

# بررسی فاکتورهای مؤثر بر انجام فعالیت فیزیکی منظم در بین پرسنل فوریت‌های پزشکی استان همدان با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی

ذبیح‌اله قارلی پور قرقانی<sup>۱</sup>، سید مصطفی سیارپور<sup>۲</sup>، بابک معینی<sup>۳</sup>

## چکیده

**مقدمه:** در حال حاضر با توجه به ماشینی شدن شیوه زندگی و کاهش تحرک و فعالیت فیزیکی بیماری‌های غیر واگیر در حال افزایش است. در این بین پرستاران و پرسنل فوریت‌های پزشکی از جمله افرادی هستند که به واسطه شغل پراسترس خود و شیفت‌های کاری فشرده فعالیت فیزیکی کافی ندارند. این مطالعه با هدف بررسی فاکتورهای مؤثر بر فعالیت فیزیکی منظم در بین پرسنل فوریت‌های پزشکی استان همدان با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

**روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که بر روی پرسنل فوریت‌های پزشکی استان همدان انجام گرفت. نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که ابتدا کلیه پرسنل استخدامی رسمی و پیمانی پایگاه‌های اورژانس استان همدان برای مطالعه انتخاب شدند که تعداد آنان ۱۰۲ نفر بود. سپس پرسش‌نامه طراحی شده بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی و پرسش‌نامه فعالیت فیزیکی IPAQ در اختیار آنان قرار داده شد. کلیه تجزیه و تحلیل‌های این پژوهش به وسیله ورود داده‌ها به برنامه SPSS انجام گرفت.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۷۳/۵ درصد از افراد فعالیت جسمانی ضعیف داشتند. همچنین نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی ورزش و فعالیت فیزیکی منظم رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P = ۰/۰۳۶$ ). بین فواید و موانع درک شده با خودکارآمدی ورزش نیز رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P = ۰/۰۰۱$ ). اما بین فواید و موانع درک شده با انجام فعالیت فیزیکی رابطه معنی‌داری یافت نشد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، بیشتر پرسنل فعالیت جسمانی کافی ندارند، از این رو با تقویت خودکارآمدی ورزش و از طرفی ارتقای آگاهی و دانش آنان در مورد فواید و موانع ورزش باید زمینه انجام فعالیت فیزیکی منظم را به ویژه در محیط کار افزایش داد.

**واژه‌های کلیدی:** پرسنل فوریت‌های پزشکی، فعالیت فیزیکی منظم، خودکارآمدی ورزش، مدل اعتقاد بهداشتی.

## نوع مقاله: تحقیقی

بذیرش مقاله: ۹۰/۰۶/۲۰

دریافت مقاله: ۹۰/۰۳/۱۶

**مقدمه**  
خون و نیز افزایش رفتارهای پر خطر مثل مصرف الکل، سیگار، تماشای تلویزیون به مدت طولانی و استفاده از سرگرمی‌های غیر فعال مانند بازی‌های کامپیوتری ارتباط مستقیم دارد (۲-۴). تحقیقات بسیاری فواید حاصل از فعالیت فیزیکی منظم را تأیید نموده‌اند (۵). زیرا زندگی بی‌تحرک با

فعالیت فیزیکی یکی از عوامل مهم در حفظ سلامت، کنترل و پیش‌گیری از بسیاری بیماری‌های غیر واگیر می‌باشد (۱). مطالعات نشان داده که در کشورهای توسعه یافته کاهش فعالیت فیزیکی با چاقی، افزایش وزن، فشار خون و چربی

۱- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)  
Email: gharlipour@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۳- استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

