماه	احساس مسئولیت در برابر سلامت
۰/۹۵	۲/۶۵	۱۲/۱	۳۳	۳۲/۴	۲۲/۵	۲- گزارش هرگونه علامت یا نشانه غیرمعمول به پزشک یا سایر شاغلین حرفه سلامت	
۰/۹۹	۲/۷	۱۲/۳	۲۸	۳۱/۹	۲۷/۸	۳- در جستجوی راهنمایی و مشاوره در این خصوص رسیدن به سلامتی، در صورت نیاز	
۰/۹۵	۲/۸	۹/۲	۲۹/۶	۳۲/۶	۲۸/۶	۴- سؤال از متخصصان سلامت به منظور فهمیدن دستورات	
۰/۹۴	۲/۵	۱۴/۴	۳۶/۷	۳۰/۷	۱۸/۲	۵- جستجوی نظرات دیگر کارشناسان هنگام توصیه کارشناسان سلامتی	
۰/۹۲	۲/۵	۱۳/۸	۳۵/۷	۳۳/۶	۱۶/۹	۶- درخواست اطلاعات درباره چگونگی مراقبت مناسب از خود از متخصصان یا کارشناسان سلامت	
۰/۹۳	۲/۶	۱۲/۷	۳۳/۴	۳۴/۴	۱۹/۴	۷- در میان گذاشتن نگرانی‌های مرتبط با سلامت خود با متخصصان یا کارشناسان سلامتی	
۰/۹۱	۲/۴	۱۳/۶	۴۳/۲	۲۷/۱	۱۶/۱	۸- خواندن مطالب نشریات و تماشای برنامه‌های تلویزیونی درباره افزایش سطح سلامت	
۰/۸۶	۱/۷۵	۴۷/۶	۳۴/۹	۱۲/۷	۴/۸	۹- شرکت در برنامه‌ها و کلاسهای آموزشی مربوط به مراقبت از سلامت	
۰/۶۰	۲/۴۹					کل	
۱/۰۷	۲/۳	۲۷/۶	۳۰/۹	۲۲/۵	۱۹	۱۰- دنبال کردن برنامه ورزشی منظم	فعالیت بدنی
۱/۱	۲/۴	۲۳/۶	۳۲/۱	۱۹/۴	۲۴/۸	۱۱- انجام ورزشهای سنگینی مانند پیاده‌روی سریع، دوچرخه‌سواری، استفاده از وسایل ورزشی ایروبیک و... مدت ۲۰ دقیقه حداقل ۳ بار در هفته	
۱/۰۷	۲/۴	۲۵/۵	۳۱/۱	۲۳	۲۰/۵	۱۲- شرکت در فعالیت‌های ورزشی سبک تا متوسط مانند پیاده‌روی مداوم به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، ۵ بار یا بیشتر در هفته	
