

## وضعیت فعالیت فیزیکی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در دانشجویان خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مژگان میرغفوروند<sup>۱</sup>، پری راهی<sup>۲\*</sup>، پریش احمدپور<sup>۳</sup>، مرتضی فتوتی<sup>۴</sup>، قادر صادقی<sup>۵</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** فعالیت فیزیکی، یک رفتار مهم ارتقا دهنده سلامت و یکی از عوامل مهم در حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فعالیت فیزیکی و عوامل موثر بر آن، بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در دانشجویان پسر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. **روش بررسی:** این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۶۰ دانشجوی پسر انجام گرفت. نحوه نمونه‌گیری از نوع تصادفی بود. از پرسشنامه‌های فردی-اجتماعی، فعالیت فیزیکی IPAQ و پرسشنامه‌های طراحی شده بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی، شامل سازه‌های خودکارآمدی، موانع درک شده و منافع درک شده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. از آزمون‌های پیرسون، تی‌مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین (صدمه ۲۵ تا ۷۵) نمره فعالیت فیزیکی ۱۳۳۱ (۵۹۴ تا ۴۹۹۹/۵) بود. ۲۸/۱ درصد دانشجویان فعالیت فیزیکی شدیدی، ۴۸/۵ درصد فعالیت فیزیکی متوسط و ۲۳/۵ درصد فعالیت فیزیکی ضعیف داشتند. بین سازه‌های منافع درک شده، خودکارآمدی و موانع درک شده و مشخصات فردی-اجتماعی با نمره کل فعالیت فیزیکی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** حدود یک‌چهارم از دانشجویان فعالیت فیزیکی ضعیف دارند، لذا باید منابع و تسهیلات انجام فعالیت فیزیکی منظم بویژه در محیط خوابگاه را برای دانشجویان فراهم نمود و با برنامه‌ریزی صحیح فواید ورزش را به اطلاع عموم بخصوص قشر جوان رساند تا از میزان بروز بیماری‌های غیرواگیر جلوگیری نمود.

**واژگان کلیدی:** فعالیت فیزیکی، مدل اعتقاد بهداشتی، دانشجویان علوم پزشکی.

### مقدمه

مربوط به بیماری‌های غیرواگیر بود و از این تعداد، سه میلیون به دلیل فعالیت فیزیکی ناکافی بود (۲). سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که تا سال ۲۰۲۰ حدود یک چهارم مرگ و میر کشورهای توسعه یافته، مربوط به بیماری‌های غیرواگیر خواهد بود (۳) فعالیت فیزیکی باعث کاهش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و افسردگی می‌شود (۴، ۵).

مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل‌های مطالعه رفتار فرد است. بر اساس این مدل عوامل زیادی از جمله نگرش مثبت، سطح توانایی افراد، موانع درک شده و فواید درک شده در عمل نمودن به یک رفتار از جمله فعالیت فیزیکی می‌تواند موثر باشد (۶). در واقع مدل اعتقاد بهداشتی یکی از اولین مدل‌هایی است که منحصر بر رفتارهای مرتبط با سلامت متمرکز بوده و در سال ۱۹۵۰ بوسیله Rosenstock معرفی شد. مدل اعتقاد بهداشتی به این مسأله تمرکز می‌کند که چرا مردم در برنامه‌های آموزشی سلامت برای پیشگیری و یا کشف بیماری مشارکت نمی‌کنند (۷). این مدل الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از

فعالیت فیزیکی، یک رفتار مهم ارتقا دهنده سلامت و یکی از عوامل مهم در حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد (۱). متأسفانه بیماری‌های غیر واگیر، مثل سکتة قلبی، دیابت، سرطان و بیماری‌های تنفسی به طور وسیعی در سراسر جهان افزایش یافته است. چهار عامل مهم موثر بر این بیماری‌ها شامل سیگار، الکل، فعالیت فیزیکی ناکافی و رژیم غذایی ناسالم می‌باشد. در سال ۲۰۰۸ از بین ۵۷ میلیون مرگ، ۳۶ میلیون

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

\* (نویسنده مسؤول) Email: Rahip@tbzmed.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.  
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.  
۵. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

با در نظر گرفتن  $d=0/05$  در اطراف میانگین  $(m=43/20)$ ،  $SD=16/52$ ،  $\alpha=0/05$ ،  $n=247$  محاسبه شد، لذا ۲۶۰ دانشجوی پسر مورد بررسی قرار گرفت.

مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، به این ترتیب که لیستی از کل دانشجویان ساکن در هر دو خوابگاه گلستان و بوستان تهیه و شماره‌گذاری گردید و به صورت تصادفی، نسبتی ۱۴۰ دانشجو از خوابگاه بوستان و ۱۲۰ دانشجو از خوابگاه گلستان انتخاب شدند و بعد از بررسی از نظر معیارهای ورود و خروج از مطالعه، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. اطلاعات به روش خود تکمیلی از طریق پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. معیارهای ورود، شامل: دانشجو بودن، ساکن خوابگاه، ملیت ایرانی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روحی مثل بیماری قلبی کلاس سه و بالاتر، بیماری‌های ارتوپدی<sup>۱</sup> و افسردگی شدید بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی، فرم کوتاه پرسشنامه بین‌المللی فعالیت فیزیکی IPAQ<sup>۲</sup> و پرسشنامه طراحی شده بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده شد.

پرسشنامه *IPAQ* میزان فعالیت فیزیکی را در ۷ روز گذشته می-سنجد که در سه مدت زمان کمتر از ۱۰ دقیقه، ۲۰ دقیقه و بیشتر از ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. نحوه نمره‌دهی آن به این گونه می‌باشد که فعالیت‌هایی مانند ایروبیک، دوچرخه‌سواری با سرعت بالا، کوه‌نوردی و بسکتبال که به بیش از ۶ کالری در دقیقه نیاز دارند، فعالیت جسمانی شدید گفته می‌شود و فعالیت‌هایی مثل والیبال، بدمینتون و نظافت اتاق و پیاده‌روی که به ۳-۶ کالری در دقیقه احتیاج دارند، فعالیت جسمانی متوسط در نظر گرفته می‌شود. در ضمن هر گونه فعالیتی که مدت زمان آن کمتر از ۱۰ دقیقه باشد، حذف خواهد شد. میزان کلی فعالیت بدنی فرد در هفته گذشته بر حسب واحد  $MET^3$  -minutes/week حساب می‌شود.  $MET$ -minutes/week واحدی است که برای تخمین انرژی مصرفی فعالیت بدنی به کار می‌رود. مقدار یک  $MET$  تقریباً معادل میزان مصرف انرژی در حالت استراحت در یک فرد است. همه فعالیت‌های بدنی را می‌توان به صورت مضرب‌هایی از میزان مصرف انرژی در حالت استراحت دسته‌بندی کرد. در این پرسشنامه، پیاده‌روی  $METs$  ۳/۳، فعالیت بدنی متوسط  $METs$  ۴ و فعالیت بدنی شدید  $METs$  ۸ در نظر گرفته شده است. برای محاسبه میزان کلی فعالیت بدنی در هفته باید مقدار پیاده‌روی ( $MET \times$  دقیقه  $\times$  روز) با مقدار فعالیت بدنی متوسط ( $MET \times$  دقیقه  $\times$  روز) و مقدار فعالیت بدنی شدید فرد ( $MET \times$  دقیقه  $\times$  روز) در هفته گذشته را با هم جمع کرد.