فیزیکی افراد در گروه‌های مختلف از جمله در زنان و مردان گروه‌های سنی مختلف، مشاغل مختلف و طبقات اجتماعی فرهنگی مختلف به مسؤولین بهداشتی کمک می‌کند تا گروه‌های در معرض خطر را شناسایی نموده، راه کارهای مناسب و ویژه جهت بهبود وضعیت آن‌ها از نظر انجام فعالیت فیزیکی کافی و مناسب در نظر بگیرند تا اقدامات بهداشتی آن‌ها در خصوص پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر مؤثرتر واقع شود. از بین مشاغل مختلف، پرستاران و پرسنل فوریت‌های پزشکی از جمله افرادی هستند که به واسطه شغل پراسترس خود و شیفت‌های کاری فشرده در معرض ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر از جمله مشکلات قلبی عروقی، عضلانی اسکلتی و روحی روانی قرار دارند (۱۴-۱۲) و فعالیت فیزیکی منظم و کافی در این گروه از اهمیت زیادی برخوردار است. از این رو توجه بیشتر به وضعیت سلامت و تعیین عوامل خطر آن‌ها در این گروه که خود تأمین‌کننده سلامت دیگر افراد جامعه می‌باشند، حایز اهمیت فراوانی است. گذشته از این انجام فعالیت فیزیکی منظم نه تنها موجب حفظ سلامتی آن‌ها می‌شود، بلکه با بهبود وضعیت روحی روانی آن‌ها موجب می‌شود که در ارتباط با بیماران خود اخلاق و رفتار بهتری داشته، بیشتر مورد اطمینان و اعتماد بیماران واقع شوند، که این خود در بهبود کیفیت خدمات درمانی نقش مهمی دارد (۱۵). از آن جایی که سطح توانایی افراد و همچنین موانع و فواید در جهت انجام فعالیت فیزیکی می‌توانند از جمله متغیرهای مهم در نظر گرفته شوند، از این رو الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند به عنوان یکی از مدل‌های مطالعه رفتار به کار رود (۱۶). این الگو در سال ۱۹۵۰ توسط Rosenstock و گروهی از روان‌شناسان اجتماعی تدوین شد و در سال ۱۹۷۴ تکمیل گردید (۱۶). در این الگو فواید درک شده (Perceived benefits) به معنی اعتقاد فرد به اثر بخشی اقدام در کاهش تهدید بیماری اطلاق می‌شود؛ به طوری که فرد به منافع حاصل از انجام رفتار پی می‌برد (۱۷). در مسیر رفتارهای بهداشتی موانعی از قبیل هزینه، زمان، تسهیلات، وسعت تغییرات لازم و درک ناتوانی برای

خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن همراه است؛ به طوری که سالانه دو میلیون مرگ در جهان به دلیل زندگی کم‌تحرک رخ می‌دهد. این در حالی است که ۶۰ درصد از جمعیت جهان حداقل میزان توصیه شده فعالیت با شدت متوسط را انجام نمی‌دهند (۵). در حال حاضر با توجه به ماشینی شدن شیوه زندگی و کاهش تحرک و فعالیت فیزیکی و به عبارت دیگر به علت داشتن زندگی غیر فعال از نظر فیزیکی و نیز با توجه به افزایش شیوع بیماری‌های غیر واگیر که کم‌تحرکی از عوامل زمینه‌ساز آن‌ها است؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی برآورد نموده است که تا سال ۲۰۲۰ حدود یک چهارم مرگ و میرهای کشورهای توسعه یافته مربوط به بیماری‌های غیر واگیر خواهد بود (۶). مطالعه دیگری نشان داد که کم تحرکی با سایر عوامل خطر بیماری‌های مزمن از جمله مصرف الکل، استعمال سیگار و مصرف کم سبزیجات ارتباط مستقیم دارد و فعالیت فیزیکی متوسط با شیوه زندگی سالم ارتباط مستقیم دارد (۷). یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۱۰ افزایش تعداد افرادی بود که به منظور حفظ سلامتی فعالیت فیزیکی کافی دارند (۸). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی منظم با شدت متوسط، همانند راه رفتن سریع اثرات فراوانی بر سلامت بدن دارد. در ایران شیوع بی‌تحرکی بین زنان رده سنی ۲۴-۱۵ ساله ۶۸ درصد و برای مردان ۲۴-۱۵ ساله ۱۴/۵ درصد است (۹). بنابراین لازم است که فعالیت جسمانی بین تمامی افراد از جمله جوانان افزایش یابد و همین امر یکی از شاخص‌های منتهی به سلامت است که در شعار مردم سالم تا سال ۲۰۱۰ در نظر گرفته شده است (۱۰). اگر چه عوامل بسیاری در بهبود عملکرد مرتبط با فعالیت جسمانی نقش دارند، ولی نگرش مثبت به انجام فعالیت جسمانی منظم می‌تواند یکی از عوامل تعیین کننده سبک زندگی فعال باشد (۱۱). از این رو داشتن فعالیت فیزیکی کافی در انجام وظایف شغلی، تفریحی جابه‌جایی و منزل می‌تواند از عوامل خطر یاد شده بکاهد. هر چند در این زمینه مطالعات بسیاری وجود دارد، ولی بررسی میزان فعالیت

