

بررسی ارتباط درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت و مقایسه آن در دو گروه دانشجویان سال چهارم دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران

مرضیه شبان* عباس مهران** فاطمه تقلیلی***

چکیده

زمینه و هدف: درک فرد از مفهوم سلامتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند بر عملکرد افراد مؤثر باشد. هدف اصلی این تحقیق تعیین ارتباط «درک مفهوم سلامت» و «رفتارهای ارتقای سلامت» در میان دو گروه از دانشجویان علوم پزشکی که دروس تخصصی سلامت را می‌گذرانند و دانشجویان غیرپزشکی که به منابع اطلاعات به صورت عام دسترسی دارند، می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی است. جمعیت مورد مطالعه دانشجویان سال چهارم مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران هستند. نمونه مورد مطالعه ۴۰۰ دانشجوی رشته‌های پزشکی و ۴۰۰ دانشجوی رشته‌های غیرپزشکی می‌باشند که به صورت تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار کار پرسشنامه خودسنجی سلامت شامل سه قسمت اطلاعات فردی، درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت می‌باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات از آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی و درصد) و آزمون‌های من‌ویتنی‌یو، t و ضریب همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها: ۴۹/۷٪ دانشجویان رشته‌های پزشکی درک مفهوم سلامت در سطح خوب و ۶/۸٪ در سطح خیلی خوب داشتند و ۴۹/۴٪ دانشجویان غیرپزشکی نیز در سطح خوب و ۸/۶٪ در سطح خیلی خوب بودند. در مورد رفتارهای ارتقای سلامت ۵۷٪ دانشجویان پزشکی و ۵۴/۹٪ دانشجویان غیرپزشکی دارای رفتارهای ارتقای سلامت در سطح خوب بودند. بین مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت در هر دو گروه بر اساس ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنادار وجود داشت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها در این بررسی بین درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت در هر دو گروه دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی ارتباط مستقیم وجود دارد و بین دو گروه در تمامی ابعاد رفتارهای ارتقای سلامت تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود به جز مصرف سیگار که در این زمینه دانشجویان پزشکی رفتارهای ارتقای سلامت بهتری را نشان داده‌اند.

نویسنده مسئول:
مرضیه شبان؛ دانشکده
پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی
تهران

e-mail:
Shabanma@sina.
tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: درک مفهوم سلامت، ارتقای سلامت، رفتار، دانشجویان

- دریافت مقاله: تیر ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۸۶

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت نیست بلکه حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و

اجتماعی را در بر می‌گیرد (۱) منظور از درک مفهوم سلامت، ادراک از سلامتی بر اساس آموخته‌ها، ارزش‌ها و اعتقادات هر فرد می‌باشد که تحت تأثیر محیط، خانواده و اجتماع قرار دارد، چنانچه درک از مفهوم سلامت به صورت انتزاعی باشد اثرات آن در زندگی واضح نخواهد

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی و کارشناس ارشد آمار حیاتی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** کارشناس ارشد پرستاری

بود، در حالی که رفتار انسان‌ها می‌تواند میزان درک آن‌ها از مفاهیم را به خوبی نشان دهد (۲). ارتقای سلامت، علم و هنر تغییر شیوه زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب است. ارتقای سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه‌های بیماری در بُعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و افکار و کنار آمدن با استرس و مشکلات در بُعد روحی و روانی، استقلال و سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بُعد اجتماعی می‌پردازد (۳-۵). و همیشه سعی در توسعه آن دارد به طوری که از طرق رسمی و غیر رسمی برای آن آموزش می‌گیرد و از اطلاعات به روز برای رسیدن به ارتقای سلامت استفاده می‌کند (۶). برای اطمینان از دستیابی افراد جامعه به سلامت، باید شیوه زندگی آن‌ها بررسی شده و تغییرات آن مورد توجه قرار گیرد. عدم کنترل عوامل خطر در شیوه زندگی و عادات بهداشتی سبب ۵۰ درصدی مرگ‌های زودرس است (۵). دست‌اندرکاران سلامت و بهداشت جامعه باید تمامی تلاش خود را جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و اختلالات به کار گیرند (۷) جوانان و نوجوانان گروه در معرض خطر جامعه هستند و رفتارهای پرخطر با شکل‌گیری عادت‌ها اغلب در این دوره سنی شروع شده و تداوم می‌یابد. رفتارهای درست آن‌ها قابل تقویت و رفتارهای نادرست قابل پیشگیری است (۸). با توجه به این که ۲۷٪ جمعیت کشور ایران را نوجوانان تشکیل می‌دهند و از آن جا که این گروه سنی