بیماری نقش دارد و اساس آن بر روی انگیزه افراد برای عمل است، بطور کلی این مدل روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد که تغییر در اعتقادات نیز منجر به تغییر در رفتار می‌شود (۸). مدل اعتقاد بهداشتی شامل سازه‌های فواید درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی است. فواید درک شده به معنی اعتقاد فرد به کاهش تهدید بیماری اطلاق می‌شود و موانع درک شده با اقدامات پیشگیری در ارتباط است که منجر به این می‌شود که فرد رفتار مطلوب را انجام ندهد (۹). خودکارآمدی اعتقاد شخص به توانایی‌اش برای انجام یک فعالیت مشخص تعریف می‌شود (۱۰).

افراد جوان با اینکه در تشکیل نسل آینده و ارتقای سلامت جامعه مهم هستند ولی چون در مرحله سالمی از زندگی خود قرار دارند، در برنامه‌های ارتقای سلامت به عنوان اولویت در نظر گرفته نمی‌شوند (۱۱). بسیاری از محققان گزارش کردند که بسیاری از دانشجویان در معرض رفتارهای پرخطر مانند استفاده از الکل یا سیگار، عدم فعالیت بدنی، شیوه رژیم غذایی ناسالم و استراحت ناکافی هستند که ممکن است نه تنها سلامتی فعلی بلکه سلامت دراز مدت آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۹، ۱۲). در سال‌های اخیر مشخص شده که جوانان ایرانی در معرض ابتلا به بیماری‌های مزمن در زندگی آینده هستند (۱۳). نتایج مطالعه اقاملائی (۱۳۸۷) در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان نشان داد که درک موانعی نظیر وقت گیر و هزینه‌بر بودن و خستگی ناشی از ورزش مانع از انجام فعالیت فیزیکی و عواملی چون درک خودکارآمد بودن و حمایت اطرافیان باعث تقویت فعالیت فیزیکی در دانشجویان می‌شود (۱۴). نتایج مطالعه قارلی پور قرقانی و همکاران (۱۳۸۸) در همدان نشان‌دهنده ارتباط بین اعتقاد بهداشتی و فعالیت فیزیکی بود (۱۵).

از آنجایی که دانشجویان گروه بزرگی از این افراد جوان را تشکیل می‌دهند و همچنین گروه توصیه‌پذیری برای انجام رفتارهای مرتبط با سلامت هستند (۱۶). لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فعالیت فیزیکی و ارتباط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و مشخصات فردی-اجتماعی با میزان فعالیت فیزیکی در دانشجویان پسر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی بود که بر روی دانشجویان پسر ساکن در خوابگاه پسرانه بوستان و گلستان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس هر سه متغیر خودکارآمدی، منافع درک شده و موانع درک شده محاسبه گردید که تعداد نمونه بر اساس متغیر خودکارآمدی بالاتر بود، لذا حجم نمونه نهایی با استفاده از اطلاعات اولیه به دست آمده از مطالعه قارلی پور و همکاران (۱۵) و

1. Orthopedic  
2. International Physical Activity Questionnaire  
3. Metabolic Equivalence Test

پرسشنامه تایید شده است و پایایی آن برای مقیاس منافع و موانع درک شده ۰/۹۵ و برای مقیاس خودکارآمدی ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۵).

داده‌ها بعد از جمع‌آوری و کد گذاری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و Excel تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف وضعیت فعالیت فیزیکی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شد. برای تعیین ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون Kurtosis و Skewness سنجیده شد که نمره فعالیت فیزیکی از توزیع نرمال برخوردار نبود، تبدیل لگاریتم بر پایه ۱۰ صورت گرفت و مجدد نرمالیت سنجیده شد که نرمال بود.