۱/۰۱	۲/۴	۲۰/۷	۳۶/۵	۲۳/۸	۱۹	۱۳- شرکت در فعالیت‌های تفریحی مانند شنا، دوچرخه‌سواری، پیاده‌روی تفریحی و غیره	
۱/۰۸	۲/۱	۳۹/۲	۲۹/۴	۱۵/۹	۱۵/۴	۱۴- انجام تمرینات کششی به میزان حداقل ۳ بار در هفته	
۰/۹۵	۳/۱	۵/۹	۲۴	۲۵/۷	۴۳/۴	۱۵- انجام فعالیت‌های بدنی مانند پیاده‌روی، بالا رفتن از پله‌ها و... طی کارهای روزمره.	
۰/۹۲	۱/۱	۵۵/۵	۲۶/۳	۱۱/۳	۶/۹	۱۶- اندازه‌گیری نبض هنگام ورزش	
۰/۹۹	۱/۷	۵۶/۶	۲۰/۵	۱۵/۴	۷/۵	۱۷- رسیدن به سرعت نبض مورد نظر هنگام ورزش	
۰/۶۷	۲/۲۷					کل	
۰/۹۷	۲/۲	۲۶/۱	۳۷/۴	۲۳/۸	۱۲/۷	۱۸- انتخاب رژیم غذایی کم چربی و کلسترول	
۰/۹۹	۲/۳	۲۴/۴	۳۶/۵	۲۴/۶	۴/۴	۱۹- محدودیت استفاده از شکر و شیرینیجات	
۰/۸۹	۳	۴/۲	۲۹/۶	۳۲/۸	۳۲/۴	۲۰- مصرف روزانه به میزان ۶ تا ۱۱ قسمت از نان، غلات، برنج و سایر غذاهای مشابه مانند ماکارونی	
۰/۸۶	۲/۸	۵	۳۰/۹	۳۸/۲	۲۵/۹	۲۱- مصرف روزانه به میزان ۲ تا ۳ قسمت از گروه میوه‌ها	
۰/۸۴	۲/۴	۱۰/۶	۴۶/۷	۳۰/۱	۱۲/۵	۲۲- مصرف روزانه به میزان ۲ تا ۳ قسمت از سبزیجات	
۰/۸۸	۲/۹	۴/۶	۳۰/۷	۳۴/۲	۳۰/۵	۲۳- مصرف روزانه به میزان ۲ تا ۳ شیر و ماست، پنیر و سایر لبنیات	
۰/۸۱	۳	۱/۹	۲۷/۳	۳۹/۷	۳۱/۱	۲۴- مصرف روزانه به میزان ۲ تا ۳ قسمت از غذاهایی مانند گوشت، ماهی، مرغ، تخم مرغ، حبوبات و آجیل	
۱/۰۵	۲/۶	۱۶/۷	۲۹/۲	۲۷/۱	۲۶/۹	۲۵- خواندن برچسب روی محصولات بسته‌بندی شده غذایی	
۰/۹۸	۳/۱	۸/۸	۲۱/۹	۲۴/۸	۴۴/۵	۲۶- خوردن صبحانه	
۰/۴۹	۲/۷۱					کل	

