

موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت عمومی در پرستاران

فاطمه حیدری^۱، دکتر سیما محمد خان کرمانشاهی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، بیمارستان دکتر بهشتی، زنجان، ایران

۲- استادیار دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: kerman_s@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء سلامت، فرآیند پویای توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامتی خود و یکی از مفاهیم کلیدی برای پرستاران می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی، پرستاران را به عنوان راهنمای ارتقاء سلامت مردم معرفی کرده است. حال آنکه نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که پرستاران خود در بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی از عملکرد مطلوبی برخوردار نمی‌باشند. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت عمومی در پرستاران انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در آن ۱۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند، سپس پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه محقق ساخته موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سه بخش موانع فردی، محیطی و مدیریتی تکمیل گردید و با استفاده از نرم افزار SPSS v16 و روش‌های آمار توصیفی-تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مهمترین موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامتی از دیدگاه پرستاران به ترتیب؛ موانع مدیریتی با ۸۹ درصد (۹۸ نفر)، محیطی با ۸۳ درصد (۹۱ نفر) و فردی با ۷۱ درصد (۷۸ نفر) ذکر شدند. در بخش موانع مدیریتی، کمبود تعداد پرستاران نسبت به بیماران و عدم توجه مدیران به رضایتمندی و نیازهای سلامتی پرستاران هر دو با ۹۸ درصد جزء مهمترین موانع بیان شدند. در بخش موانع محیطی ۱۰۰ درصد پرستاران به بالا بودن استرس شغلی پرستاران و مواجهه با عوامل بیماری‌زا اشاره داشتند. در بخش موانع فردی نیز عامل شیفت در گردش با ۸۹ درصد و نداشتن وقت کافی و مشغله کاری زیاد با ۸۷ درصد مهمترین موارد را به خود اختصاص دادند. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیکی و موانع در اغلب حیطه‌ها از نظر آماری معنی دار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه مبنی بر اهمیت موانع مدیریتی از دید پرستاران، لازم است که مداخلات اساسی در جهت رفع موانع خصوصاً موانع مدیریتی و حفظ و ارتقای سلامت پرستاران انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: پرستار، رفتارهای ارتقاء سلامت، موانع ارتقاء سلامت

مقدمه

سلامتی از نیازهای اساسی انسان است. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را به عنوان وضعیت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. مفهوم اخیر سلامتی با فهم مراقبت بر پایه سلامتی از طریق حفظ و ارتقاء رفتارهای تقویت کننده سلامتی در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی برای سلامت خود استوار است (۱،۲). در کل سلامتی، حاصل مجموع این عوامل می‌باشد: داشتن آگاهی بهداشتی، رفتارهای درست و سالم، روابط سالم، موقعیت و جایگاه بهداشتی، تصمیم‌گیری مسئولانه، استفاده از مهارت‌های استقامتی، برخورداری از عوامل حفاظتی، انعطاف‌پذیری و دارا بودن سواد بهداشتی (۳).

یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه پایدار سلامتی در جوامع بشری، بخش بهداشت و درمان است که وظیفه خطیر حفظ و اعاده سلامتی جامعه انسانی را بر عهده دارد و تحقق این امر نیازمند وجود درمانگران سالم و شاداب می‌باشد (۴،۵). از طرفی یکی از مفاهیم کلیدی در پرستاری سلامتی بوده و سلامتی منبعی برای زندگی است (۶). در واقع پرستاران به عنوان فروشنده محصول تولید کننده سلامتی یا به عبارت دیگر معلمین بهداشت در سطح جامعه محسوب می‌شوند که می‌توانند تأثیر عمیقی بر بیماران داشته باشند (۷،۸). پرستارانی که بتوانند نیازهای جسمی، هیجانی و روحی خود را محقق سازند، در پیاده نمودن این رفتارها توسط بیماران، خانواده‌ها و جوامع موفق‌تر خواهند بود، چرا که تجربه پرستاران در تغییر سبک زندگی، آنها را در اجرای نقش مشاوره‌ای به منظور پیشگیری اولیه توانمند خواهد کرد (۹). سازمان بهداشت جهانی نیز به استراتژی‌های ارتقاء سلامت با تمرکز بر پرسنل مراقبت بهداشتی و محیط شغلی آنها به علاوه مراقبت از بیمار اشاره دارد، علاوه بر آن مدیریت و اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت فرصت‌هایی را برای ارتقاء ایمنی و سلامتی پرستاران فراهم می‌نماید (۱۰،۱۱). استانداردهای انجمن پرستاران آمریکا نیز بر خود مراقبتی، مسئولیت‌پذیری فردی، رشد روحی و انعکاس آنها در کل زندگی پرستاران تأکید نموده است. فقدان خود مراقبتی سبب ایجاد خستگی، استرس و فرسودگی شده و با نتایج ضعیف در مراقبت از بیماران در ارتباط است (۹،۱۲). اما علی‌رغم وجود شواهدی مبنی بر