انرژی در ساعت به عنوان فعالیت جسمانی شدید طبقه‌بندی شدند. در پرسش‌نامه مدل اعتقاد بهداشتی، مقیاس فواید درک شده، شامل ۲۹ سؤال که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم درجه‌بندی شده است، که بالاترین نمره ۱۱۶ و پایین‌ترین نمره ۲۹ می‌باشد. مقیاس موانع درک شده، شامل ۱۴ سؤال که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم درجه‌بندی شده که بالاترین نمره ۵۶ و پایین‌ترین نمره ۱۴ می‌باشد. خودکارآمدی ورزش شامل پنج سؤال می‌باشد که از مطمئن نیستم تا کاملاً مطمئنم درجه‌بندی شده است که بالاترین نمره ۲۵ و پایین‌ترین نمره ۵ می‌باشد که با مراجعه به پایگاه‌ها در اختیار آنان قرار داده شد و اطلاعات مورد نیاز از آنان جمع‌آوری شد. در ضمن برای سنجش صحت پایایی پرسش‌نامه، مطالعه پایلوت انجام گرفت و ضریب Cronbach's alpha برای مقیاس فواید و موانع درک شده ۰/۹۵ و برای خودکارآمدی درک شده ورزش ۰/۸۲ به دست آمد. روایی پرسش‌نامه‌ها با استفاده از پانل متخصصین مورد سنجش قرار گرفت. گفتنی است که آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی Pearson،  $\chi^2$  و آزمون دقیق Fisher استفاده گردید.

#### یافته‌ها

مطالعه نشان داد که از مجموع ۱۰۲ نفر، ۷۵ نفر (۷۳/۵ درصد) فعالیت جسمانی ضعیف، ۲۵ نفر (۲۴/۵ درصد) فعالیت متوسط و فقط ۲ نفر (۲ درصد) فعالیت فیزیکی منظم و شدید داشتند. بین سن، تأهل و سطح تحصیلات با انجام فعالیت فیزیکی منظم رابطه آماری معنی‌داری یافت نشد. در این مطالعه ۱۸ نفر (۲۴ درصد) دارای امکانات ورزشی در محیط کار بودند که ۱۵ نفر (۲۰ درصد) از آن‌ها دارای فعالیت فیزیکی ضعیف، ۲ نفر (۲/۶ درصد) فعالیت فیزیکی متوسط و تنها ۱ نفر (۱/۳ درصد) فعالیت شدید و منظم داشتند. همچنین ۲۲ نفر (۲۹/۳ درصد) امکانات ورزشی در منزل داشتند که در بین آن‌ها ۱۱ نفر (۱۴/۶ درصد) فعالیت فیزیکی

