روانسنجی "نیمرخ ۲ ارتقاء سلامت در شیوه زندگی" در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی شهری

میمنت حسینی*[۱]، فریده یغمایی[۲]، صفیه حسین‌زاده[۱]، حمید علوی مجد[۳]، پروین سربخش[۴]، محمود طاووسی[۵]

۱. گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران
۳. گروه آمار، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۴. دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵. گروه آموزش و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۸۵۶-۸۴۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۱۷ مهر ۹۱]

چکیده

باتوجه به اهمیت شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت و فقدان ابزار مناسب برای سنجش و اندازه‌گیری آن، مطالعه حاضر با هدف ترجمه و روانسنجی نسخه فارسی "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" انجام گردید. این مطالعه با شرکت ۶۱۲ مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی و یک پایگاه بهداشتی شهر تهران انجام شد. به منظوراجرای مطالعه، ابتدا پرسشنامه ترجمه شده و سپس روایی محتوایی آن با شاخص والتس و باسل ارزیابی و روایی سازه آن نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه، برای تعیین ثبات بیرونی ابزار از روش آزمون مجدد و ضریب همبستگی درون گروهی، و جهت محاسبه همسانی درونی از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. نتایج تحلیل‌ها وجود همبستگی بالایی بین نمره کل ابزار و نمره خرده مقیاسهای آنرا نشان داد. در تحلیل عاملی تأییدی شاخص‌ها برازش میزان‌های قابل قبولی ارایه داد (CFI=۰/۹۵ و NEF=۰/۹۱ و RMSEA=۰/۰۵ و ۲/۵۸ =df/ χ^2). ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۵، و ضریب همبستگی درون گروهی خرده مقیاس‌ها نیز، بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ به دست آمد. با توجه به نتایج بررسی روایی و پایایی به نظرمی رسد، می‌توان از نسخه فارسی پرسشنامه مورد مطالعه به عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت سنجش رفتارهای ارتقاء سلامتی در مطالعات مرتبط استفاده نمود.

کلیدواژه: نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی، روانسنجی، تحلیل عاملی تأییدی

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
تلفن: ۸۸۶۵۵۳۶۶
E-mail: meimanathosseini@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

مقدمه

امروزه توجه به ارتقای سلامت افزایش یافته است[۱]. به موازات افزایش طول عمر افراد، اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت جهت حفظ عملکرد، استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها بیشتر می‌شود[۲]. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی ازمعیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت هستند که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماریها شناخته شده‌اند و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط است[۳]. طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت به افزایش سطح کیفیت زندگی کمک می‌کند. آمار ارائه شده در مورد دلائل مرگ، بیانگرآن است که۵۳ درصد از علل مرگ مربوط به سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی هستند[۴]. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ مطرح کرده‌است که ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامت افراد بستگی به رفتار و شیوه زندگی آنها دارد. رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی، فعالیت‌هایی هستند که آسیب پذیری و استعداد فرد رانسبت به پیامدهای منفی سلامتی موجب می‌گردند[۵]. درمقابل، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، شیوه مثبت زندگی را در بردارند و روش افزایش دهنده بهزیستی و تعالی نفس محسوب می‌گردند. موارد منتشر شده متعددی وجود دارند که نشان میدهند که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی از بروز بیماری‌ها می‌کاهد و موجب کاهش میزان مرگ می‌شود[۶]. طبق عقیده Pender رفتارهای شیوه زندگی سالم شامل: تعالی نفس، مسئولیت سلامتی، ورزش، تغذیه، حمایت بین فردی و اداره تنش است[۷]. بنابراین، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی باید به عنوان راهبردهای اصلی جهت حفظ و ارتقای سلامت مورد بررسی قرار گیرد[۸]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انتخاب شیوه زندگی سالم ممکن است شیوع و شدت بیماریهای مزمن را کاهش داده و کیفیت زندگی و سلامتی را افزایش دهد و از هزینه مراقبت بهداشتی بکاهد. مسئولیت‌پذیری نسبت به خود یا پاسخگویی برای عمل یا عدم انجام آن در درون مفهوم ارتقای سلامت جای دارد؛ بدین‌معنی که اشخاص مسئول سلامت خود هستند و سلامت به میزان وسیعی از طریق فعالیتهای خود مراقبتی تعیین می‌شود.