تأکید خاص بر اقدامات ارتقاء دهنده سلامتی، اغلب پرستاران خود ناسالم هستند. اغلب آنها احساس عدم توانایی در تغییر محیط شغلی را تجربه می‌کنند و در نتیجه اقدامات ارتقاء سلامت فردی و حرفه‌ای، کمتر ارتقاء می‌یابد (۱۳). همچنین نتایج بررسی‌ها و تحقیقات موجود حاکی از عدم بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی توسط پرستاران در حد مطلوب می‌باشد (۱۴،۱۵،۱۶). بلیک^۱ (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان داد که پرستاران از سلامتی نسبتاً ضعیفی برخوردارند و علی‌رغم ارتباط مستقیم تحصیلات با ارتقاء سلامتی و پیوستن به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، به نظر می‌رسد دانش به عملکرد مبدل نمی‌شود. بلیک بر اهمیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در پرستاران تأکید نموده و توصیه کرده مداخلاتی در راستای ارتقاء سبک زندگی سالم در پرستاران انجام شود (۱۷). درویش‌پور کاخکی و همکارانش (۱۳۸۸) نیز در بررسی وضعیت سلامت پرستاران به طور مشابه به این نتیجه دست یافتند که وضعیت سلامت پرستاران به میزان قابل ملاحظه‌ای پایین است (۱۸). بررسی مطالعات حاکی از آن است که مطالعه چندی در زمینه موانع پرداختن به رفتارهای سالم در پرستاران صورت نگرفته و مطالعات موجود نیز بیشتر در حیطه موانع فردی بوده و موانع مدیریتی و محیطی کمتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند. همچنین بیشتر مطالعات موجود در زمینه موانع سبک زندگی سالم در سایر گروه‌ها و بدون در نظر گرفتن عامل شغل می‌باشد. از جمله مطالعه لارسون^۲ (۲۰۰۸) و راسموسن^۳ (۲۰۰۶) که عوامل شناختی، موانع و مهارت‌های رفتاری را به عنوان عوامل تعیین کننده مرتبط با رفتارهای سبک زندگی معرفی کردند (۱۹،۲۰). دویر^۴ (۲۰۰۶) و اودی^۵ (۲۰۰۳) نیز در بررسی موانع سبک زندگی سالم در بالغین، فقدان زمان و محدودیت‌های زمانی، فقدان انرژی و انگیزه و عوامل اجتماعی را موانع فعالیت جسمی و در دسترس بودن غذاهای با ارزش غذایی کمتر و افزایش خلق ناشی از مصرف این غذاها و فاکتورهای اجتماعی را به عنوان موانع

¹-Blake²- Larson³-Rasmussen⁴-Dwyer⁵-Odea

تغذیه سالم معرفی نمودند (۲۲،۲۱). البته لیم^۱ (۲۰۱۱) عوامل مرتبط با شغل نظیر نوع شیفت و استرس را به عنوان عوامل مشارکت کننده در ایجاد عادات غیر معمول غذایی در پرستاران معرفی نموده و اظهار داشت که پرستاران از تنقلات و غذاهای شیرین به عنوان راهی برای سازگاری با استرس استفاده می کنند (۲۳). بوگوسیان (۲۰۱۲) نیز در بررسی الگوهای چاقی در پرستاران و ماماها شغل به شیوع بیشتر چاقی و افزایش وزن در پرستاران نسبت به جمعیت کلی اشاره کرده به گونه ای که بیش از ۶۰ درصد پرستاران و ماماها شغل تحت مطالعه، افزایش وزن داشتند و به این نتیجه دست یافت که پرستاران با سن بالاتر و پرستارانی که به صورت تمام وقت کار می کنند بیشتر در معرض افزایش وزن و چاقی هستند و این مسئله نیز به نوبه خود عاملی برای بروز بیماری های مزمن و خطرات مرتبط با شغل بوده و بر پرداختن به رفتارهای سبک زندگی سالم موثر است. به نظر او استرس شغلی می تواند سبب ارتقاء رفتارهای ناسالم و یا تغییر عملکرد اندوکرینی شود و شیفت در گردش و ساعات کاری طولانی نیز می تواند عامل خستگی و در نتیجه عدم اجرای رفتارهای سبک زندگی پیشگیرانه گردد (۲۴). بنابراین لازم است موانع سلامتی پرستاران بررسی شده و در نتیجه دستیابی به اهداف ارتقاء سلامت محقق شود، از این رو پژوهشگر درصدد برآمد مطالعه ای را با هدف تعیین موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت عمومی در پرستاران انجام دهد.