بیشتر از گروه‌های دیگر در معرض رفتارهای پر خطر نظیر مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر، صدمات عمدی و غیرعمدی، روابط جنسی ناسالم، رژیم غذایی غیربهداشتی و عدم فعالیت فیزیکی هستند بیشتر مورد توجه می‌باشند (۹). در تحقیقی که با عنوان «بررسی رفتارهای پرخطر بهداشتی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تهران» انجام شد نتایج نشان داد که میزان رفتارهای پرخطر به لحاظ بهداشتی در جامعه مورد مطالعه، شامل صدمات عمدی ۸۶/۸٪، صدمات غیرعمدی ۶۰/۴٪، مصرف سیگار ۶۵٪، الکل ۳/۷٪ رژیم بد غذایی ۱۷/۵٪ و عدم فعالیت فیزیکی ۷۹/۹٪ می‌باشد (۱۰). لذا جوانان باید از رفتارهای بهداشتی صحیح آگاه بوده و بتوانند آن را در جهت بهبود سطح سلامتی و کیفیت زندگی به کار گرفته و ارتقا بخشند (۱۱). انتخاب دانشجویان به عنوان جامعه مورد مطالعه نیز به چند علت صورت گرفته است اول از همه سن آن‌ها و آموزش‌پذیری ایشان، دوم این افراد الگوهای مناسبی برای شیوه زندگی سالم و بهداشتی در جامعه هستند، به خصوص دانشجویان رشته‌های پزشکی که خود حلقه‌ای از زنجیره سلامت می‌باشند. البته با توجه به تحقیقات انجام شده در این زمینه به نظر می‌رسد صرف تحصیلات در رشته‌های علوم پزشکی نمی‌تواند باعث ارتقای رفتارهای سالم در افراد گردد. چنانچه در تحقیقی که در مورد دانشجویان سال آخر پرستاری دانشگاه‌های شهر تهران انجام شده فقط ۱/۳٪ دارای رفتارهای بهداشتی خوب بوده‌اند و ۸۸٪ دانشجویان رفتارهای بهداشتی متوسط داشته‌اند (۱۲).

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی بوده و جمعیت مورد مطالعه را دانشجویان سال چهارم مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران تشکیل می‌دهند. نمونه مورد مطالعه ۴۰۰ دانشجوی سال چهارم علوم پزشکی شامل رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی و ۴۰۰ دانشجوی سال چهارم رشته‌های غیرپزشکی شامل مدیریت، اقتصاد، تربیت بدنی، فنی و مهندسی، زبان‌های خارجی، ادبیات و علوم انسانی است. پس از بررسی پرسشنامه‌های تکمیل شده تعداد ۷۰ پرسشنامه (۶۰ مورد مربوط به گروه پزشکی و ۱۰ مورد مربوط به گروه غیرپزشکی) ناقص و غیرقابل استفاده تشخیص داده شده و از مطالعه حذف گردید. بنابراین تعداد نمونه مورد مطالعه در این تحقیق ۷۳۰ نفر است.

ابزار تحقیق عبارت بود از یک پرسشنامه (محقق ساخته) خودسنجی سلامت متشکل از سه قسمت اطلاعات فردی، درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت شامل جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی. در قسمت درک مفهوم سلامت ۸ سؤال، و در بخش رفتارهای ارتقای سلامت در بُعد جسمی ۷ سؤال، بُعد تناسب اندام ۹ سؤال، بُعد خودمراقبتی و مراقبت‌های پزشکی ۱۱ سؤال، بُعد عادات غذایی ۱۳ سؤال، بُعد محیط زیست ۴ سؤال، بُعد عملکرد جنسی ۴ سؤال، بُعد مصرف سیگار و مواد مخدر ۶ سؤال، احتیاط‌های رانندگی ۶ سؤال، بُعد عوامل روانی ۷ سؤال، بُعد استرس