رفتارهای توصیه شده وجود دارد که توسط فرد، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موانع (Perceived barriers) با مشخصه‌های درمانی و اقدامات پیش‌گیری ارتباط دارد که ممکن است گران، ناخوشایند، دردآور و ... باشد. این خصوصیات ممکن است منجر به این شود که فرد از رفتار مطلوب دوری نماید. مفهوم خودآمدی (Self-efficacy) یا اطمینان فرد به توانایی موفقیت‌آمیز رفتار، به تازگی به الگو اضافه شده است. این مفهوم به وسیله Rosenstock و همکاران (به نقل از محمدی و رفیعی‌فر) برای کمک به تناسب الگو با رفتارهای غیر بهداشتی عاداتی مثل عدم تحرک، سیگار کشیدن و پرخوری به وجود آمد (۱۸). در حقیقت الگوی اعتقاد بهداشتی به ما اجازه می‌دهد که عوامل روانی احتمالی مؤثر بر تصمیم افراد را مورد بررسی قرار دهیم (۱۸). از این رو در این پژوهش به بررسی فاکتورهای مؤثر بر فعالیت فیزیکی منظم در بین پرسنل فوریت‌های پزشکی استان همدان با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی پرداخته می‌شود.

#### روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که بر روی پرسنل فوریت‌های پزشکی استان همدان در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که ابتدا پس از هماهنگی اولیه با مدیریت مرکز اورژانس استان، کلیه پرسنل استخدامی رسمی و پیمانی پایگاه‌های اورژانس استان همدان از طریق سرشماری به تعداد ۱۰۲ نفر برای مطالعه انتخاب شدند. سپس پرسش‌نامه طراحی شده در چهار بخش: اطلاعات فردی و زمینه‌ای با ۱۲ سؤال، پرسش‌نامه استاندارد بین‌المللی فعالیت فیزیکی (IPAQ) که میزان و الگوی فعالیت جسمانی با در نظر گرفتن فعالیت‌های ورزشی و جسمانی گروه هدف در ۷ روز گذشته سنجیده، در سه مدت زمان کمتر از ۱۰ دقیقه، ۲۰ دقیقه و بیشتر از ۲۰ دقیقه در نظر گرفته می‌شد. افرادی که کمتر از ۶۰۰ کیلوکالری انرژی در ساعت فعالیت فیزیکی داشتند، به عنوان فعالیت جسمانی ضعیف، بین ۳۰۰۰-۶۰۰ کیلوکالری انرژی در ساعت به عنوان فعالیت جسمانی متوسط و بیشتر از ۳۰۰۰ کیلوکالری

جدول ۱: رابطه بین تعداد شیفیت بر حسب ساعت و انجام فعالیت فیزیکی منظم در بین پرسنل

شیفیت کاری	فعالیت فیزیکی		ضعیف		متوسط		شدید		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۷۵ ساعت موظفی	۸	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۷۵ ساعت موظفی و تا ۶۵ ساعت اضافه کاری	۱۴	۷۰	۴	۲۰	۲	۱۰	۱۰	۲۰	۲۰	۱۰۰
۱۷۵ ساعت موظفی و تا ۷۵ ساعت اضافه کاری	۵۳	۷۱/۶	۲۱	۲۸/۴	۰	۰	۰	۰	۷۴	۱۰۰

ورزش همبستگی مستقیم و مثبت پیدا شده است ( $r = 0/208$ ). از طرفی بین فعالیت فیزیکی منظم با موانع درک شده رابطه معکوس ( $r = -0/107$ ) و با فواید درک شده رابطه مستقیم و مثبت ( $r = 0/173$ ) وجود داشت (جدول ۳).