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه ای است از نوع توصیفی-تحلیلی که به بررسی موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در ۱۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان که به روش نمونه گیری آسان و بر اساس فرمول حجم نمونه انتخاب شده بودند پرداخته است. معیار ورود به مطالعه دارا بودن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری، اشتغال به حرفه پرستاری در مراکز آموزشی-درمانی دکتر بهشتی، آیت الله موسوی و ولی عصر و تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش بود، ابزار بررسی، پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان

تحصیلات، رده شغلی، بخشی که در آن کار می کند، نوبت کاری، سابقه کار بالینی، وضعیت استخدامی، ساعت اضافه کاری در ماه، اشتغال به حرفه دیگر در کنار حرفه پرستاری) و پرسشنامه محقق ساخته موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در ابعاد تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، مسئولیت پذیری سلامتی و روابط بین فردی توسط پرستاران بود که در سه بخش موانع فردی، محیطی و مدیریتی طراحی شده که در مقابل هر مانع دو گزینه بلی، خیر قرار دارد و هر پرستار بر اساس این که با این مانع برخورد داشته یا نه، گزینه بلی یا خیر را انتخاب می کرد. در پایان هر دسته از موانع مطرح شده، از پرستاران خواسته می شد اگر عوامل دیگری به غیر از آنچه که در پرسشنامه آمده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می دهد ذکر نمایند تا با عنوان سایر عوامل تأثیرگذار در نظر گرفته شود. روایی ابزارها توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشکده پرستاری و مامایی زنجان، به روش روایی محتوی مورد سنجش قرار گرفت. جهت تعیین اعتبار درونی پرسشنامه موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، ضریب آلفا کرونباخ ($\alpha=0/82$) محاسبه شد که حاکی از اعتبار بالای ابزار است. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، ابتدا معرفی نامه ای از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس اخذ و به رؤسای مراکز آموزشی درمانی دکتر بهشتی، ولی عصر و آیت الله موسوی ارائه شد. پس از معرفی پژوهشگر به واحدهای مورد پژوهش و تبیین اهداف پژوهش، خاطر نشان شد که نمونه ها در رد یا قبول شرکت در مطالعه آزادند و جهت تضمین محرمانه بودن اطلاعات، نام پرستاران بر روی برگه های فرم اطلاعاتی ذکر نشده و رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید. به علاوه نمونه ها می توانستند در صورت عدم تمایل به شرکت در هر مرحله از انجام کار از مطالعه خارج شوند. سپس نتایج با استفاده از نرم افزار آماری SPSS v16 و آمار توصیفی-تحلیلی (فراوانی، درصد، میانگین و آزمون آماری کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که بیشتر پرستاران شرکت کننده در مطالعه ۱۰۲ نفر (۹۳٪) زن و از نظر سنی ۸۵ نفر (۷۷٪) زیر ۳۰ سال، ۹۰ نفر (۸۲٪) متأهل با میانگین

¹ -Lim

نتایج مربوط به بررسی موانع فردی، محیطی و مدیریتی بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به ترتیب در جداول ۱ تا ۳ نشان داده شده است.

لازم به ذکر است که نمونه‌های پژوهش در پاسخ به سوال باز مطرح شده مربوط به موانع، فقط به موارد موجود در پرسشنامه اشاره کردند، لذا داده جدیدی حاصل نشد. بر اساس «آزمون آماری کای دو» ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، به استثنای ارتباط بین موانع فردی با جنس ($P=0/018$)، نوبت کاری ($P=0/014$) و سابقه کار ($P=0/000$)، موانع محیطی با سن ($P=0/001$)، رده شغلی ($P=0/002$)، بخش ($P=0/007$)، سابقه کار ($P=0/000$) و وضعیت استخدام ($P=0/002$) و موانع مدیریتی با سابقه کار ($P=0/029$) در سایر حیطه‌ها معنی دار نبود (جدول ۴).