رفتارهای پرخطر در گروه سنی جوان می‌تواند باعث ایجاد بیماری در دوره‌های بعدی زندگی شود، از جمله این بیماری‌ها که باعث ناتوانی فرد در سنین بهره‌دهی می‌شود و کاهش طول عمر را به دنبال دارد می‌توان به ایدز، هیپاتیت، اختلالات قلبی و عروقی و ریوی، افسردگی، اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر و الکل اشاره کرد (۶، ۱۲ و ۱۳). برخی گزارش‌های تحقیقی نشان می‌دهد که بین درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت ارتباط وجود دارد و این ارتباط باعث ایجاد انگیزه و پیگیری سلامت در افراد می‌شود (۱۴). از آن جا که اطلاعات پایه‌ای در هر زمینه‌ای می‌تواند راهگشایی برای تحقیقات بعدی باشد، در این طرح در مرحله اول به بررسی ارتباط بین درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت در دو گروه دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه تهران پرداخته شده و سپس دو گروه با هم مقایسه شده‌اند. این مقایسه به خصوص از این نظر اهمیت دارد که دانشجویان علوم پزشکی در واحدهای درسی خود مطالبی را فرا می‌گیرند که تصور می‌شود باید درک بهتری نسبت به دانشجویان غیرپزشکی داشته باشند. در این زمینه تا به حال در مورد دانشجویان غیرپزشکی نیز تحقیقی انجام نشده است، لذا این طرح با هدف تعیین ارتباط درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت و مقایسه آن در بین دانشجویان علوم پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه تهران در مدت ۶ ماه (بهمن ۸۴ تا تیر ۱۳۸۵) انجام گرفته است.

۱۴ سؤال و بُعد عوامل اجتماعی ۹ سؤال طراحی گردید.

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی و در دو مرحله انجام گرفت، ابتدا تعداد دانشکده‌های پزشکی و غیرپزشکی مشخص و بر حسب قرعه از بین آن دانشکده‌ها به صورت تصادفی انتخاب شده و از بین آن‌ها دانشجویان سال چهارم به تناسب تعداد دانشجو در هر رشته به صورت تصادف از روی لیست انتخاب گردیدند. به این ترتیب که برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از آموزش هر دانشکده تعداد دانشجویان هر رشته سؤال شد و سپس به نسبت دانشجویان هر رشته تعداد نمونه انتخاب شد. سپس همکاران طرح با مراجعه به محل‌های پژوهش و کسب رضایت نمونه‌ها، پرسشنامه‌ها را ضمن تأکید بر محرمانه تلقی شدن پاسخ‌ها به آنان ارائه نمودند.

پس از استخراج پرسشنامه و نمره‌دهی به پاسخ‌ها در مورد درک مفهوم سلامت کسب نمره کمتر از ۱۰ ضعیف، ۱۰-۱۲ متوسط، ۱۳-۱۶ خوب و ۱۵-۱۶ خیلی خوب در نظر گرفته شد. در مورد رفتارهای ارتقای سلامت کسب نمره ۵۰ و کمتر ضعیف، ۵۱-۷۰ متوسط، ۷۱-۹۰ خوب، ۹۱ و بالاتر خیلی خوب منظور شد. لازم به ذکر است که نمرات درک مفهوم سلامت ۱۶-۰ و نمرات رفتارهای ارتقای سلامت به طور کلی ۱۰۰-۰ در نظر گرفته شده است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی نظیر جداول فراوانی و درصد فراوانی و شاخص‌های مرکزی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. ضمناً

جهت تعیین ارتباط درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت دو گروه، از آزمون آماری من‌ویتنی‌یو و t و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. با توجه به این که در مقایسه هر یک از ابعاد مختلف رفتارهای ارتقای سلامت از آزمون من‌ویتنی استفاده شد؛ ولی در مورد مجموع امتیازهای مربوط به رفتارهای ارتقای سلامت با توجه به فراهم بودن شرایط لازم از آزمون t استفاده گردید.