### بحث

نداشتن فعالیت فیزیکی از ریسک فاکتورهای مهم در سلامتی می‌باشد. نتایج مطالعه نشان داد که ۷۳/۵ درصد از پرسنل فوریت‌های پزشکی همدان فعالیت جسمانی ضعیف داشتند. در مطالعه سعیدی درصد کمی از پرستاران بودند که در اوقات فراغت خود فعالیت فیزیکی داشته‌اند؛ به طوری که ۴۰/۷ درصد جمعیت مورد مطالعه هیچ گونه فعالیتی در اوقات فراغت خود نداشته، حدود ۱۰ درصد آن‌ها کمتر از بیست دقیقه در هفته فعالیت فیزیکی در اوقات فراغت خود داشته‌اند و تنها ۲۶ درصد آن‌ها در اوقات فراغت خود کمتر از ۳ ساعت در هفته فعالیت فیزیکی داشته‌اند (۱۴). همچنین مطالعه نیک‌پور و همکاران نشان داده است که مدت زمان فعالیت فیزیکی اوقات فراغت زنان شاغل از مدت فعالیت‌های شغلی کمتر بوده، همچنین فعالیت فیزیکی اوقات فراغت آنان بسیار کمتر بوده است (۱۹).

با توجه به این که بین داشتن امکانات ورزشی در محل کار و انجام فعالیت فیزیکی منظم تفاوت معنی‌داری پیدا نشد، به نظر می‌رسد که نبود بستر حمایتی لازم برای انجام فعالیت Bourdeaudhuij فیزیکی در محیط کار و همچنین عدم توجه به اهمیت این فعالیت در حفظ شادابی و طراوت افراد در محل کار از دلایل مهم بی‌توجهی به این امر مهم باشد. در این مطالعه، بیشتر افرادی که امکانات ورزشی در منزل

ضعیف، ۱۰ نفر (۱۳/۳ درصد) فعالیت متوسط و ۱ نفر (۱/۳ درصد) فعالیت فیزیکی منظم و شدید داشتند. بین داشتن امکانات ورزشی در محل کار و انجام فعالیت فیزیکی منظم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P = 0/551$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین داشتن امکانات ورزشی در منزل و انجام فعالیت فیزیکی منظم تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P = 0/013$ ).

افرادی که ۱۷۵ ساعت موظفی و تا ۷۵ ساعت اضافه کاری شیفیت می‌دادند، به نسبت فعالیت فیزیکی در آنان ضعیف‌تر بود. همچنین بین تعداد شیفیت بر حسب ساعت و میزان فعالیت فیزیکی منظم در بین پرسنل فوریت‌های پزشکی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱). همان طور که از جدول ۲ مشخص می‌باشد، میانگین نمره فواید درک شده به نسبت بالا (۸۴/۶۱)، ولی میانگین نمره خودکارآمدی ورزش در بین پرسنل پایین (۴۳/۲) بود.

جدول ۲: میانگین نمره و انحراف معیار متغیرهای فواید درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده ورزش

متغیر	میانگین*	انحراف معیار*
فواید درک شده	۸۴/۶۱	۱۲/۰۱
موانع درک شده	۵۷/۱۴	۱۶/۲۶
خودکارآمدی ورزش	۴۳/۲۰	۱۶/۵۲

\*نمرات از ۱۰۰ تراز شده است.

بر اساس یافته‌های مطالعه، بین خودکارآمدی ورزش با فواید درک شده همبستگی مستقیم و مثبت ( $r = 0/428$ ) و با موانع درک شده همبستگی معکوس ( $r = -0/45$ ) وجود داشت. همچنین بین انجام فعالیت فیزیکی منظم با خودکارآمدی

جدول ۳: همبستگی بین فعالیت فیزیکی منظم، فواید درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی ورزش