سابقه کار ۷/۴۵ سال بودند. از نظر میزان تحصیلات ۱۰۶ نفر (۹۶٪) کارشناس و از نظر رده شغلی ۹۹ نفر (۹۰٪) پرستار بودند. نوبت کار بیشتر افراد، ۹۸ نفر (۸۹٪) به صورت شیفت در گردش بوده و اکثراً ۵۸ نفر (۵۳٪) در بخش‌های داخلی - جراحی مشغول به کار بودند. ساعات اضافه کاری در میان پرستارانی که اضافه کاری داشتند ۱۴ تا ۱۷۵ ساعت در ماه با میانگین ۷۵ ساعت بود. از نظر وضعیت استخدامی اکثراً، ۸۸ نفر (۸۰٪) به صورت رسمی، قراردادی و پیمانی بودند، هیچ یک از نمونه‌ها به حرفه دیگری اشتغال نداشتند.

بر اساس یافته‌های بدست آمده، بیشتر پرستاران موانع مدیریتی (۸۹٪)، محیطی (۸۳٪) و فردی (۷۱٪) را به عنوان مهمترین موانع ارتقاء سلامتی خود عنوان نمودند.

جدول ۱: مهمترین موانع فردی بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی از دیدگاه پرستاران

موانع فردی		بلی		خیر	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بعد تغذیه	نداشتن وقت کافی	۲۶	٪۸۶٫۷	۴	٪۱۳٫۳
	شیفت در گردش و عدم امکان برنامه ریزی منظم و مناسب تغذیه ای	۲۵	٪۸۳٫۳	۵	٪۱۶٫۷
	شیفت در گردش و عدم امکان سازگاری بدن با تغییرات فیزیولوژیک ناشی از آن	۲۵	٪۸۳٫۳	۵	٪۱۶٫۷
بعد فعالیت جسمی	مشغله کاری زیاد	۲۶	٪۸۶٫۷	۴	٪۱۳٫۳
	نداشتن وقت کافی	۲۵	٪۸۳٫۳	۵	٪۱۶٫۷
	مشغله زیاد ناشی از مقتضیات زندگی خانوادگی	۲۳	٪۷۶٫۷	۷	٪۲۳٫۳
بعد مدیریت استرس	شیفت‌های اضافه کاری	۲۷	٪۹۰	۳	٪۱۰
	نداشتن وقت کافی برای آرامسازی	۲۶	٪۸۶٫۷	۴	٪۱۳٫۳
	عدم رضایت شغلی	۲۶	٪۸۶٫۷	۴	٪۱۳٫۳
	فشارهای وارد شده از سوی خانواده به پرستار به دلیل عدم حضور ثابت او در منزل	۲۵	٪۸۳٫۳	۵	٪۱۶٫۷
	مشغله کاری زیاد	۲۴	٪۸۰	۶	٪۲۰
بعد مسئولیت پذیری سلامتی	نداشتن فرصت کافی جهت پرداختن به فعالیت‌های تفریحی، سرگرم کننده و مسافرت	۲۷	٪۹۰	۳	٪۱۰
	مشغله کاری زیاد	۲۷	٪۹۰	۳	٪۱۰
	نداشتن فرصت کافی جهت رفت و آمد با فامیل و دوستان	۲۸	٪۹۳٫۳	۲	٪۶٫۷
بعد ارتباطات بین فردی	مشغله کاری زیاد	۲۷	٪۹۰	۳	٪۱۰
	مشغله زیاد ناشی از مقتضیات زندگی خانوادگی	۲۴	٪۸۰	۶	٪۲۰

جدول ۲: مهمترین موانع محیطی بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی از دیدگاه پرستاران

موانع محیطی		بلی		خیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۸	۹۳/۳٪	۲	۶/۷٪	مواجهه پرستاران با گازها، محلول ها و اشعه پرخطر در محیط بیمارستان	
۲۵	۸۳/۳٪	۵	۱۶/۷٪		
۲۲	۷۳/۳٪	۸	۲۶/۷٪		
دسترسی ناکافی پرستاران به منابع علمی به روز در زمینه استراتژی های ارتقاء سلامت و مزایای آنها		استاندارد نبودن محیط بخش از نظر تهویه و امکانات بهداشتی			