یافته‌ها

در این تحقیق ۷۳۰ نفر از دانشجویان سال چهارم به سؤالات پرسشنامه پاسخ داده‌اند که ۳۴۰ نفر آن‌ها در گروه پزشکی و ۳۹۰ نفر در گروه غیرپزشکی تحصیل می‌کردند. مشخصات دانشجویان نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی وضعیت سکونت به تفکیک در جدول شماره ۱ آورده شده است.

۹۸/۲٪ در گروه پزشکی و ۹۵/۸٪ در گروه غیرپزشکی مسلمان بوده و ۸۷/۳٪ در گروه پزشکی و ۷۶/۸٪ در گروه غیرپزشکی در حین تحصیل مشغول به کار نبوده‌اند.

تحصیلات والدین اکثریت دانشجویان در هر دو گروه در سطح عالی (۵۳/۹٪ در گروه پزشکی و ۴۸/۷٪ در گروه غیرپزشکی) بوده است، درآمد خانواده در ۵۷/۷٪ گروه پزشکی و ۶۱/۶٪ گروه غیرپزشکی، بالای ۳۰۰ هزار تومان در ماه بوده است.

لازم به ذکر است که در مواردی نظیر میزان درآمد، شغل پدر و مادر، نوع کار در

حین تحصیل برخی واحدها به سؤالها پاسخ نداده‌اند.

نمره درک مفهوم سلامت در بین ۳۲/۲٪ دانشجویان علوم پزشکی و ۳۵/۳٪ دانشجویان غیرپزشکی ۱۴ از ۱۶ می‌باشد. نمره رفتارهای ارتقای سلامت از بُعد عوامل جسمی در میان ۲۴/۴٪ دانشجویان علوم پزشکی ۵ و ۲۲/۲٪ دانشجویان غیرپزشکی ۶ از ۷ است. در بُعد تناسب اندام نمرات کسب شده در ۱۲/۹٪ گروه پزشکی ۹ و ۱۲/۱٪ گروه غیرپزشکی ۵ از ۱۶ می‌باشد. در بُعد مراقبت از خود نمرات کسب شده در ۱۰/۳٪ گروه پزشکی ۱۱ و ۱۰/۸٪ گروه غیرپزشکی ۱۵ از ۲۷ است. در بُعد عادات غذایی ۱۴/۸٪ گروه پزشکی ۱۰ و ۱۸/۲٪ گروه غیرپزشکی ۹ از ۱۵ را کسب کرده‌اند. در بُعد شرایط محیط زیست نیز ۴۷/۵٪ دانشجویان پزشکی و ۴۲/۵٪ غیرپزشکی ۲ از ۴ را به دست آورده‌اند. در بُعد عملکرد جنسی ۷۸/۶٪ دانشجویان پزشکی و ۷۸/۵٪ دانشجویان غیرپزشکی ۸ از ۸ را به دست آورده‌اند. در تمام موارد بالا بین دو گروه دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی بر اساس آزمون آماری من‌ویتنی‌یو اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد. نمرات رفتارهای ارتقای سلامت از بُعد مصرف سیگار و مواد مخدر در بین ۷۰/۸٪ دانشجویان پزشکی و ۶۱/۲٪ غیرپزشکی ۶ از ۶ است و آزمون آماری من‌ویتنی‌یو بین دو گروه از این نظر اختلاف معناداری نشان داد (۰/۰۰۵ = p). در بُعد احتیاط‌های رانندگی ۳۲/۶٪ گروه پزشکی ۵ و ۳۵/۱٪

غیرپزشکی نمره ۶ از ۶ را کسب نموده‌اند. در بُعد عوامل روانی نمرات کسب شده توسط ۲۳/۶٪ دانشجویان گروه پزشکی ۴ و ۲۱/۷٪ غیرپزشکی ۵ از ۷ می‌باشد. در بُعد استرس نیز نمرات رفتارهای ارتقای سلامت در ۱۶/۹٪ دانشجویان پزشکی ۹ و ۱۶/۹٪ دانشجویان غیرپزشکی ۱۱ از ۱۳ بود. در بُعد عوامل اجتماعی نمرات کسب شده در بین ۲۰/۵٪ دانشجویان پزشکی ۹ و ۱۷/۷٪ دانشجویان غیرپزشکی ۸ از ۹ بود که بر اساس آزمون من‌ویتنی‌یو بین هیچ یک از موارد بالا اختلاف معناداری مشاهده نشد.