جدول ۳. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات زیر مقیاس‌های سلامت روانی اجتماعی دانشجویان

انحراف معیار	میانگین	درصد میزان انجام				سؤالات	زیر مقیاس
		هیچ‌گاه	بعضی اوقات	اغلب	همیشه		
۰/۹۰	۲/۸	۶/۹	۳۳	۳۳/۶	۲۶/۱	۲۷- رشد و تغییر در جهات مثبت	رشد معنوی
۰/۹۱	۳/۲	۵/۶	۱۷/۷	۲۷/۱	۴۹/۵	۲۸- باور به داشتن هدف در زندگی	
۰/۹۱	۳/۳	۵/۸	۱۳/۴	۲۰/۵	۶۰/۳	۲۹- امیدواری به آینده	
۰/۸۶	۲/۹	۵/۸	۲۵/۳	۴۱/۵	۲۷/۳	۳۰- احساس رضایت و آسودگی درباره خودم	
۰/۸۴	۳/۲	۳/۳	۱۷/۷	۳۲/۸	۴۶/۱	۳۱- تلاش برای دستیابی به اهداف بلند مدت در زندگی	
۰/۸۹	۲/۶	۷/۵	۴۰/۳	۳۱/۱	۲۱/۱	۳۲- جالب و هیجان‌انگیز بودن هر روز از زندگی	
۰/۸۶	۳/۱	۶/۵	۱۷/۱	۳۸	۳۸/۴	۳۳- آگاهی درباره موارد مهم در زندگی	
۰/۹۲	۳/۴	۶/۷	۱۲/۵	۶/۹	۶۳/۹	۳۴- احساس اتصال به نیرویی بزرگتر از خود (پروردگار هستی)	
۰/۸۸	۳/۱	۵/۶	۲۰/۵	۳۴/۹	۳۹	۳۵- استقبال از چالش‌ها و تجربیات جدید	
۰/۵۸	۳/۰۷					کل	
۰/۹۴	۲/۷	۱۱/۷	۳۱/۳	۳۲/۸	۲۴/۲	۳۶- در میان گذاشتن نگرانی‌ها و مشکلات خود با افراد دیگر	ارتباطات بین فردی
۰/۸	۳/۳	۱/۷	۱۴/۶	۳۴/۹	۴۷/۸	۳۷- مورد تشویق قرار دادن دیگران هنگام نائل شدنشان به موفقیت	
۰/۷۸	۳/۲	۳/۱	۱۳/۶	۳۹/۹	۴۳/۴	۳۸- تنظیم روابط خود با دیگران به صورت هدفمند، منطقی و رضایت بخش	
۰/۸۸	۳/۱	۳/۷	۲۲/۱	۳۰/۱	۴۴/۱	۳۹- صرف برخی اوقات با دوستان نزدیک	
۰/۹۷	۲/۸	۱۰/۴	۲۶/۴	۳۳/۲	۳۰/۱	۴۰- آسان بودن نشان دادن احساساتی مانند نگرانی، عشق و صمیمیت به دیگر افراد	
۰/۹۶	۳	۷/۳	۲۴/۲	۲۹/۶	۳۸/۸	۴۱- آسان بودن لمس کردن و لمس شدن در ارتباط با اعضای خانواده و سایر افراد محرم	
۰/۸۸	۳/۱	۵/۲	۱۹/۴	۳۵/۱	۴۰/۳	۴۲- جستجوی راه‌های مناسب برای برآورده کردن نیازهای خصوصی خود	
۰/۹۲	۳/۱	۶/۵	۲۰/۷	۲۹	۴۳/۸	۴۳- حمایت از سوی افراد دلسوز و نزدیک	
۰/۸۷	۳	۴/۸	۲۵/۲	۳۷/۶	۳۲/۴	۴۴- برطرف کردن اختلافات خود با دیگران از طریق مذاکره و توافق دوطرفه	
۰/۴۹	۳/۰۴					کل	
۰/۹۴	۲/۹۵	۷/۷	۲۴	۳۳/۴	۳۴/۹	۴۵- خوابیدن به میزان کافی	مدیریت استرس
۰/۹۴	۲/۶	۱۱/۹	۳۷/۸	۲۹/۹	۲۰/۵	۴۶- اختصاص ساعاتی به استراحت و تمدد اعصاب	
۰/۹۱	۲/۷	۹	۳۴	۳۴/۲	۲۲/۸	۴۷- پذیرفتن موارد غیرقابل تغییر در زندگی	
۰/۹۴	۲/۷	۹/۶	۳۷/۳	۲۹/۴	۲۳/۶	۴۸- تمرکز هنگام خواب بر افکار خوشایند	
۰/۹۳	۲/۳	۹/۲	۳۹/۴	۲۸/۲	۱۳/۲	۴۹- کنترل استرس با استفاده از روش‌های اختصاصی	
۰/۹۱	۲/۴	۱۶/۱	۳۳/۹	۳۳/۴	۱۳/۶	۵۰- برقراری تعادل بین کار و تفریح	
۰/۸۲	۱/۶	۵۶/۸	۳۰/۱	۸/۸	۴/۴	۵۱- انجام تمرینات تمدد اعصاب به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه هرروز	
۰/۸۸	۲/۳	۱۷/۵	۴۴/۴	۲۶/۵	۱۰/۶	۵۲- تنظیم برنامه کاری برای جلوگیری از خستگی	
۰/۵۴	۲/۴۵					کل	

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت با توجه به ویژگی‌های فردی دانشجویان