#### یافته‌ها

در مجموع، اطلاعات مربوط به ۲۶۰ نفر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین (انحراف معیار) سن ۲۳/۴ (۲/۸) بود. ۴۵٪، ۳۷/۳٪ و ۷٪ به ترتیب در مقطع دکتری، کارشناسی و کارشناسی ارشد مشغول تحصیل بودند. اکثریت دانشجویان (۹۰/۴٪) مجرد بودند. بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان (۵۶/۹٪) درآمد ماهیانه خود را برای هزینه‌های زندگی تا حدودی کافی گزارش کردند. نزدیک سه‌چهارم دانشجویان (۷۲/۷٪) فرزند اول یا دوم خانواده بودند. بیش از نیمی از دانشجویان (۵۹/۶٪) قومیت ترک داشتند. شاخص توده بدنی بیش از سه چهارم مشارکت‌کنندگان (۷۶/۵٪) در حدود طبیعی؛ یعنی بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ بود. اکثریت (۸۴/۲٪) به وسایل ورزشی دسترسی داشتند. (جدول شماره ۱)

فعالیت بدنی زیاد؛ یعنی این که فرد، حداقل سه روز در هفته و در مجموع حداقل ۱۵۰۰ MET - دقیقه فعالیت بدنی شدید داشته باشد یا این که هفت روز یا بیشتر روزها ترکیبی از فعالیت‌های شدید، متوسط، پیاده‌روی انجام دهد که در مجموع حداقل ۳۰۰۰ MET - دقیقه در هفته باشد. فعالیت بدنی متوسط؛ یعنی این که فرد، سه روز در هفته یا بیشتر روزی حداقل ۲۰ دقیقه فعالیت بدنی شدید داشته باشد یا این که پنج روز یا بیشتر در هفته حداقل روزی ۳۰ دقیقه فعالیت شدید، متوسط یا پیاده‌روی داشته باشد. فعالیت بدنی کم؛ یعنی فرد هیچ فعالیتی را گزارش نکند یا فعالیت‌های بدنی گزارش شده معیارهای فعالیت بدنی زیاد یا متوسط را نداشته باشد (۱۷). افرادی که کمتر از ۶۰۰ کیلوکالری انرژی در ساعت، فعالیت فیزیکی داشته باشند بعنوان فعالیت جسمانی ضعیف و افرادی که بین ۳۰۰-۶۰۰ کیلوکالری انرژی در ساعت مصرف می‌کنند به عنوان فعالیت جسمانی متوسط و بیشتر از ۳۰۰۰ کیلوکالری انرژی در ساعت مصرف می‌کنند به عنوان فعالیت جسمانی شدید طبقه‌بندی می‌شوند (۱۸).

پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی که توسط قارلی‌پور قرقانی و همکاران (۲۰۱۲) طراحی شده است و شامل سه مقیاس خودکارآمدی ورزش، منافع درک شده و موانع درک شده بود. خودکارآمدی ورزش شامل پنج سوال می‌باشد که از مطمئن نیستم تا کاملاً مطمئنم درجه‌بندی شده است که بالاترین نمره ۲۵ و پایین‌ترین نمره ۵ می‌باشد. مقیاس منافع درک شده، شامل ۲۹ سوال که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۴) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) درجه‌بندی شده است. بالاترین نمره ۱۱۶ و پایین‌ترین نمره ۲۹ خواهد بود. مقیاس موانع درک شده شامل ۱۴ سوال است که از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) نمره‌گذاری شده است. بالاترین نمره ۷۰ و پایین‌ترین نمره ۱۴ خواهد بود، هرچه این نمرات بالاتر باشد؛ موانع و منافع درک شده نسبت به ورزش بالاتر است. روایی و پایایی این

جدول (۱): مشخصات فردی اجتماعی دانشجویان پسر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