بین نمرات ارتقای سلامت و نمرات درک مفهوم سلامت هم در گروه دانشجویان پزشکی و هم دانشجویان غیرپزشکی با انجام ضریب همبستگی پیرسون ارتباط آماری معنادار است (۰/۰۰۱ < p) (جدول شماره ۲).

در مورد سطح درک مفهوم سلامت ۴۹/۷٪ گروه پزشکی و ۴۹/۴٪ گروه غیرپزشکی در سطح خوب بوده‌اند و بین دو گروه از نظر درک مفهوم سلامت اختلاف معنادار آماری وجود نداشت (جدول شماره ۳). در مورد سطح رفتارهای ارتقای سلامت از بُعد جسمی، تناسب اندام، مراقبت از خود، عادات غذایی، محیط زیست، احتیاط‌های رانندگی، عوامل روانی، استرس، عوامل اجتماعی، مصرف سیگار و عملکرد جنسی، هر دو گروه دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی در سطح خوب بوده‌اند و اختلاف آماری بین دو گروه مشاهده نشد.

گرچه در تمامی ابعاد دانشجویان گروه پزشکی و غیرپزشکی مشابه رفتار می‌کردند ولی به لحاظ مصرف سیگار بین دو گروه

اختلاف وجود داشت به طوری که دانشجویان غیرپزشکی سیگار بیشتری مصرف می‌کردند. البته در مورد مصرف مواد مخدر پاسخ‌ها منفی بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی مشخصات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۴

| غیرپزشکی | | پزشکی | | گروه تحصیلی | مشخصات | |
|----------|-------|-------|-------|----------------------|----------------|--------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | | | |
| ۳۹/۲ | ۱۵۰ | ۲۴/۲ | ۸۱ | ۱۸-۲۱ | سن | |
| ۵۳/۵ | ۲۰۵ | ۷۱/۶ | ۲۴۰ | ۲۲-۲۵ | | |
| ۷/۳ | ۲۸ | ۴/۲ | ۱۴ | ۲۶ به بالا | | |
| ۱۰۰ | ۳۸۳ | ۱۰۰ | ۳۳۵ | جمع | | |
| ۳۴/۸ | ۱۳۴ | ۴۱/۸ | ۱۴۲ | مرد | جنسیت | |
| ۶۵/۲ | ۲۵۱ | ۵۸/۲ | ۱۹۸ | زن | | |
| ۱۰۰ | ۳۸۵ | ۱۰۰ | ۳۴۰ | جمع | | |
| ۱۶/۷ | ۶۴ | ۱۲/۱ | ۴۱ | متاهل | وضعیت تاهل | |
| ۸۳/۳ | ۳۲۰ | ۸۷/۹ | ۲۹۹ | مجرد | | |
| ۱۰۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰ | ۳۴۰ | جمع | | |
| ۰ | ۰ | ۲۶/۵ | ۹۰ | پزشکی | رشته تحصیلی | |
| ۰ | ۰ | ۷/۴ | ۲۵ | پرستاری | | |
| ۰ | ۰ | ۵/۶ | ۱۹ | مامایی | | |
| ۰ | ۰ | ۷/۶ | ۲۶ | توانبخشی | | |
| ۰ | ۰ | ۱۴/۱ | ۴۸ | دندانپزشکی | | |
| ۰ | ۰ | ۱۰/۹ | ۳۷ | داروسازی | | |
| ۰ | ۰ | ۱۴/۱ | ۴۸ | بهداشت | | |
| ۷/۳ | ۲۸ | ۰ | ۰ | تربیت بدنی | | |
| ۳۷/۴ | ۱۴۴ | ۰ | ۰ | مدیریت | | |
| ۴/۹ | ۱۹ | ۰ | ۰ | اقتصاد | | |
| ۱۶/۹ | ۶۵ | ۰ | ۰ | فنی و مهندسی | | |
| ۱۲/۲ | ۴۷ | ۰ | ۰ | زبان‌های خارجی | | |
| ۱۵/۶ | ۶۰ | ۰ | ۰ | ادبیات و علوم انسانی | | |
| ۵/۷ | ۲۲ | ۱۳/۸ | ۴۷ | سایر | | |
| ۱۰۰ | ۳۸۵ | ۱۰۰ | ۳۴۰ | جمع | | |
| ۲۶/۶ | ۱۰۰ | ۴۵/۷ | ۱۵۴ | خوابگاه | | محل سکونت |
| ۵۷/۴ | ۲۱۶ | ۴۲/۶ | ۱۴۷ | منزل شخصی | | |
| ۱۳/۸ | ۵۲ | ۱۰/۱ | ۳۴ | استیجاری | | |
| ۲/۱ | ۸ | ۰/۶ | ۲ | منزل اقوام و دوستان | | |
| ۱۰۰ | ۳۷۶ | ۱۰۰ | ۳۳۷ | جمع | | |