جدول ۳: مهمترین موانع مدیریتی بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی از دیدگاه پرستاران

موانع مدیریتی		بلی		خیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۵	۸۳/۳٪	۵	۱۶/۷٪	استفاده از نیروی انسانی پرستاری در مسئولیت های خارج از نقش های تعریف شده پرستاری	
۲۱	۷۰٪	۹	۳۰٪		
۱۶	۵۳/۳٪	۱۴	۴۶/۷٪		
۲۹	۹۶/۷٪	۱	۳/۳٪	امکانات مالی و پرسنلی بیمارستان	
۲۸	۹۳/۳٪	۲	۶/۷٪		
۲۸	۹۳/۳٪	۲	۶/۷٪		
۲۸	۹۳/۳٪	۲	۶/۷٪	نداشتن آگاهی و برنامه	
۲۸	۹۳/۳٪	۲	۶/۷٪		
۲۸	۹۳/۳٪	۲	۶/۷٪		
۲۷	۹۰٪	۳	۱۰٪	عدم التزام به برنامه های تدوین شده	
۲۳	۷۶/۷٪	۷	۲۳/۳٪		
۲۳	۷۶/۷٪	۷	۲۳/۳٪		

جدول ۴: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی

متغیر موانع	سن	جنس	تأهل	تحصیلات	رده شغلی	بخش	نوبت کاری	سابقه کار	وضعیت استخدام
فردی	۰/۲۵۶	*۰/۰۱۸	۰/۹۳۸	۰/۲۱۰	۰/۴۱۹	۰/۰۶۲	*۰/۰۱۴	*۰/۰۰۰	۰/۵۱۱
محیطی	*۰/۰۰۱	۰/۰۹۹	۰/۰۹۶	۰/۴۱۴	*۰/۰۰۲	*۰/۰۰۷	۰/۴۲۴	*۰/۰۰۰	*۰/۰۰۲
مدیریتی	۰/۲۷۴	۰/۵۳۳	۰/۵۴۸	۰/۵۳۳	۰/۵۳۳	۰/۳۰۴	۰/۰۶۳	*۰/۰۲۹	۰/۶۷۲

*مقادیر معنی دار ($p < 0.05$)

بحث

بررسی یافته‌ها نشان داد اکثریت پرستاران در بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خود با موانع فردی، محیطی و مدیریتی مواجه هستند. در بررسی موانع فردی مرتبط با تغذیه، یافته‌ها نشان داد که شیفت در گردش بودن، نداشتن وقت و دانش و اطلاعات ناکافی در زمینه تغذیه مناسب از مهمترین موانعی هستند که پرستاران در بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خود به آنها اشاره کرده‌اند. همان گونه که در مطالعه اسکالر^۱ (۲۰۰۵)، موو^۲ (۲۰۰۸) و پارک^۳ و همکارانشان (۲۰۱۱) نیز به ضرورت به روز نمودن دانش تغذیه‌ای پرستاران اذعان شده است (۲۵،۲۶،۲۷). معرفی و آموزش تغذیه سالم، ارزان، باکیفیت، در دسترس و با پخت راحت و آسان در کوتاه‌ترین زمان می‌تواند در ارتقاء سلامت جسمی و حتی روانی پرستاران مفید باشد. وایتهد^۴ (۲۰۰۹)، کودیلکا^۵ و همکاران (۲۰۰۷) نیز همسو با مطالعه حاضر شیفت گردشی را به عنوان عامل اختلال در الگوی خواب و بیداری، الگوی تغذیه و فعالیت‌های اجتماعی معرفی کردند که با عملکردهای پایه بیولوژیکی، توانایی شغلی، ارتباطات اجتماعی و شرایط سلامت جسمی و روانی در ارتباط است (۸،۲۸). لی^۶ و همکارانش (۲۰۰۵) نیز در بررسی موانع فعالیت جسمی در پرستاران بیمارستان‌های شهر تایپه به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۹). در حیطه مدیریت استرس، داشتن مشغله کاری زیاد، شیفت‌های اضافه کاری، نداشتن زمان کافی و عدم رضایت شغلی به عنوان مهمترین موانع شناسایی شده‌اند. در مطالعه الیگات^۷ (۲۰۰۹) نیز بیشتر پرستاران فقدان زمان را به عنوان یکی از موانع مدیریت استرس عنوان کردند. هم چنین ناتوانی در انتخاب روشی مناسب جهت مدیریت استرس، فاکتورهای محیطی و فقدان حمایت به عنوان موانع مدیریت استرس در مطالعه الیگات شناسایی شدند (۹). در حیطه مسئولیت‌پذیری سلامتی نیز با توجه به نتایج مطالعات مختلف مبنی بر این که عوارض شغلی