متغیر	فراوانی	درصد
<b>وضعیت تاهل</b>		
متاهل*	۳۶	۱۳/۹
مجرد	۲۲۴	۸۶/۱
<b>کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی</b>		
کاملاً کافی	۵۹	۲۲/۷
تاحدودی کافی	۱۴۸	۵۶/۹
اصلاً کافی نیست	۵۳	۲۰/۴
<b>قومیت</b>		
ترک	۱۵۵	۵۹/۶
فارس	۳۶	۱۳/۸
کرد	۴۵	۱۷/۷
سایر موارد**	۷	۲/۷
<b>مدت اقامت در خوابگاه</b>		
کمتر از ۲ سال	۱۴۹	۵۷/۳
۲ تا ۴ سال	۸۱	۳۱/۲
بیشتر از ۴ سال	۳۰	۱۱/۵
<b>تعداد اعضای خانواده</b>		
کمتر از ۴ نفر	۲۵	۹/۶
۵ تا ۶ نفر	۱۷۶	۶۷/۷
بیشتر از ۶ نفر	۵۹	۲۲/۷
<b>چندمین فرزند</b>		
اولین	۱۰۰	۳۸/۵
دومین	۸۹	۳۴/۲
سومین و بالاتر	۷۱	۲۷/۳
<b>مقطع تحصیلی</b>		
دکتری	۱۱۷	۴۵
کارشناسی ارشد	۴۶	۱۷/۷
کارشناسی	۹۷	۳۷/۳
<b>شاخص توده بدنی</b>		
کمتر از ۱۸/۵	۹	۳/۵
۱۸/۵ تا ۲۴/۹۹	۱۹۹	۷۶/۵
۲۵ تا ۲۹/۹۹	۴۳	۱۶/۵
بیشتر از ۳۰	۹	۳/۵
<b>سن</b>		
میانگین (انحراف معیار)	۲۳/۴۵	۲/۳۸

خودکارآمدی و موانع درک شده با نمره کل فعالیت فیزیکی همبستگی معنی‌دار آماری وجود نداشت (جدول شماره ۳). همچنین بر اساس نتایج آزمون‌های t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه بین مشخصات فردی-اجتماعی با انجام فعالیت فیزیکی رابطه معنی-دار آماری یافت نشد.

- سایر موارد: قومیت لر و گیلک میانگین (انحراف معیار) نمره فعالیت فیزیکی ۴۵۵۵/۰۵ (۷۸۸۴/۸۳) و میانه (صدک ۲۵ تا ۷۵) نمره آن ۱۱۳۳۱ (۵۹۴-۴۹۹۹/۵) بود. ۲۸/۱٪ فعالیت فیزیکی شدید، ۴۸/۵٪ فعالیت فیزیکی متوسط و ۲۳/۵٪ فعالیت فیزیکی ضعیف داشتند (جدول شماره ۲). بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین فواید درک شده،

جدول (۲): وضعیت فعالیت فیزیکی در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی تبریز (n=۲۶۰)

متغیر	تعداد (درصد)
فعالیت فیزیکی خفیف	۶۱ (۲۳/۵)
فعالیت فیزیکی متوسط	۱۱۲۶ (۴۸/۵)
فعالیت فیزیکی شدید	۷۳ (۲۸/۱)
<b>فعالیت فیزیکی</b>	
میانگین (انحراف معیار)*	۴۵۵۵/۰ (۷۸۸۴/۸)
میانه (صدک ۲۵ تا ۷۵)**	۴۵۵۵/۰ (۷۸۸۴/۸۳) - ۱۱۳۳۱ (۴۹۹۹/۵ - ۵۹۴)

جدول (۳): میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و ارتباط آن با فعالیت فیزیکی (n=۲۶۰)

متغیر (طیف نمره قابل دستیابی)	میانگین (انحراف معیار)	ارتباط با فعالیت فیزیکی r (p)
خودکارآمدی (۵ تا ۲۵)	۱۰/۴ (۳/۸)	۰/۰۴ (۰/۵۱۵)
فوائد درک شده (۱۱۶ تا ۲۹)	۹۵/۷ (۱۳/۴)	۰/۱۱ (۰/۰۵۸)
موانع درک شده (۱۴ تا ۷۰)	۳۰/۰ (۶/۰)	۰/۰۷ (۰/۲۴۲)