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون نمرات ارتقای سلامت و درک مفهوم سلامت در دو گروه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۴

| نتیجه آزمون آماری | ضریب همبستگی پیرسون | انحراف معیار | میانگین | شاخص‌ها | |
|-------------------|---------------------|--------------|---------|----------------------|--------------------|
| | | | | گروه تحصیلی | |
| $p < 0.001$ | $r = 0.618$ | ۱۰/۸ | ۷۳/۹ | نمره ارتقای سلامت | دانشجویان پزشکی |
| | | ۱/۹۴ | ۱۲/۴۴ | نمره درک مفهوم سلامت | |
| $p < 0.001$ | $r = 0.692$ | ۱۲/۵۶ | ۷۲/۶۹ | نمره ارتقای سلامت | دانشجویان غیرپزشکی |
| | | ۲/۱۳ | ۱۲/۴۲ | نمره درک مفهوم سلامت | |

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح درک مفهوم سلامت در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۴

| غیرپزشکی | | پزشکی | | گروه تحصیلی |
|-------------|-------|-------------|-------|---------------------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۱۱/۲ | ۳۳ | ۸/۲ | ۲۸ | ضعیف |
| ۳۰/۹ | ۱۱۹ | ۳۵/۳ | ۱۲۰ | متوسط |
| ۴۹/۴ | ۱۹۰ | ۴۹/۷ | ۱۶۹ | خوب |
| ۸/۶ | ۳۳ | ۶/۸ | ۲۳ | خیلی خوب |
| ۱۰۰ | ۳۸۵* | ۱۰۰ | ۳۴۰ | جمع |
| (۲/۱۳)۱۲/۴۲ | | (۱/۹۴)۱۲/۴۴ | | میانگین (انحراف معیار) |
| $p = 0.089$ | | | | **نتیجه مقایسه میانگین‌ها |

* ۵ نفر از دانشجویان گروه غیرپزشکی به این سؤال پاسخ ندادند.

** آزمون آماری t

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح رفتارهای ارتقای سلامت در دو گروه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۴

| غیرپزشکی | | پزشکی | | گروه تحصیلی |
|--------------|-------|------------|-------|----------------------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۵/۵ | ۱۹ | ۰/۷ | ۲ | رفتارهای ارتقای سلامت |
| ۳۳/۹ | ۱۱۸ | ۳۵/۱ | ۱۰۷ | ضعیف |
| ۵۴/۹ | ۱۹۱ | ۵۷ | ۱۷۴ | متوسط |
| ۵/۷ | ۲۰ | ۷/۲ | ۲۲ | خوب |
| ۱۰۰ | ۳۸۴** | ۱۰۰ | ۳۰۵* | خیلی خوب |
| (۱۲/۵۶)۷۲/۶۹ | | (۱۰/۸)۷۳/۹ | | جمع |
| $p = 0.184$ | | | | میانگین (انحراف معیار) |
| | | | | ***نتیجه مقایسه میانگین‌ها |

* اطلاعات سطح ارتقای سلامت ۳۵ نفر از دانشجویان گروه پزشکی ناقص بوده است.