به منظورانجام رفتار ارتقای سلامتی اشخاص باید مسئولیت سلامت خود را بپذیرند[۹].″نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی″ (The Health Promoting Lifestyle Profile II)، یکی از ابزارهایی است که به بررسی شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامتی فرد می‌پردازد. این پرسشنامه، براساس الگوی Pender رفتارهای خود جوش سلامتی (Self-initiated health behavior) که برای حفظ یا ارتقای سطح سلامت و تعالی نفس انجام می‌شوند، را اندازه‌گیری می‌کند. رفتارهای محافظت‌کننده سلامت (پیشگیرانه) که خطر بیماری را کاهش می‌دهند و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی که بهزیستی، تعالی نفس و انجام کارهای شخصی را در بر می‌گیرند، توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند[۱۰]. امروزه از پرسشنامه نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی برای اندازه‌گیری و ارزشیابی شیوه زندگی یا فعالیت روزانه در سطح وسیعی استفاده می‌شود. درمطالعات متعدد، اعتبار و پایایی مناسبی برای این ابزارگزارش گردیده‌است[۱۱]. این ابزار پژوهشگران را قادر می‌سازد تا الگوهایی از رفتار ارتقای سلامت را در مطالعات پیامد و مداخله‌ای اندازه‌گیری نمایند[۱۰]. درسال۱۹۹۶پس از بازنگری ″نیمرخ ارتقای سلامت در شیوه زندگی″ به منظور انعکاس بهتر اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت فعلی و دستیابی به توزیع یکنواخت زیر مقیاس‌ها، ″نیمرخ ۲ ارتقاء بهداشت در شیوه زندگی″ معرفی گردید. این ابزار دارای۵۲ عبارت شامل رشد معنوی (۹ عبارت)، مسئولیت سلامتی (۹ عبارت)، فعالیت جسمانی (۸ عبارت)، تغذیه (۹ عبارت)، روابط بین فردی (۹ عبارت) و اداره تنش (۸ عبارت) است. به منظورتعیین روایی و پایایی ″نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی″ داده‌های مربوط به ۷۱۲ فرد بالغ ۱۸ تا ۹۲ ساله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت[۱۰].″نیمرخ ۲ ارتقای سلامت″ در شیوه زندگی در سال ۱۹۹۸ در اردن ترجمه و روانسنجی شد[۱۲]. نسخه اسپانیایی این ابزار در سال۱۹۹۰ از لحاظ تطابق فرهنگی و پایایی در یک مطالعه مورد بررسی قرار گرفت[۱۳]. ترجمه و روانسنجی ″نیمرخ ۲ ارتقاء سلامت در شیوه زندگی″ در سال۲۰۰۰ به زبان ژاپنی انجام شد[۱۴]. درسال ۲۰۰۵ نسخه کوتاه ″نیمرخ ارتقاء سلامت در شیوه زندگی″ در تایوان طراحی گردید و سپس روایی و پایایی آن بررسی شد[۱۵]. در تمامی موارد فوق ساختار ۶ بعدی این ابزار تأیید گردیده و شاخص‌های روایی و پایایی قابل قبولی گزارش شده است[۱۵-۱۰]. بنابراین، برمبنای نتایج مطالعات فوق، این پرسشنامه ابزاری معتبر و پایا برای بررسی شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت در فرهنگ‌های مختلف است. گرچه این ابزار تاکنون به زبان‌های متعددی ترجمه شده، اما طبق بررسی پژوهشگران گزارشی درمورد ترجمه و روانسنجی آن در ایران بدست نیامد. لذا با توجه به فقدان ابزار مناسب برای سنجش و اندازه‌گیری شیوه زندگی ارتقادهنده سلامت در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

پرستاری بهداشت جامعه در ایران، این مطالعه با هدف ترجمه و روانسنجی "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" انجام گردید.

مواد و روش کار

با توجه به نیاز به تعداد نمونه کافی برای بررسی روایی سازه در تحلیل عاملی تأییدی[۱۶]، در این پژوهش، تعداد ۶۱۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت داده شدند.