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، تعیین وضعیت فعالیت فیزیکی و ارتباط آن با خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده نسبت به ورزش در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود. نتایج مطالعه نشان داد که ۲۳/۵٪ فعالیت فیزیکی ضعیف و ۴۸/۵٪ فعالیت فیزیکی متوسط و ۲۸/۱٪ فعالیت فیزیکی شدید داشتند. یافته‌های مطالعه حاضر "مبنی بر وضعیت فعالیت فیزیکی در دانشجویان پسر ساکن در خوابگاه" نشان داد که حدود نیمی از مشارکت‌کنندگان، فعالیت فیزیکی متوسط و حدود یک چهارم فعالیت فیزیکی ضعیف داشتند که تقریباً قابل مقایسه با مطالعات صورت گرفته در سایر کشورها است. در مطالعه‌ای که توسط عبدالله<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) بر روی دانشجویان هنگ کنگ انجام شد، ۶۹ درصد از دانشجویان فعالیت فیزیکی منظم داشتند (۱۹). در مطالعه گرابس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، ۶۸/۸ درصد از دانشجویان فعالیت فیزیکی منظم داشتند (۲۰). در مطالعه‌ای که توسط هاداد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴) بر روی دانشجویان پرستاری کانادا و اردونی انجام شد، از نظر فعالیت فیزیکی، تفاوت آماری بین این دو گروه وجود داشت و میزان فعالیت فیزیکی در دانشجویان کانادایی بیشتر بود (۲). در مطالعه‌ای که توسط هاس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در ۲۳ کشور دربارهٔ مردان انجام شده بود به این نتیجه رسیدند که ۴۹ درصد در اروپای شمالی، ۴۳ درصد در اروپای مرکزی و شرقی، ۴۰ درصد مردان مدیترانه، ۴۸ درصد در اقیانوس آرام و ۴۳ درصد در کشورهای در حال توسعه فعالیت فیزیکی ضعیف داشتند (۲۲). مطالعات فوق نشان می‌دهد که بی

تحركی فیزیکی، یک مشکل سلامت عمومی در همه نقاط جهان است که یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای بیماری‌های قلبی، دیابت، فشارخون بالا، چاقی، پوکی استخوان، سرطان کولون، افسردگی و اضطراب نیز می‌باشد (۲۳، ۲۴).

یافته‌های مطالعه حاضر در تضاد با سایر مطالعات انجام گرفته در ایران است. در مطالعه‌ای که برادران رضایی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در تبریز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بیشتر دانشجویان هر دو دانشگاه تبریز و علوم پزشکی تبریز در سطح خطرناک فعالیت فیزیکی قرار داشتند، به طوری که تنها ۶/۵۱ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و ۵/۹۹ درصد دانشجویان دانشگاه تبریز فعالیت فیزیکی در سطح خوب داشتند. در این مطالعه به ترتیب ۶۳/۰۲ و ۶۰/۹۴ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و تبریز ساکن خوابگاه بودند (۲۵)، در حالی که در مطالعه ما ۱۰۰ درصد دانشجویان ساکن خوابگاه بودند که یکی از دلایل تفاوت این دو مطالعه می‌تواند دسترسی بیشتر دانشجویان مطالعه ما به امکانات ورزشی در خوابگاه باشد و دلیل دیگر می‌تواند تفاوت در ابزار مورد استفاده برای سنجش وضعیت فعالیت فیزیکی باشد. همچنین در مطالعه‌ای که قارلی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) بر روی پرسنل فوریت پزشکی در همدان انجام داده بودند، ۷۳/۵٪ فعالیت فیزیکی ضعیف و ۲۴/۵٪ فعالیت فیزیکی متوسط و ۲٪ فعالیت فیزیکی شدید داشتند (۱۵). شاید یکی از علل بیشتر بودن سطح فعالیت فیزیکی در این مطالعه این باشد که اکثریت مشارکت‌کنندگان به وسایل ورزشی دسترسی داشتند، چنانکه دسترسی به وسایل ورزشی یکی از تسهیل‌کننده‌های فعالیت فیزیکی گزارش شده است (۲۶). ارتقای فعالیت فیزیکی با رویکرد حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای ارائه شده برای مبادرت افراد به انجام ورزش گزارش شده است