متغیر میانگین	احساس مسئولیت در برابر سلامت			فعالیت بدنی			عادات غذایی			کل	
	نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار
جنس	زن	۲۳/۰۶	۵/۴۴	۰/۰۱	۱۷/۱۸	۵/۱۶	۰/۰۰۱	۲۵/۲۲	۴/۳۸	۰/۰۰۰	۶۵/۷۴
	مرد	۲۲/۰۶	۵/۳۵		۱۸/۹۲	۵/۵۱		۲۳/۸	۴/۴۰		۶۴/۷۶
تأهل	مجرد	۲۲/۵۶	۵/۳۸	۰/۸۷	۱۸/۵۶	۵/۴۵	۰/۰۱۶	۲۴/۳۶	۴/۴۴	۰/۴۴	۶۵/۴۷
	متأهل	۲۲/۴۶	۵/۳۹		۱۷/۱۲	۵/۳۱		۲۴/۷۳	۴/۳۴		۶۴/۳۲
سن (سال)	≤۲۰	۲۲/۵۳	۵/۲۷	۰/۰۸	۱۸/۶۴	۵/۴۶	۰/۰۳	۲۳/۷۹	۴/۳۳	۰/۰۲	۶۴/۹۷
	۲۵-۲۱	۲۲/۲۹	۵/۲۶		۱۸/۴۸	۵/۳۹		۲۴/۴۶	۴/۲۲		۶۵/۲۳
	>۲۵	۲۳/۸۸	۵/۹۶		۱۶/۷۵	۵/۴۶		۲۵/۶	۵/۲۶		۶۶/۲۳
محل زندگی	خوابگاه	۲۳/۵	۵/۶۶	۰/۲	۱۷/۵	۴/۹۷	۰/۱۹	۲۳/۷	۴/۵۵	۰/۰۵	۶۴/۷۱
	شخصی	۲۳/۰۲	۴/۹۴		۱۹/۱۳	۵/۶۱		۲۵/۰۹	۴/۴۳		۶۷/۲۵
	استیجاری	۲۱/۸۶	۵/۰۹		۱۸/۰۱	۴/۹		۲۳/۲۸	۴/۳۷		۶۳/۲۶
	با والدین	۲۲/۳۸	۵/۷		۱۷/۹۷	۵/۷		۲۴/۹۳	۴/۳۳		۶۵/۲۹
بیماری جسمی	بلی	۲۳/۴۵	۵/۰۷	۰/۲۳	۱۹/۹۱	۵/۴۰	۰/۰۳	۲۴/۴۰	۴/۵۲	۰/۶۶	۶۷/۵۱
	خیر	۲۲/۳۸	۵/۴۳		۱۸/۰۱	۵/۴۰		۲۴/۱۴	۳/۳۶		۶۴/۷۹
بیماری روانی	بلی	۲۲/۴	۴/۴۷	۰/۷۹	۱۶/۴۷	۵/۶۳	۰/۱۹	۲۳/۹۴	۳/۷۵	۰/۶۷	
	خیر	۲۲/۴۹	۵/۴۵		۱۸/۲۱	۵/۴۰		۲۴/۴۱	۴/۴۶		۶۵/۱۲
مصرف سیگار	بلی	۲۰/۴۳	۵/۷۸	۰/۰۰۰	۱۸/۱۶	۵/۴۲	۰/۹۹	۲۲/۶۵	۴	۰/۰۰۰	۶۱/۲۶
	خیر	۲۲/۸۳	۵/۲۷		۱۸/۱۷	۵/۴۴		۲۴/۶۳	۴/۴۵		۶۵/۷
مصرف مواد مخدر	بلی	۲۰/۲۰	۶/۱۷	۰/۰۰۳	۱۸/۲۲	۵/۳	۰/۹۵	۲۲/۵۶	۴/۳۲	۰/۰۰۴	۶۸/۲۲
	خیر	۲۲/۷۰	۵/۲۹		۱۸/۱۷	۵/۳۹		۲۴/۵۷	۴/۴۱		۷۵/۴۲

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات ابعاد سلامت روانی اجتماعی با توجه به ویژگی‌های فردی دانشجویان