جامعه مورد بررسی مددجویانی بودندکه به منظور دریافت خدمات به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه می‌کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن بین ۱۸سال تا سن بازنشستگی، سکونت در شهر تهران، ایرانی بودن و تمایل به شرکت در مطالعه بود. پس از حصول رضایت شفاهی نمونه‌ها وارد مطالعه شدند. این مطالعه از شهریور ماه سال ۱۳۸۹ تا آبان ماه سال ۱۳۸۹ برروی ۶۱۲ نفر (۲۳۹ مرد و ۳۷۳ زن) مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی و درمانی کادووس، مرکز و پایگاه امام حسن مجتبی (ع) شهر تهران انجام گردید. علت انتخاب این مراکز، دسترسی پژوهشگران به نمونه معرف جامعه عادی شهر تهران بود.

پس از هماهنگی با مسؤلان مراکز بهداشتی درمانی، ابتدا در مورد هدف پژوهش و نحوه مشارکت مددجویان، توضیحات کافی داده شد و سپس به سؤالات احتمالی مددجویان در این مورد پاسخ ارایه و پس از جلب رضایت آنها، پرسشنامه‌ها برای پاسخگویی در اختیارشان گذاشته شد. "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" که در این پژوهش روانسنجی گردیده است، نسخه بازنگری شده "نیمرخ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" است که دارای۵۲ سئوال و ۶ خرده مقیاس شامل رشد معنوی، روابط بین فردی، تغذیه، فعالیت جسمانی، مسئولیت سلامتی، و اداره تنش است. نمره‌دهی نهایی به صورت جمع تمام نمرات صورت می‌گیرد. حداقل امتیاز مجموع تمام نمرات ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ و دامنه هر گزینه ۱ تا ۴ است. عبارات بصورت"۱= هرگز"، "۲= بعضی اوقات"،"۳= اغلب" و"۴= همیشه" امتیازدهی شده‌اند. امتیاز کلی برای کل شیوه زندگی ارتقاء سلامتی با محاسبه میانگین پاسخ‌های فردی به ۵۲ گزینه و امتیازات ۶ خرده مقیاس با محاسبه میانگین پاسخ های فردی به عبارات خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید. جهت حفظ وزن ۴-۱ پاسخ‌های عبارات و مقایسه هدفمند امتیازات در میان خرده مقیاس‌ها استفاده از میانگین‌ها به جای مجموع امتیازات پیشنهاد شده‌است[۱۰]. به منظور اجرای مطالعه، پس از کسب اجازه کتبی از سازنده اصلی "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" و کسب موافقت از شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی برای آماده‌سازی "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی"، ابتدا پرسشنامه توسط ۲ نفر از پژوهشگران به طور جداگانه به فارسی ترجمه شد. سپس مقیاس ترجمه شده توسط یک متخصص زبان انگلیسی به طور جداگانه به انگلیسی برگردانده شد. سپس برای اطمینان بیشتر در مورد صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی، توسط یکی از مدرسین مجرب و مسلط به زبان فارسی و انگلیسی طی یک جلسه مشترک چالش‌های موجود رفع گردید.

پس از برگردان زبان ابزار، ابتدا روایی پرسشنامه (محتوا و صوری) بررسی شد. به منظور تعیین شاخص روایی محتوا و روایی صوری، ابزار در اختیار ۱۵ نفر متخصص قرار داده شد. پس از جمع‌آوری نظرات اصلاحی صاحبنظران، تغییرات در پرسشنامه اعمال شد. طبق شاخص والتس و باسل برای تعیین شاخص روایی محتوا عباراتی با ۷۰ درصد نمره و بیش از آن در شاخص روایی محتوا حفظ شده و سایر عبارات دارای امتیاز کمتر از ۷۰ درصد مجددا از طریق نظر خواهی از متخصصان اصلاح گردید. جهت ارزیابی همسانی درونی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد[۱۷].

برای تعیین ثبات بیرونی ابزار نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه با فاصله ۲ هفته به ۱۵ نفر از نمونه‌ها داده شد و سپس ضریب همبستگی درون گروهی جهت بررسی پایایی پرسشنامه محاسبه شد.