1. Abdullah  
2. Grubbs  
3. Haddad  
4. Haase

ضعیف داشتند. لذا باید با برنامه‌ریزی صحیح، فواید ورزش را به اطلاع عموم بخصوص قشر جوان رساند. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده مسؤولان و سیاستگذاران سلامت در تدوین و طراحی راهکارهای ارتقای فعالیت فیزیکی مورد استفاده قرار گیرد تا بتوان با تشویق عموم مردم بویژه قشر جوان به انجام ورزش از بروز بیماری‌های غیرواگیر از قبیل بیماری‌های قلب و عروق، دیابت و فشارخون و مرگ زودرس ناشی از آنها پیشگیری نمود.

پیشنهاد می‌شود که تجربیات جوانان در مورد تسهیل‌کننده‌ها و بازدارنده‌های فعالیت فیزیکی از طریق انجام مطالعات کیفی تبیین گردد تا بتوان از آنها در طراحی راهبردها برای ارتقای فعالیت فیزیکی بهره گرفت. همچنین انجام مطالعاتی بر اساس سایر تئوری‌های رفتار از جمله مدل ارتقای سلامت نیز برای کشف عوامل موثر بر فعالیت فیزیکی پیشنهاد می‌شود.

**تضاد منافع:** هیچ تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز است و بر خود وظیفه می‌دانیم از دانشجویان محترم که با رضایت و حوصله در پژوهش حاضر همکاری نمودند و همچنین از کلیه کسانی که در مراحل مختلف تحقیق ما را راهنمایی و یاری نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

(۲۷) که می‌توان با ارائه اطلاعات در مورد فواید ورزش، تأمین امکانات و منابع ورزشی این راهبرد را اجرایی نمود.

از دیگر یافته‌های این تحقیق "عدم وجود همبستگی بین فواید درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی با نمره کل فعالیت فیزیکی بود". در مطالعه آقاملائی و همکاران، درک موانعی مانند وقت‌گیر و هزینه‌بر بودن و خستگی ناشی از ورزش مانع از انجام فعالیت فیزیکی و عواملی مثل درک خودکارآمد بودن و حمایت اطرافیان باعث تقویت فعالیت فیزیکی در دانشجویان شده است (۱۴). در مطالعه قارلی‌پور و همکاران بین انجام فعالیت فیزیکی و خودکارآمدی ورزش همبستگی مستقیم و مثبت، با موانع درک شده رابطه معکوس و با فواید درک شده رابطه مستقیم و مثبت یافت شد (۱۵). در مطالعه‌ای که توسط حسینی و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی درمورد انجام فعالیت فیزیکی با تمایل به انجام فعالیت فیزیکی رابطه مستقیم و مثبت دارد (۲۲).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، ماهیت مقطعی بودن مطالعه است. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بر روی دانشجویان علوم پزشکی ساکن در خوابگاه صورت گرفت، لذا نتایج این مطالعه، قابل تعمیم به دانشجویان غیرپزشکی و علوم پزشکی غیرساکن در خوابگاه نیست. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات مشابهی نیز در این گروه از دانشجویان انجام گیرد. همچنین انجام مطالعات کیفی جهت تبیین عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده فعالیت فیزیکی توصیه می‌شود.

مطالعه حاضر نشان داد که حدود نیمی از دانشجویان فعالیت فیزیکی در حد متوسط و بیش از یک چهارم فعالیت فیزیکی

### References:

1. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
2. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011;377(9775):1438-47. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60393-0.
3. World Health Organization. Physical activity should not be mistaken for sport What is .. 2014. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/leaf-let-physical-activity-recommendations.pdf?ua=1>.
4. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. *New England J Med*. 2013;369(14):1336-43.
5. Dinas P, Koutedakis Y, Flouris A. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish J Med Sci*. 2011;180(2):319-25.
6. 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. doi: 10.1186/1471-2458-6-233.