** اطلاعات سطح ارتقای سلامت ۶ نفر از دانشجویان گروه غیرپزشکی ناقص بوده است.

*** آزمون آماری t

بحث

نقش رفتارهای بهداشتی نظیر ورزش، تغذیه و ... در کاهش ابتلا به بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آن به خوبی شناخته شده است. بسیاری از مشکلات پیچیده بهداشتی ناشی از بیماری‌های مزمنی است که علت آن سبک زندگی و رفتارهای انسان است؛ بسیاری از افراد جامعه از زمان نوجوانی با رفتارهای غیربهداشتی در معرض بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس قرار می‌گیرند. علت اصلی شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی منابع آموزشی و فرهنگی است. بنابراین الگوپردازی نقش اساسی در رفتار انسان‌ها ایفا می‌کند. با توجه به این که دانشجویان در موقعیت‌های مختلف در تماس با خانواده، جامعه و مردم هستند، می‌توانند بیاموزند و آموخته‌های خود را به دیگران منتقل کنند. این گونه به نظر می‌رسد که دانشجویان گروه پزشکی طی گذراندن واحدهای درسی خود در دانشگاه با بسیاری از مسایل بهداشتی آشنا می‌شوند و انتظار می‌رود از این طریق به سطح سلامت بالاتری ارتقا یابند، در حالی که دانشجویان غیرپزشکی با این مسایل به طور آکادمیک آشنایی کمتری دارند؛ با این فرض تحقیق حاضر به بررسی ارتباط درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت و مقایسه آن در دو گروه از دانشجویان علوم پزشکی و غیرپزشکی پرداخته است.

همان‌گونه که در قسمت یافته‌ها آمد، میزان درک مفهوم سلامت در هر دو گروه دانشجویان در سطح خوب و در برخی موارد در سطح خیلی خوب بوده است. در تحقیق مشابهی که Kann و همکاران در آمریکا انجام داده‌اند نتایج نشان می‌دهد که میزان درک

مفهوم سلامت ۵۵٪ واحدها در سطح خیلی خوب و ۲۰٪ در سطح خوب بوده است (۵)، یعنی نتایج این بخش از تحقیق Kann با بررسی حاضر متفاوت است، به طوری که اکثریت دانشجویان ایرانی از نظر میزان درک مفهوم سلامت در سطح خوب و اقلیت خیلی خوب بودند.

Adderley-Kelly و Green نشان دادند که در آمریکا بیش از ۸۰٪ دانشجویان نمرات عالی رفتارهای بهداشتی در ابعاد تغذیه، کنترل استرس و ... را کسب کرده‌اند (۱۴).

در مورد رفتارهای ارتقای سلامت نیز نتایج تحقیق حاضر نشان داد که دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی در اکثریت موارد در سطح خوب می‌باشند. در مطالعه‌ای که نوروزی در ایران با هدف مقایسه شیوه زندگی دانشجویان جدیدالورود با ترم آخر پرستاری انجام داد به این نتیجه رسید که دانشجویان ترم آخر شیوه زندگی خوب داشته‌اند در حالی که دانشجویان سال اول شیوه زندگی متوسط داشته‌اند، یعنی آموزش‌های رسمی دانشگاهی باعث ارتقای رفتارهای سلامت در بین دانشجویان شده است (۹). این نتیجه با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد.

در تحقیق Luquis و همکاران نشان داده شده است که رفتارهای ارتقای سلامت در بین دانشجویان بر حسب یادگیری در دانشگاه و درکی که از مفهوم سلامت به دست آورده‌اند تأثیر گرفته است (۴). این نتیجه نیز مؤید نتایج تحقیق حاضر می‌باشد. در تحقیق یاد شده مصرف سیگار، الکل، تنباکو، ماری جوانا و اسید نیز در بین دانشجویان آمریکایی گزارش

شده است (۴). البته در بین گروه دانشجویان در تحقیق حاضر هیچ اشاره‌ای به مصرف مواد مخدر نشده ولی مصرف سیگار وجود داشته است که باید علت‌یابی شود.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه با توجه به تفاوت اندک بین رفتارهای ارتقای سلامت در دو گروه و نیز برای رسیدن به سطح ارتقای سلامت خیلی خوب پیشنهاد می‌شود، دوره‌های آکادمیک به صورت واحدهای درسی اختیاری یا اجباری در دانشکده‌های غیرپزشکی و نیز کارگاه‌های آموزشی جهت دانشجویان رشته‌های مختلف پزشکی به خصوص با هدف تثبیت و ارتقای رفتارهای سلامت برگزار شود. این دوره‌ها می‌تواند با همکاری اساتید دانشکده‌های علوم پزشکی و بر اساس نیازسنجی دانشجویان برگزار گردد.