از آزمون ویلکاکسون نیز جهت آزمودن وجود اختلاف بین میانگین نمرات آزمون و بازآزمون استفاده شد. برای بررسی روایی سازه ابزار ارتقای سلامت در شیوه زندگی، تحلیل عاملی تأییدی (نرم‌افزار Lisrel نسخه۸/۸) مورد استفاده قرارگرفت. آماره‌های برازش الگو شامل شاخص‌های نسبت مربعات کای به درجه آزادی (با مقدار مطلوب۳ ≤ df/ χ^2)، جذر برآورد واریانس خطای تقریب (با مقدار مطلوب ۰/۰۵ ≤) و دیگر شاخص‌ها مانند شاخص برازش مطلوب، شاخص‌ها تطبیقی برازش (با مقدارهای مطلوب بیشتر از ۰/۹) مدنظر قرار گرفت [۲۰-۱۸]. همچنین از آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین مقیاس‌ها بین دو گروه مستقل و از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی میزان همبستگی بین خرده مقیاس‌ها استفاده شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

یافته‌ها

در مرحله اول روانسنجی مشتمل برتعیین روایی پرسشنامه (روایی محتوا و صوری)، روایی ابزار با استفاده از شاخص والتس و باسل نشان‌دهنده حداقل امتیاز۷۰/۸۴ درصد و حداکثر ۱۰۰ درصد بود. پایایی درونی این ابزار از طریق تعیین آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۵ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای ۶ خرده مقیاس ابزار نیز از ۰/۷۰تا۰/۸۱ بدست آمد. به منظورتعیین میزان پایایی ابزار با شاخص همبستگی درون گروهی، نتایج نشان دادکه ضریب پایایی همبستگی درون گروهی درخرده مقیاس مسئولیت سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی و اداره تنش به ترتیب: ۰/۷۷، ۰/۸۷، ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۱ و۰/۷۷ بودند. نتایج سؤال آزمون ویلکاکسون نیز برای وجود اختلاف بین میانگین آزمون و آزمون مجدد درکلیه موارد غیر معنی‌داربود (P>۰/۰۵). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که الگوی حاصل از ۶ خرده مقیاس ابزار مورد نظر ازشاخص‌های نسبتاً خوبی برخورداراست (جدول شماره۱). شاخص‌های برازش (جدول شماره ۱) نشان‌دهنده برازش قابل قبول الگوی حاصل از متغیرهای مشاهده شده و مکنون در ابزار است. (با توجه به مطلوب بودن میزان‌های غالب شاخص‌ها تفاوت ناچیز میزان CFI با مقدار مطلوب قابل گذشت است). برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها برحسب جنس و مقدار P (جدول شماره ۲) آورده شده است. میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها به ترتیب ۳۴/۰۲ و۱۲/۱۱بود.۳۷۲ نفر (۶۰/۷ درصد) از نمونه‌ها زن و ۲۳۹ نفر (۳۹/۳ درصد) مرد بودند. آمار توصیفی خرده مقیاس‌های ابزار نیز نشان داد که بیشترین نمره مربوط به خرده مقیاس رشد معنوی با میانگین ۳/۴۹ و انحراف معیار۰/۶۱وکمترین نمره مربوط به خرده مقیاس فعالیت جسمانی با میانگین (۲/۰۸) و انحراف معیار ۰/۶۰است. آمار توصیفی خرده مقیاس‌های ابزار برای کل نمونه‌ها و همچنین به تفکیک جنس درجدول ۳ آورده شده است. نتایج مربوط به میزان همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز در جدول شماره ۴ گزارش شده‌است. چنانچه در این جدول مشاهده می‌گردد بیشترین همبستگی بین نمره خرده مقیاس مسئولیت سلامتی و نمره خرده مقیاس فعالیت جسمانی (P=۰/۰۱ و r=۰/۶۰۳) و کمترین همبستگی نیز بین نمره خرده مقیاس فعالیت جسمانی و نمره خرده مقیاس روابط بین فردی است (P=۰/۰۱ و r=۰/۳۷۵).