متعددی می‌توانند سلامتی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهند (۱۵،۳۰،۳۱)، لازم است پرستاران برای دستیابی به ارتقاء سلامت در درجه اول، خود مسئولیت سلامتی خویش را برعهده گرفته و در این راستا اقدامات لازم را انجام دهند، که در این حیطه، نداشتن فرصت کافی و مشغله کاری به عنوان مهمترین موانع معرفی شدند، در حالی که در مطالعه کارلسون^۸ و همکارانش (۲۰۰۷) پرستاران، فقدان آموزش در زمینه ارتقاء سلامت را به عنوان عامل موثر بر گسترش عملکرد خود در زمینه ارتقاء سلامت می‌دانستند (۳۲). در زمینه ارتباطات بین فردی، داشتن مشغله کاری زیاد، نداشتن فرصت کافی و مشغله زیاد ناشی از مقتضیات زندگی خانوادگی و دانش و اطلاعات ناکافی در زمینه اصول صحیح برقراری ارتباطات بین فردی به عنوان مهمترین موانع در برقراری ارتباطات بین فردی از دیدگاه پرستاران ذکر شد. حال آن که مولد^۹ و همکارانش (۲۰۱۰) خود کارآمدی پرستاران از نظر برقراری ارتباط و ادراک مثبت نسبت به محیط شغلی را سپری در برابر بروز خستگی هیجانی و ارتقاء رشد روحی معرفی نمودند (۳۳). با عنایت به این که بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، نداشتن زمان کافی به عنوان یکی از مهمترین موانع ارتقاء سلامت در حیطه‌های مختلف سبک زندگی محسوب می‌شود، ضرورت تأکید بر آموزش استراتژی‌های مدیریت زمان بیشتر نمایان می‌شود.

در بررسی موانع محیطی، بالا بودن استرس شغلی، مواجهه با عوامل بیماری‌زای بیمارستانی و استاندارد نبودن محیط بخش از نظر تهویه و امکانات بهداشتی به عنوان مهمترین موانع معرفی شدند. در مطالعه زیتینوگلو^{۱۰} و همکارانش (۲۰۰۶) نیز استرس به عنوان عامل مهمی در حفظ پرستاران در حرفه پرستاری معرفی شد (۳۴). ریچل^{۱۱} (۲۰۰۹)، اسوینسدوتیر^{۱۲} و همکارانشان (۲۰۰۸) نشان دادند که شرایط محیط کار، ایمنی پرسنل

8 -Carlson

9- Mold

10- Zeytinoglu

11 -Rechel

12 -Sveinsdottir

1- Schaller

2 -Mowe

3 -Park

4 -Whitehead

5 -Kudielka

6 -Lee

7- Elligott

بهداشتی را ارتقاء بخشیده و آنها را در اجرای مسئولیت‌های خود با کارایی بیشتر توانمند می‌سازد (۱۱، ۱۵). در بررسی موانع مدیریتی، یافته‌ها نشان داد که از نظر پرستاران در حیطه امکانات مالی و پرسنلی، کمبود نیروی انسانی پرستار نسبت به بیمار، عدم توجه به رضایتمندی پرستاران و عدم توزیع مناسب نیروی انسانی به تناسب بار کاری بخش‌ها، تحمیل شیفت‌های اضافه به جهت کمبود نیروی انسانی، استفاده از نیروی انسانی پرستاری در مسئولیت‌های خارج از نقش‌های تعریف شده پرستاری و عدم توجه مدیران به نیازهای سلامتی پرستاران بیشترین نمره را به خود اختصاص داده‌اند. یافته‌های مطالعات محققین در حوزه سلامتی پرستاران، به عوامل مرتبط با موضوعات مدیریتی (مدیریت ضعیف، بار کاری زیاد، منابع ناکافی و ...)، سازمانی (ارتباطات ضعیف بین فردی، مشکلات ارتباطی و عدم مشارکت مدیران در ارتقاء سلامت و ...) و آموزشی (فقدان دانش و مهارت و ...) به عنوان موانع کلیدی در بکارگیری اقدامات ارتقاء سلامت توسط پرستاران اشاره نموده اند (۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷) که با

یافته‌های این مطالعه نیز همخوانی دارد.