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	مدیریت استرس			ارتباطات بین فردی			رشد معنوی			متغیر میانگین	
			نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین		
۰/۴۱	۱۱/۴۹	۷۴/۴۱	۰/۵۵	۴/۳۵	۱۹/۷۹	۰/۱۵	۴/۳۶	۲۷/۷۴	۰/۹۹	۵/۱۱	۲۷/۷۱	زن	جنس
	۱۰/۵۶	۷۵/۲۵		۴/۳۹	۱۹/۵۳		۵/۱۱	۲۷/۷۱		۵/۳۳	۷۰/۲۷	مرد	
۰/۰۹	۱۱/۹۱	۷۵/۲۸	۰/۰۱	۴/۴۱	۱۹/۹۴	۰/۸۳	۴/۴۵	۲۷/۴۳	۰/۲۷	۵/۲۲	۲۷/۹۰	مجرد	تأهل
	۱۰/۱۴	۷۳/۳۳		۴/۱۳	۱۸/۷۱		۴/۶۴	۲۷/۳۵		۵/۱۳	۲۷/۲۶	متأهل	
۰/۵۸	۱۰/۷۷	۷۴/۹۷	۰/۶۳	۴/۴۳	۱۹/۸۸	۰/۸۳	۴/۴۸	۲۷/۳۲	۰/۱۵	۴/۶	۲۷/۷۶	≤۲۰	سن (سال)
	۱۱/۴۷	۷۴/۴۸		۴/۳۰	۱۹/۵۳		۴/۴۸	۲۷/۵۵		۵/۴۹	۲۷/۴۰	۲۵-۲۱	
	۱۰/۴۴	۷۶/۰۷		۴/۳۰	۱۹/۹۸		۴/۶۲	۲۷/۲۵		۵/۰۵	۲۸/۷۶	>۲۵	
۰/۷۲	۱۰/۱	۷۵/۱۵	۰/۲۲	۳/۷	۲۰/۱۷	۰/۰۴	۴/۵۷	۲۷/۵۸	۰/۴	۴/۷۹	۲۷/۳۹	خوابگاه	محل زندگی
	۱۱/۱۲	۷۳/۹۹		۴/۳۶	۱۹/۳۸		۴/۶۷	۲۷/۰۷		۵/۳۹	۵۲/۲۷	شخصی	
	۱۱/۱۸	۷۳/۲۶		۴/۱۶	۱۹/۱۳		۴/۵۰	۲۶/۶۲		۵/۰۱	۲۷/۵۰	استیجاری	
	۱۱/۲۸	۷۶/۴۷		۴/۶۶	۲۰/۰۶		۴/۲۷	۲۸/۰۷		۵/۲۸	۲۸/۳۳	با والدین	
۰/۲۹	۱۰/۵۷	۷۲/۹۷	۰/۲۵	۴/۲۸	۱۸/۸۸	۰/۲۹	۴/۷۰	۲۶/۶۷	۰/۷۲	۴/۴۹	۲۷/۴۰	بلی	بیماری جسمی
	۱۱/۱	۷۴/۸۹		۴/۳۷	۱۹/۷۰		۴/۴۶	۲۷/۴۶		۵/۲۹	۲۷/۷۱	خیر	
۰/۰۹	۱۰/۷۲	۷۰/۲۳	۰/۳۷	۳/۸۶	۱۸/۷۰	۰/۱۵	۳/۹۵	۲۵/۸۶	۰/۱۰	۴/۹۷	۲۵/۶۵	بلی	بیماری روانی
	۱۱/۱	۷۴/۸۸		۴/۳۶	۱۹/۶۶		۴/۵۰	۲۷/۴۶		۵/۳۴	۲۷/۷۵	خیر	
۰/۰۰۰	۱۲/۱۶	۷۰/۲۷	۰/۰۰۱	۴/۶۴	۱۸/۰۵	۰/۱۲	۴/۴۳	۲۷/۵۴	۰/۰۰۰	۵/۷	۲۵/۵۵	بلی	مصرف سیگار
	۱۰/۷۲	۷۵/۵۶		۴/۲	۱۹/۹۳		۴/۷۴	۲۶/۶۵		۵/۰۴	۲۸/۰۸	خیر	
۰/۰۰۱	۱۳/۵۰	۶۸/۲۳	۰/۰۰۰	۴/۹۷	۱۷/۰۸	۰/۱۷	۵/۴۸	۲۶/۳۳	۰/۰۰۰	۵/۸۷	۲۴/۸۱	بلی	مصرف مواد مخدر
	۱۰/۶۴	۷۵/۴۳		۴/۲۲	۱۹/۹۱		۴/۳۶	۲۷/۵۱		۵/۰۸	۲۷/۹۹	خیر	

کمتری به خرج می‌دادند (۱۲).