متغیر	فواید درک شده	خودکارآمدی ورزش	سطح معنی‌داری
فواید درک شده	۱	۰/۴۲۸	$P < ۰/۰۰۱$
خودکارآمدی ورزش	۰/۴۲۸	۱	
متغیر	موانع درک شده	خودکارآمدی ورزش	سطح معنی‌داری
موانع درک شده	۱	-۰/۴۵	$P < ۰/۰۰۱$
خودکارآمدی ورزش	-۰/۴۵	۱	
متغیر	خودکارآمدی ورزش	فعالیت فیزیکی منظم	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی ورزش	۱	۰/۲۰۸	$P < ۰/۰۳۶$
فعالیت فیزیکی منظم	۰/۲۰۸	۱	
متغیر	فواید درک شده	فعالیت فیزیکی منظم	سطح معنی‌داری
فواید درک شده	۱	۰/۱۷۳	$P = ۰/۰۸۲$
فعالیت فیزیکی منظم	۰/۱۷۳	۱	
متغیر	موانع درک شده	فعالیت فیزیکی منظم	سطح معنی‌داری
موانع درک شده	۱	-۰/۱۰۷	$P = ۰/۲۸۵$
فعالیت فیزیکی منظم	-۰/۱۰۷	۱	

ارتباط منفی با شرکت در فعالیت‌های ورزشی نشان داده بود. همچنین در این مطالعه مشخص شده بود که خودکارآمدی ورزش، فواید و موانع برای ایجاد فعالیت فیزیکی و التزام به یک فعالیت ورزشی از عناصر مهم ارتقای رفتارهای بهداشتی هستند. از این رو در مدل اعتقاد بهداشتی، فواید و موانع درک شده مؤلفه‌های تأثیرگذار جهت پیش‌گیری از رفتارهای غیر بهداشتی و تقویت رفتارهای بهداشتی می‌باشد (۲۱). به نظر می‌رسد که هر چه افراد منافع بیشتر و محدودیت‌های کمتری برای انجام فعالیت فیزیکی منظم را درک کرده باشند، توانایی بالاتری برای انجام آن خواهند داشت؛ به طوری که در مطالعه آقا ملایی و همکاران، همبستگی مستقیمی بین منافع درک شده نسبت به ورزش با خودکارآمدی و همبستگی معکوسی بین موانع درک شده نسبت به ورزش با خودکارآمدی وجود داشته است (۲۲). وجود توانمندی و اطمینان برای داشتن فعالیتی منظم فرد را به تشویق و ترغیب درونی به انجام آن سوق خواهد داد، این مطلب در مطالعه Soares و همکاران به اثبات رسیده است (۲۳). همچنین نتایج سبحان و همکاران (به نقل از White و همکاران)

نداشتند، فعالیت جسمانی ضعیف داشتند و نتایج نشان داد که بین داشتن امکانات ورزشی در منزل و انجام فعالیت فیزیکی منظم تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که یافته‌های مطالعه، نشان داد که وجود امکانات و تسهیلات ورزشی در محیط خانه با افزایش فعالیت فیزیکی ارتباط معنی‌دار داشته است (۲۰).

از آن جایی که بین تعداد شیفت بر حسب ساعت و انجام فعالیت فیزیکی منظم رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. در مطالعه سعیدی نیز به این نکته اشاره شده است که با ذکر این نکته که بیشتر فعالیت‌های حرفه پرستاری در حالت ایستاده انجام می‌گیرد، آن‌ها دچار خستگی شده، سعی می‌کنند که مابقی وقت خود را در حالت استراحت به سر ببرند. از این رو تحرک لازم برای حفظ سلامتی را ندارند (۲۱).

با توجه به این که در پژوهش ما، متغیرهای فواید درک شده بالا، موانع درک شده متوسط و خودکارآمدی درک شده ورزش پایین بود. در مطالعه Shin و همکاران، فواید و موانع و خودکارآمدی به عنوان فاکتورهای تأثیرگذار روی التزام فرد برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی بودند و موانع درک شده