نتیجه گیری

پرستاران، بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت می‌باشند و باید از سلامت کافی برخوردار باشند تا بتوانند راه‌های حفظ و ارتقاء سلامتی را به شکل مطلوب به مددجویان آموزش دهند. با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه مبنی بر اهمیت موانع مدیریتی از دید پرستاران، ضرورت توجه بیشتر مدیران به نیازهای سلامتی پرستاران و رفع مشکلات سیستم در زمینه کمبود نیروی انسانی، تعدیل شیفت‌های کاری و برقراری ارتباط نزدیک و موثر بین مدیران و پرستاران به منظور رسیدگی به مسائل و اقدام در جهت تقویت اجرای استراتژی‌های ارتقاء سلامت توسط پرستاران، بیشتر نمایان می‌شود، لذا لازم است مداخلات اساسی در جهت رفع موانع، به خصوص موانع مدیریتی و حفظ و ارتقای سلامت پرستاران انجام گیرد.

References:

1. Abdi-masooleh F, Kaviani H, Khaghanizade M, Momeni-Araghi A. The relationship between burnout and mental health among nurses. *Tehran University Medical Journal*. 2007; 65(6): 65-75. [Persian]
2. Prinicci E, Rahman S, Durmus AB, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health*. 2008; 122(11): 1261-1263.
3. Bulter J, Thomas. *Principles of health education and health promotion*. 3^{ed}; Wadsworth Press. 2001; 14-15.
4. AghaMolaie T, Eftekhari Ardebili H. *General principles of health services*. 2^{ed}; Tehran, Andishe Rafi pub, 2007; 20-26. [Persian]
5. Solaymani MA, Masoudi R, Sadeghi T, Bahrami N, Ghorbani M, Hasanpour-Dehkordi A. General health and its association with sleep quality two groups of nurses with and without shift working in educational centers of Iran University of Medical Sciences. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2008; 10(3): 70-75. [Persian]
6. Orshan SA. *Maternity, newborn and women's health nursing, comprehensive care across life span*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2008.
7. Perry B. Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice*. 2008; 9(1): 36-44.
8. Whitehead D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and general health promotion: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(6): 865-874.
9. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? *Applied Nursing Research*. 2009; 22(3): 211-215.
10. Lin YW, Huang HL, Tung SC. The organizational diagnosis of a health promoting hospital in Taiwan. *Patient Education and Counseling*. 2009; 76(2): 248-253.
11. Chan CW, Perry L. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(15-16): 2247-2261.
12. Shahar DR, Henkin Y, Rozen GS, Adler D, Levy O, Safra C, Itzhak B, et al. A controlled intervention study of changing health-providers attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. *Applied Nutritional Investigation*. 2009; 25(5): 532-539.
13. Rechel B, Buchan J, McKee M. The impact of health facilities on healthcare workers well-being and performance: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(7): 1025-1034.
14. Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 1556-1561 [Persian]
15. Sveinsdottir H, Gunnarsdottir HK. Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(10): 1479-1489.
16. Jaarsma T, Stewart S, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Martensson J, et al. A survey of coronary risk factors and B-type natriuretic peptide concentrations in cardiac nurses from Europe: do nurses still practice what they preach? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004; 3(1): 3-6.
17. Blake H, Malik S, Mo PK, Pisano C. "Do as say, but not as I do": are next generation nurses role models for health? *Perspect Public Health*. 2011; 131(5): 231-239.
18. Darvishpoor Kakhaki A, Ebrahimi H, Alavi-Majd H. Health status of nurses of hospitals dependent to Shahroud Medical University. *Iran Journal of Nursing*. 2009; 22(60): 19-27. [Persian]
19. Larson NI, Neumark-Sztainer DR, Harnack LJ, Wall MM, Story MT, Eisenberg ME. Fruit and vegetable intake correlated during the transition to young adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008; 35(1): 33-37.
20. Rasmussen M, Krolner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, Due P. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2006; 3(22): 1-19.