پایین بودن میانگین نمرات در مورد رفتارهایی مثل شرکت نکردن در کلاس‌های آموزش مراقبت از خود، نگرفتن نبض هنگام ورزش و عدم انجام تمرینات تمدد اعصاب در راستای کنترل استرس توسط دیگر مطالعات تأیید می‌شود (۱۱). احتمالاً به دلیل کمبود امکانات و عدم دسترسی (مثلاً کمبود و یا نبود کلاس‌های آموزش مراقبت از خود) همچنین عدم آگاهی دانشجویان در مورد انجام برخی از رفتارها مثل اندازه‌گیری نبض هنگام ورزش و آشنایی نداشتن با روش‌های تمدد اعصاب و تن‌آرامی، دانشجویان این رفتارها را کمتر انجام می‌دادند. از طرفی، ممکن است به دلیل عدم تنوع در برنامه زندگی روزانه بیشتر دانشجویان احساس می‌کردند زندگی روزانه آن‌ها جالب و هیجان‌انگیز نیست. از سویی دیگر، تمایل کم دانشجویان به در میان گذاشتن نگرانی‌ها و مشکلات خود با افراد، ممکن است به دلیل تفاوت‌های شخصیتی، اعتقادات و باورهای فردی و فرهنگی باشد.

نتایج نشان داد دانشجویان در زمینه زیرمقیاس‌های رشد معنوی و ارتباطات بین فردی نمره خوب (بالای ۲۷) و در مورد سایر زیرمقیاس‌ها نمره متوسطی (۱۹-۲۷) کسب کردند. در بین زیرمقیاس‌ها، رشد معنوی بیش‌ترین و فعالیت‌های بدنی کمترین میانگین نمره را به خود اختصاص دادند که با مطالعه مطلق و همکاران (۱۴)، باقیانی‌مقدم و همکاران (۱۶) و ایوبی و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. 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 برابر سلامت و سپس به فعالیت بدنی تعلق گرفت (۱۰).

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 (۱۸). به همین دلایل سلامت معنوی در برنامه‌های آموزشی بسیاری از کشورهای دنیا گنجانده شده است و برنامه‌های آموزشی و درسی بر آن اساس و در بستری از مفاهیم معنوی ساخته و پرداخته می‌شوند. در ایران نیز در برنامه آموزشی دوره دکترای پزشکی و دوره

کارشناسی پرستاری حرکت‌هایی صورت گرفته است (۱۹). نتایج این پژوهش همسو با سایر مطالعات نشان داد دانشجویان از شیوه زندگی بی‌تحرك پیروی می‌کنند (۲۱-۲۲). 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 (۱). توجه نکردن به فعالیت‌های بدنی دانشجویان علل و موانع زیادی دارد. شاید یکی از دلایل مهم این یافته مشغول‌شدن بیش از حد دانشجویان با رایانه باشد که بیشتر اوقات فراغت آن‌ها را پر می‌کند. بدیهی است شناسایی عوامل و رفع موانع می‌تواند کمک زیادی به حل این معضل کند.

نکته دیگر حائز اهمیت در این پژوهش پایین بودن میانگین نمره مدیریت استرس است. از روش‌های متفاوتی مانند آرامی، مراقبه، روش حل مسئله و تمرکز بر افکار مثبت را می‌توان برای تن‌آرامی استرس استفاده کرد. به نظر می‌رسد قرار دادن آموزش مدیریت استرس در برنامه مشاوره دانشجویان موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی و در نتیجه سلامت بیشتر دانشجویان می‌شود؛ که خود راهی برای کمک به افزایش بهره‌وری محیط آموزشی دانشگاه است. در کل، نمرات مربوط به زیرگروه سلامت روانی-اجتماعی در مقایسه با رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیشتر بود. قرارگرفتن مؤلفه فعالیت بدنی در زیرگروه رفتارهای ارتقادهنده سلامت و قرارگرفتن مؤلفه رشد معنوی در زیرمقیاس سلامت روانی-اجتماعی تبیین این یافته است.