جدول شماره ۱: شاخص‌های برازش در تحلیل عاملی تأییدی

	مقادیر لیزرل
نسبت مجذور کای به درجه آزادی(x^2/df)	۲/۵۸
جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۵
شاخص برازش مطلوب (GFI)	۰/۸۳
شاخص برازندگی مقایسه ای یا تفضیلی (CFI)	۰/۹۵
شاخص غیر نرمال برازش (NNFI)	۰/۹۴
شاخص بنتلریا شاخص نرمال برازش (NFI)	۰/۹۱
شاخص جذراستانداردشده میانگین باقیمانده (SRMR)	۰/۰۵۷

جدول شماره ۲: مشخصات جمعیت‌شناسی نمونه‌های پژوهش

	زن	مرد	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
وضعیت تأهل			۰/۷۵
مجرد	۸۴(۲۲/۷)	۶۱(۲۵/۵)	
متأهل	۸۴(۲۲/۷)	۶۱(۲۵/۵)	
مطلقه	۲(۰/۵)	۳(۱/۳)	
همسرمرده	۵(۰/۰)	۳(۱/۳)	
سایر	۱(۰/۴)	۱(۰/۳)	
میزان تحصیلات			۰/۸۸
بیسواد	۹(۲/۴)	۶(۲/۵)	
ابتدایی	۳۰(۸/۱)	۱۶(۶/۷)	
راهنمایی	۴۹(۱۳/۲)	۲۹(۱۲/۲)	
متوسطه	۱۱۵(۳۱/۱)	۸۸(۳۷)	
دانشگاهی	۱۶۷(۴۵/۱)	۹۹(۴۱/۶)	
شغل			۰/۰۰۱
کارگر	۱۰(۲/۸)	۳۲(۱۳/۷)	
کارمند	۱۰۸(۲۹/۹)	۸۸(۳۷/۶)	
آزاد	۶(۱/۷)	۸۳(۳۵/۵)	
بازنشسته	۸(۲/۲)	۶(۲/۶)	
خانه‌دار	۱۷۸(۴۹/۳)	۰(۰/۰۰)	
دانشجو	۵۱(۱۴/۱)	۲۵(۱۰/۷)	

جدول شماره۳: آمارهای توصیفی ونتایج معناداری خرده مقیاس‌های "نیمرخ۲ ارتقاء سلامت در شیوه زندگی"باتوجه به جنسیت

	کل	زن	مرد	P
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
مسئولیت سلامتی	۲/۵۴(۰/۶۱)	۲/۶۴(۰/۵۹)	۲/۳۸(۰/۶۱)	۰/۰۰۱
فعالیت جسمانی	۲/۰۸(۰/۶۱)	۲/۰۸(۰/۵۹)	۲/۰۸(۰/۶۲)	۰/۹۴
تغذیه	۲/۹۰(۰/۵۱)	۲/۹۷(۰/۵۲)	۲/۷۹(۰/۴۷)	۰/۰۰۱
رشد معنوی	۳/۴۹(۰/۶۱)	۳/۴۷(۰/۵۹)	۳/۵۳(۰/۶۴)	۰/۱۶
روابط بین فردی	۳/۰۵(۰/۴۹)	۳/۱۰(۰/۴۸)	۲/۹۶(۰/۴۹)	۰/۰۰۱
مدیریت تنش	۲/۵۹(۰/۵۴)	۲/۶۱(۰/۵۲)	۲/۵۶(۰/۵۷)	۰/۲۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

جدول شماره ۴: ماتریس همبستگی پیرسون خرده مقیاس‌ها بایکدیگر و ضریب آلفای کرونباخ

خرده مقیاس	مسئولیت سلامتی	فعالیت جسمانی	تغذیه	رشد معنوی	روابط بین فردی	اداره تنش	پایایی(آلفای کرونباخ)
مسئولیت سلامتی	۱						۰/۷۹
فعالیت فیزیکی	**۰/۶۰۳	۱					۰/۸۱
تغذیه	**۰/۵۱۰	**۰/۴۲۹	۱				۰/۷۰
رشد معنوی	**۰/۴۳۹	**۰/۴۲۷	**۰/۴۶۴	۱			۰/۸۰
روابط بین فردی	**۰/۴۹۲	**۰/۳۷۵	**۰/۴۸۴	**۰/۶۰۰	۱		۰/۷۱
اداره تنش	**۰/۵۹۴	**۰/۵۷۸	**۰/۴۶۶	**۰/۵۵۱	**۰/۵۱۰	۱	۰/۷۴
کل مقیاس ارتقاء بهداشت در شیوه زندگی	** ۰/۷۷۰	** ۰/۷۵۱	** ۰/۷۲۱	**۰/۷۶۶	**۰/۷۶۰	**۰/۷۹۸	**۰/۹۲۴