برخی عوامل مرتبط را آشکار ساخت، اما تعداد نمونه پایین یکی از نقاط ضعف در مطالعه بود. از این رو با در نظر گرفتن اهمیت و ضرورت انجام فعالیت فیزیکی در کاهش چاقی و پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی و عروقی، برنامه‌ریزی درست در جهت افزایش فعالیت فیزیکی در بین گروه‌های مختلف مردم لازم به نظر می‌رسد. از طرف دیگر شناخت افراد از فواید ورزش منظم و همچنین کاهش موانع در جهت رسیدن به این مهم، ضرورت دارد. در حقیقت یکی از نقاط قوت مطالعه این بود که نشان داد بیشتر پرسنل فعالیت جسمانی کافی ندارند. از این رو با تقویت خودکارآمدی ورزش در آنان و فراهم کردن امکانات و تسهیلات ورزشی به خصوص در محیط کار و همچنین ترغیب و تشویق آنان باید زمینه را جهت ارتقای انجام فعالیت فیزیکی منظم افزایش داد.

نشان داده بود که فعالیت فیزیکی بر روی خودکارآمدی تأثیر مستقیم داشته است (۲۴). برخلاف نتایج مطالعات دیگران، در پژوهش حاضر بین فواید و موانع درک شده با داشتن فعالیت فیزیکی منظم رابطه معنی‌دار آماری پیدا نشد (۲۵، ۲۶). به نظر می‌رسد که پرسنل فوریت‌های پزشکی با توجه به سطح دانش و ماهیت حرفه خود توجه چندانی به انجام فعالیت فیزیکی ندارند و ممکن است وجود یا عدم وجود فواید و موانع فعالیت‌های جسمانی برای آنان اهمیت اندکی داشته باشد و یا ناشی از نداشتن خودکارآمدی و توانایی در آنان باشد که همه این عوامل می‌تواند دلایل مستحکمی بر این امر مهم باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش، توجه به سلامت کارکنان در محیط کار و

### References

1. Demonstration projects for the integrated prevention and control of noncommunicable diseases (INTERHEALTH programme): epidemiological background and rationale. INTERHEALTH Steering Committee. World Health Stat Q 1991; 44(2): 48-54.
2. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Gouya MM, Razaghi EM, Delavari A, et al. Association of physical activity and dietary behaviours in relation to the body mass index in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN Study. Bull World Health Organ 2007; 85(1): 19-26.
3. Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, et al. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. Obes Rev 2005; 6(2): 123-32.
4. Gillman MW, Pinto BM, Tennstedt S, Glanz K, Marcus B, Friedman RH. Relationships of physical activity with dietary behaviors among adults. Prev Med 2001; 32(3): 295-301.
5. World Health Organization. Physical inactivity: a global public health problem [Online]. 2008; Available from: URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet/>
6. Mukamal KJ, Ding EL, Djousse L. Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: a population-based cross-sectional survey. BMC Public Health 2006; 6: 118.
7. Corlin CB, Welk GJ, Lindesy R, Corlin WR. Concepts of physical activity. 11<sup>th</sup> ed. New York: Mac Grow Hill; 2003. p.11, 50.
8. World Health Organization. Physical inactivity prevalence [Online]. 2008; Available from: URL: <http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx/>
9. Physical activity and health [Online]. 2008; Available from: URL: <http://www.cnhs.umb.edu/documents/SurgeonGeneralPhysicalActivityandHealthFullReport/>
10. Matthys JM, Lantz CH. The effects of different activity nodes on attitudes toward physical activity [Online]. 2008; Available from: URL: [http://www.iowaahperd.org/journal/j98s\\_activity.html/](http://www.iowaahperd.org/journal/j98s_activity.html/)
11. Haenle MM, Brockmann SO, Kron M, Bertling U, Mason RA, Steinbach G, et al. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. BMC Public Health 2006; 6: 233.
12. Ando S, Ono Y, Shimaoka M, Hiruta S, Hattori Y, Hori F, et al. Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. Occup Environ Med 2000; 57(3): 211-6.
13. Long last 7 days self-administered version of IPAQ [Online]. 2001; Available from: URL: [www.ipaq.ki.se/questionnaires/IPAQ/](http://www.ipaq.ki.se/questionnaires/IPAQ/)