همچنین با ایجاد دفاتر مشاوره بهداشتی متشکل از اساتید دانشکده‌های علوم پزشکی فرصت مشاوره برای دانشجویان رشته‌های مختلف پزشکی و غیرپزشکی فراهم شود تا دانشجویان بتوانند سؤالات خود را در ابعاد مختلف بهداشتی مطرح و پاسخ‌های لازم را بر اساس آخرین اطلاعات علمی دریافت نمایند.

با توجه به این که مصرف سیگار در گروه دانشجویان غیرپزشکی شایع‌تر است، به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به بررسی علل و آموزش بیشتری وجود دارد.

با توجه به فرهنگ ایرانی ممکن است برخی از دانشجویان به سؤالات عملکرد جنسی و مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر پاسخ درستی نداده باشند که این از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی در تحقیق حاضر نشان داده شده است که بین درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت در هر دو گروه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران ارتباط مستقیم و معنادار وجود دارد. همچنین اکثریت هر دو گروه از نظر ابعاد مختلف رفتارهای ارتقای سلامت در حد خوب می‌باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۲۳۱۱ مورخ ۸۵/۱۲/۲۳ می‌باشد، بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و ریاست و معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی که تسهیلات انجام این مطالعه را فراهم نموده‌اند و همچنین از دانشجویان محترم پرستاری آقایان احمد مهدی‌زاده و مهدی پازوکی که در این طرح همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1 - Edelman CL, Mandle CL. Health promotion through out the life span. St. Louis: Mosby; 2002.
- 2 - Thorogood M, Coombes Y. Evaluating Health Promotion: Practice and Methods. Oxford University Press: Great Clarendon Street; 2000.
- ۳ - میرزایی الهه، احمدی ابهری علی. ترجمه رهنمودهای سلامت زیستن، هیلز دایان (مؤلف). تهران: نشر کتابخانه فروردین، ۱۳۷۶.

- 4 - Luquis R, Garcia E, Ashford D. A qualitative assessment of college students' perceptions of health behaviors. *American Journal of Health Studies*. Spring-Summer, 2003.
- 5 - Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA. Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000 Sep; 70(7): 271-85.
- ۶ - مهدوی زهرا. ترجمه اصول پرستاری تایلور، مفاهیم پرستاری بخش (۱)، تیلور کارول، لایلیس کارول، لمون پریسیلا (مؤلف). تهران: نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۲.
- ۷ - شجاعی تهرانی حسین، عبادی فردآذر فرید. اصول خدمات بهداشتی، چاپ اول، تهران: انتشارات سماط، ۱۳۷۸.
- ۸ - شیدفر محمدرضا. ترجمه آموزش بهداشت راهنمایی کاربردی برای پویندگان بهداشت، اولس لیندا، سیمنت اینا (مؤلف). چاپ اول. مشهد: انتشارات سیاوش، ۱۳۷۲.
- ۹ - نوروزی عفت. بررسی مقایسه‌ای شیوه زندگی دانشجویان دختر جدید ورود و ترم آخر کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- ۱۰ - عباسی سنجدری زینب. بررسی رفتارهای پر خطر بهداشتی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های دولتی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- ۱۱ - شاکری معصومه. بررسی ارتباط رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی نوجوانان با درک آنان از شیوه زندگی والدین در مدارس دخترانه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۵.
- ۱۲ - حسین خانی نوبه. بررسی رفتارهای بهداشتی دانشجویان سال آخر پرستاری در مورد عوامل مستعد کننده بیماری‌های عروق کرونر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۱.
- 13 - Nahom D, Wells E, Gillmore MR, Hoppe M, Morrison DM, Archibald M. Differences by gender and sexual experience in adolescent sexual behavior: implications for education and HIV prevention. *J Sch Health*. 2001 Apr; 71(4): 153-58.
- 14 - Adderley-Kelly B, Green PM. Health behaviors of undergraduate African American nursing students. *ABNF J*. 2000 Jan-Feb; 11(1): 7-12.