7. Baheiraei A, Mirghafourvand M. Health Promotion From Concepts to Practice. Tehran: Noor danesh; 2012. 176 p [Persian].
8. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice: Wiley; 2008.
9. Galloway RD. Health promotion: causes, beliefs and measurements. Clin Med Res. 2003;1(3):249-58.
10. Foley L, Prapavessis H, Maddison R, Burke S, McGowan E, Gillanders L. Predicting physical activity intention and behavior in school-age children. Pediatr Exerc Sci. 2008;20(3):342-56.
11. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nursing & Health Sciences. 2008;10(4):273-80. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00405.x.
12. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. Scand J Prim Health Care . 2006;24(1):38-43.
13. Kelishadi R, Pour MH, Sarraf-Zadegan N, Sadry GH, Ansari R, Alikhassy H, et al. Obesity and associated modifiable environmental factors in Iranian adolescents: Isfahan Healthy Heart Program - Heart Health Promotion from Childhood. Paediatr Int. 2003;45(4):435-42[Persian].
14. Agha Mollaei T, Tavafyan S, Hasani L. Self-efficacy, perceived benefits and barriers towards regular physical activity among students in Hormozgan University of Medical Sciences. Iran J Epidemiol. 2008. [Persian]
15. Gharlipour Gharghani Z, Sayarpour S, Moeini B. Associated factors with regular physical activity among emergency medical personnel in hamadan: Applying health belief model. J Health Syst Res. 2012;7:710-7[Persian].
16. Alagh TB, Omokhodion FO. Health related practices of students of the University of Ibadan. Afr J Med Sci. 2004;33(2):109-14.
17. Seyed Emami R, Eftekhar Ardebili H, Golestan B. Effect of a Health Education Intervention on Physical Activity Knowledge, Attitude and Behavior in Health Volunteers. Hayat. 2011;16(3):48-55[Persian].
18. Committee IR. Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ)—Short and long forms. Retrieved September. 2005;17:2008.
19. Abdullah AS, Wong CM, Yam HK, Fielding R. Factors related to non-participation in physical activity among the students in Hong Kong. Int J Sports Med. 2005;26(7):611-5. doi: 10.1055/s-2004-821315.
20. Grubbs L, Carter J. The relationship of perceived benefits and barriers to reported exercise behaviors in college undergraduates. Family & Community Health. 2002;25(2):76-84.
21. Haddad I, Kane D, Rajacich D, al. E. A Comparison of Health Practices of Canadian and Jordanian Nursing Students. Public Health Nursing. 2004;21.
22. Hosseini H, KHavari Z, Yaghmaei F, al. E. Evaluate the correlation attitudes, self-efficacy, intellectual norm and willingness to perform physical activity in female students. J Health Promot Management. 2014;3(1):52-61[Persian].
23. Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. Health promotion international. 2014. doi: 10.1093/heapro/dat086. PubMed PMID: 24395956. [Persian]
24. McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV. Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. Soc Sci Med. 2006;63(4):1011-22. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.012. PubMed PMID: 16650513.
25. Rezai B, M., Shirvany M, Fathiazar S. Comparison of Physical Activity University of Tabriz Medical Science With the University Tabriz. 2008 [Persian].
26. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Mohammadi E. Facilitators and Inhibitors of Health-promoting Behaviors: The Experience of Iranian Women of Reproductive Age. Int J Prev Med. 2013;4(8):929. [Persian]

27. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Mohammad-Alizadeh C, Nedjat S. Determining appropriate strategies for improving women's health promoting behaviours: using the nominal

group technique. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2013;19(5):409-16.[Persian]