21. Dwyer JJ, Allison KR, Goldenberg ER, Fein AJ, Yoshida KK, Boutilier MA. Adolescent girls' perceived barriers to participation in physical activity. *Adolescence*. 2006; 41(161):75-89.
22. O'Dea JA. Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003; 103(4): 497-501.
23. Lim J, Hepworth J, Bogossian F. A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(5): 1022-1033.
24. Bogossian FE, Long MH, Benefer C, Humphreyes-Reid LJ, Kellett SE, Zhao I, Turner C. A work for ceprofile comparison of practicing and non-midwives in Australia: baselined at from the midwives and nurses cohort study. *Midwifery*. 2011; 27(3): 342-349.
25. Schaller C, James EL. The nutritional knowledge of Australian nurses. *Nurse Education Today*. 2005; 25(5): 405-412.
26. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*. 2008; 27(2): 196-202.
27. Park KA, Cho WI, Song KJ, Lee YS, Sung IS, Choi-Kwon SM. Assessment of nurses' nutritional knowledge regarding the rapeutic dietregimens. *Nurse Education Today*. 2011; 31(2): 192-197.
28. Kudielka BM, Buchtal J, Uhde A, Wust S. Circadian cortisol profiles and psychological self-reports in shift workers with and without recent change in the shift rotation system. *Biological Psychology*. 2007; 74(1): 92-103.
29. Lee YS, Huang YC, Kao YH. Physical activities and correlates of clinical nurses in Taipei municipal hospitals. *Journal of Nursing Research*. 2005; 13(4): 281-292.
30. Bahri Binabaj N, Moghimian M, Attarbashi M, Gharcheh M. Relationship between burn out and mental health in nursing and midwifery. *Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services*. 2004; 9(1): 99-104. [Persian]
31. Salerno S, Canulla M, Talamanca IF. Aging in nursing: a ten year follow up study. *International Congress Series*, 2005; 1280, 124-129.
32. Carlson GD, Warne T. Do healthier nurses make better health promoters? a review of the literature. *Nurse Education Today*. 2007; 27(5): 506-513.
33. Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15(4): 358-363.
34. Zeytinoglu IU, Denton M, Davies S, Baumann A, Blythe J, Boos L. Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*. 2006; 79(1): 57-72.
35. Casey D. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(6): 49-1039.
36. Choi SP, Cheung K, Pang SM. Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management*. 2013; 21(3): 39-429.
37. Cipriano PM. Move up to the role of nurse manager. *American Nurse Today*. 2011; 6(3): 61-62.

Barriers to Health-Promoting Behaviors in Nurses

Heidari F¹, Mohammad-Khan Kermanshahi S^{2*}

1- MSc of Community Health Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Shahid Beheshti Hospital, Zanjan, Iran

2- PhD, Assistant Professor, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* Corresponding Author: kerman_s@modares.ac.ir

Received: 2012/10/12

Accepted: 2013/1/17

ABSTRACT

Background & objective: Health promotion is the dynamic process of enabling people to increase control over their health and an important concept for nurses. The world Health Organization called nurses as health promotion leaders, while study results shows that nurses health prompting behaviors is not optimal. Hence the study is done to determine barriers to health promoting behaviors among nurses.

Method: This descriptive cross-sectional study was performed on 110 nurses by convenience sampling, from Zanjan University of Medical Sciences hospitals in 2011 for 3 months. A questionnaire was used for data collection, including two sections of demographic characteristics and author-made questionnaire of barriers to health promoting behaviors (in 3 parts of composed of personal, environmental and managerial barriers). Data were analyzed using SPSSv.16 and descriptive-analytical statistical methods.

Results: The most important barriers for health improvement From nurses' viewpoint was, managerial 89% (98 persons), environmental 83% (91 persons) and personal 71% (78 persons) respectively The most important barriers include: 108 (98%) Short ageo of fnurses per patient and managers inattention to the nurses health needs and satisfaction (managerial barriers). 100% of them had job stress and exposure to pathogens (environmental barriers), 89% (98 persons) shift rotation and 87% (96persons) not having enough time and busy work (personal barriers). The relationship between demographic variables and barriers statistically are not significant ($P>0/05$).

Conclusion: According to the study's findings about importance of managerial barriers in nurses' viewpoint, performing basic interventions in order to nurses' health promotion and overcome to barriers, especially managerial barriers are important.

Key words: Nurse, Health Promoting Behaviors, Barriers to Health Promotion.

Vol. 14, No4, winter 2013: 9-18