به‌طورکلی میانگین نمره شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در دانشجویان مطالعه حاضر $20/3 \pm 139/84$ بود که با توجه به سطح‌بندی (نمره بین ۱۰۰ تا ۱۵۰) میانگین نمره متوسطی است که ضرورت انجام مداخلات در جهت ارتقا سلامت را مطرح می‌کند. در مطالعه‌ای که توسط ایوبی و همکاران در سال ۱۳۹۱ انجام شد، میانگین نمره $140/07$ حاصل شد (۱۷) که با مطالعه حاضر بسیار نزدیک است.

همسو با سایر مطالعات (۱، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۲-۲۳) پژوهش حاضر نشان داد جنسیت بر فعالیت‌های بدنی و عادات غذایی تأثیرگذار است (۲، ۱۳-۱۴)؛ به‌طوری‌که که فعالیت‌های بدنی پسران بیشتر از دختران و عادات غذایی دختران بهتر از پسران بود، اما با افزایش سن فعالیت بدنی

می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده این است که شیوه زندگی دانشجویان مورد بررسی از نظر رشد روحی، روابط بین فردی، در سطح مطلوب‌تر و از نظر فعالیت بدنی و مدیریت استرس در سطح نامطلوب‌تری قرار داشتند. با توجه به نتایج این مطالعه، لزوم مداخلات به خصوص با تاکید بر فعالیت بدنی و مدیریت استرس در بین دانشجویان ضروری می‌باشد. طیفی از اقدامات مانند برنامه‌ریزی‌های مناسب و کاربردی کردن آن‌ها در زمینه رفع موانع، گسترش امکانات و تسهیلات، ترغیب و تشویق افراد از طریق آموزش بهداشت می‌تواند مداخلات مناسبی در این زمینه باشد. بدیهی است این امور می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های کلان کشوری تأثیری زیادی بر شیوه زندگی افراد در راستای توسعه پایدار ایفا نماید. زیرا ارتقای شیوه زندگی سالم، امتدادی از یک حرکت مداوم در راستای توانمندسازی فردی و اجتماعی در زمینه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت هست.

در مطالعه حاضر، پرسشنامه به‌صورت خودگزارش‌دهی بود که این امر می‌تواند توصیف نادرست برخی از متغیرهای گزارش‌شده را به عنوان یکی از محدودیت‌های این مطالعه همراه داشته باشد.

سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان که از این تحقیق حمایت مالی کردند و همچنین همکاری دانشجویان دانشگاه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. 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.
2. WHO: The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. *J Sch*

دانشجویان کاهش می‌یافت که با مطالعه اولیا^۲ و همکاران همخوانی دارد (۲۲)، اما رفتارهای غذایی سالم‌تر می‌شدند. وانگ و همکاران در سال ۲۰۰۹ نیز گزارش کردند که دانشجویان سال آخر نسبت به سال اول عادات غذایی بهتری داشتند (۲۰). شاید افزایش اطلاعات و دانش تغذیه‌ای باعث شده دانشجویان مسن‌تر عادات غذایی سالم‌تری در پیش بگیرند. همچنین پژوهش حاضر نشان داد مجردها در مقایسه با متأهلین استرس خود را بهتر مدیریت می‌کردند و بیشتر فعالیت‌های بدنی را در برنامه خود قرار می‌دادند که توسط مطالعه اولیا و همکاران (۲۲) تأیید می‌شود. همچنین طبق پژوهش حاضر دانشجویانی که در منزل اجاره‌ای زندگی می‌کردند نسبت به کسانی که منزل شخصی داشتند و یا با والدین زندگی می‌کردند عادات غذایی غیرسالم‌تری داشتند. مطالعه وی و همکاران (۱۰) نشان می‌دهد زندگی با والدین با رشد عادات سالم غذایی در دانشجویان همراه است. از طرفی، نتایج این پژوهش نشان داد کسانی که با والدین خود زندگی می‌کردند از ارتباطات بین فردی بهتری برخوردار بودند.