14. Saaidi M. Assessment of Physical Activity Pattern IV Nurses of Esfahan Social Security organization Hospitals. *JRRS* 2008; 3(2): 71-8.
15. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clin J Sport Med* 2000; 10(1): 40-8.
16. Mississippi State University is an equal opportunity institution. Health education behavior models and theories -A review of the literature-Part I [Online]. 2001; Available from: URL: <http://msucares.com/health/health/appa1.htm>
17. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior Models. *International Electronic Journal of Health Education* 2000; 3(Special Issue): 180-93.
18. Mohammadi N, Rafie Far SH. Health education, basic concepts. Ministry of Health and Medical Education, Office of Communications and Health Education. Tehran: Mehr Ravesh Publication; 2006. p. 75-8
19. Nikpour S, Hajikazemi EA, Haghani H. Study of physical activity type and time among working women within job environment and leisure time in Iran University of Medical Science. *Journal of Iran University of Medical Science* 2006; 12(46): 381-93.
20. De B, I, Sallis JF, Saelens BE. Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults. *Am J Health Promot* 2003; 18(1): 83-92.
21. Shin YH, Hur HK, Pender NJ, Jang HJ, Kim MS. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(1): 3-10.
22. Aghamolayi T, Tavafian SS, Hasani L. Perceived self-efficacy, barriers and benefits within regular physical activity among students of Hormozgan university of medical science. *Iranian Journal of Epidemiology Specialty* 2008; 4(3-4): 9-15.
23. Araujo-Soares V, McIntyre T, Sniehotta FF. Predicting changes in physical activity among adolescents: the role of self-efficacy, intention, action planning and coping planning. *Health Educ Res* 2009; 24(1): 128-39.
24. White SM, Wojcicki TR, McAuley E. Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7: 10.
25. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32(5): 963-75.
26. Al-Ali N, Haddad LG. The effect of the health belief model in explaining exercise participation among Jordanian myocardial infarction patients. *J Transcult Nurs* 2004; 15(2): 114-21.

## Associated Factors with Regular Physical Activity among Emergency Medical Personnel in Hamadan: Applying Health Belief Model

***Zabih Allah Gharlipour Gharghani<sup>1</sup>, Seyed Mostafa Sayarpour<sup>2</sup>, Babak Moeni<sup>3</sup>***

### Abstract

**Background:** Because of the sedentary lifestyle and decreasing mobility and physical activity of the modern man, non-contagious diseases are rising. Nurses and emergency medical personnel are of the individuals who due to their stressful jobs and intensive shift work do not have enough physical activity. The aim of this study was to determine the factors related to regular physical activity among Hamadan emergency medical personnel by applying the Health Belief Model (HBM).

**Methods:** This descriptive–analytical study was conducted on 102 male emergency medical personnel in Hamadan Emergency Medical Services. The questionnaire, which was designed based on HBM constructs and Physical Activity Questionnaire (IPAQ), was placed at their disposal. The data were analyzed by SPSS<sub>13</sub>.

**Findings:** In this study, 73.5% of personnel had weak physical activity. Moreover, there was a significant correlation between regular exercise, self-efficacy and physical activity (P-value = 0.036), perceived benefits and barriers to exercise self-efficacy (P = 0.001). No significant correlation between perceived benefits and barriers to physical activity were observed.

**Conclusion:** According to research findings, most employees did not have enough physical activity, thus should strengthen their exercise self-efficacy, and promote awareness and knowledge especially in the workplace about exercise benefits and barriers to regular physical activity fields.

**Keywords:** Emergency Medical Personnel, Regular Physical Activity, Self-Efficacy, HBM

---

1- PhD Candidate, Department of Health Education, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: gharlipour@yahoo.com

2- MSc, Department of Health Education, School of Public Health, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Health Education, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.