احتمالاً درک وضعیت جسمی نامناسب توسط دانشجویان مورد پژوهش انگیزه‌های شده تا از کمتحرکی اجتناب کنند و بنابراین نسبت به کسانی که گزارش کرده بودند بیماری جسمی ندارند، نمرات بالاتری در زیرمقیاس فعالیت بدنی کسب کنند. بر طبق نتایج این پژوهش کسانی که سابقه مصرف سیگار یا موادمخدر داشتند، مسئولیت‌پذیری کمتری در برابر سلامتی خود داشته، عادات و رفتارهای غذایی نامناسب‌تری در پیش‌گرفته و از رشد معنوی و مدیریت استرس کمتری برخوردار بودند و به‌طور کل از نظر رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سلامت روانی اجتماعی در وضعیت نامناسب‌تری قرار داشتند. این نتیجه دور از انتظار نبود. اعتیاد به دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش در همه ابعاد زندگی تأثیر دارد، سلامتی افراد را به خطر انداخته و آثار سوء آن بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی فرد به وضوح قابل مشاهده است (۲۴).

نتیجه‌گیری: به‌منظور حفظ شیوه زندگی سالم در بین جوانان باید به مواردی مانند تغذیه کافی و مناسب، ورزش، داشتن ارتباطات اجتماعی مناسب و کسب مهارت‌های مدیریت استرس و سلامت معنوی توجه شود. در کل،

2012; 17:222-227.

11. Lee R and Yuen Loke A. 2005. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in HongKong. *Public Health Nursing*(22)3:209-220.

12. Dini Talatappeh, Tavakoli H.R, Rahmati Najarkolaei F, Dabbagh Moghadam A., Khoshdel A. Knowledge, Beliefs and Behavior of Food Consumption among Students of Military University: The Application of Health Belief Model (HBM). *Iranian Journal of Military Medicine* 2012; 14(3): 206-213. Persian.

13. Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. 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

14. 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.

15. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. *The Health-Promoting Lifestyle Profile II* Omaha:University of Nebraska Medical Center, College of nursing.

16. 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.

17. 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.

3. Nilsaz M, Tavassoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezli M, Ghazanfari Z, Mirzaei A. Study of Health-promoting behaviors and Life Style among students of Dezful universities. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2012; 20(4):1-5. Persian.

4. Kelishadi R, Ardalan G, Gharatmand R, Sheikh al-Islam R., Majdzadeh SR, Delaware A and et al. The eating habits of our society today and the future health of children and adolescents provides? *Caspian study. The Journal of Pediatrics*, Summer 1384; 15 (2) :97-107. Persian.

5. Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. Economic Burden and Costs of Chronic Diseases in Iran and the World. *Health Information Management* 2012; 8(7): 984-996. Persian.

6. Ebrahim SH. Chronic diseases and calls to action. *International Journal of epidemiology* 2008; 37: 225-30.

7. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GH R, Shojaezadeh D. [The Relation between Health-Promoting Lifestyle and Quality of Life in Undergraduate Students at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences]. *J Health Sys Res* 2011; 7:1-7. Persian.

8. Pender N: *Health promotion in nursing practice* 3rd edition. Stamford, CT: Appleton & Lange; 2008.

9. Can G, Ozdilli K, Erol O. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *J Nurs Health Sci* 2008; 10: 273-80.

10. 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*

- factor analysis. *Pejouhandeh* 2012;17(3):114-20. Persian.
18. 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.
19. Akbari M, Abbasi M, shamsy E. Spiritual Health in Medical Education . *Medical Ethic* 14)4;2012);113-130. Persian.
20. Wang, -Quan Ch, Yen Chen M, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health* 2009;9:379:1-9
21. Hosseini M1, Ashktorab T, Taghdisi MH. Health Promotion Lifestyle in Nursing Students: A systematic review. *Journal of Health Promotion Management* 2012; 2(1):66-79. Persian.
22. Al-Kandari F L, Vidal V. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nursing and Health Sciences.* 2007; 9(2):112–119.
23. Ulla Díez A, Pérez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International* 2009; 25 (1):85-93.
24. Hojjati H, Sharif Nia S, Faghani M, Hojjati H, Salmasi E. Study of social acceptance and relationship with quality of addict's life referred to addiction centers in Golestan province in 1388. *Jundishapur Journal of Health Sciences* 2012;4(3):57-64. Persian.