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از مراحل روانسنجی صورت گرفته می‌توان نتیجه گرفت که "نیمرخ۲ ارتقاء سلامت در شیوه زندگی" از اعتبار و پایایی قابل قبول برخوردار است. در دیگر مطالعات نیز این ابزار اعتبار و اعتماد مطلوبی را از خود نشان داده است. از جمله در پژوهش والکر و هیل پلرکی ضریب آلفا کرونباخ در بررسی همسانی درونی برای مقیاس کلی۰/۹۴، و ضرایب آلفا برای زیر مقیاس‌ها دامنه‌ای از۰/۷۹ تا۰/۸۷را نشان داد. همچنین ضریب ثبات آزمون بازآزمون مجدد برای کل مقیاس ۰/۸۹ بود[۱۰]، که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین، نتیجه مطالعه Wei و lu با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی وجود ۶ خرده مقیاس ابزار نیمرخ ارتقاء سلامت در شیوه زندگی را تأییدکرد[۱۵]. Meihan و Chung-Ngok در روانسنجی "نیمرخ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" در زنان تایوانی به این نتیجه رسیدند که تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از الگوی اندازه‌گیری ۶ عاملی، به استثنای بار عاملی یک عبارت خارج شده با نسخه اصلی نسخه ۲ نیمرخ ارتقای سلامت در شیوه زندگی هم‌راستا بود. الگوی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی برازش مناسبی داشت و همبستگی بین ۶ خرده مقیاس قابل قبول (۰/۷۰) ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار بازنگری شده بیشتر از۰/۷۰ بود و برای ۶ خرده مقیاس ۰/۷۱ تا۰/۹۱ بدست آمد[۲۲]. Guertzgen نیز در پژوهش خود دریافت که در بین ۶ خرده مقیاس "نیمرخ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" تغذیه، حمایت بین فردی، تعالی نفس و اداره تنش بیشترین میانگین را داشتند[۲۳]. پژوهشی باهدف بررسی و توصیف رابطه بین وضعیت سلامت، وضعیت تأهل، سطح درآمد، سطح آموزش، سن و شاخص توده بدنی با اثر افزوده معنویت بر رفتارهای ارتقای سلامت بر روی ۱۳۷زن ۱۸ تا ۶۴ سال امریکایی افریقایی در جنوب فلوریدا نشان‌دهنده رابطه معنی‌دار آماری بین رفتارهای ارتقای سلامتی و سطح تحصیلات بود. در پژوهش مذکور تحصیلات تنها در خرده مقیاس اداره تنش معنادار بود؛ به نحوی که افرادی که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند از میانگین نمرات بالاتری در خرده مقیاس تنش برخوردار بودند[۲۴]. تحلیل عاملی انجام شده در چند مطالعه نشان از برازش الگو و روایی سازه پرسشنامه ذیربط داشته است؛ از جمله میزان‌های ۰/۹۸ و۰/۰۳ به ترتیب برای شاخص‌های GFI و SRMR در یک مطالعه[۲۵]، میزان‌های ۰/۹۹ و۰/۰۰۱ به ترتیب برای شاخص‌هایNFI و RMSEA در مطالعه‌ای دیگر[۲۲]، و همچنین میزان‌های ۰/۹۴و ۰/۰۸ برای شاخص‌های NFI و RMSEA در پژوهشی دیگر برازش مناسب الگو و به عبارت دیگر روایی سازه پرسشنامه را تأیید می‌نماید[۲۶]. در پژوهشی تحت عنوان پایایی و اعتبار سازه "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" درجامعه ترکیه که برروی تعداد ۹۷۲ نفرانجام گردید، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ برای ابزار و ۶ خرده مقیاس آن به دست آمده، وکلیه عبارات به استثنای یک عبارت همبستگی بیش از ۰/۲۰ با کل ابزار رانشان داد. آزمون مجدد نشان دهنده ثبات "نسخه۲ نیمرخ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" بود. دو عبارت به دلیل داشتن بار عاملی در عوامل متفاوت بیش از ۰/۳۰ از الگو خارج شده و تحلیل عاملی تأییدی الگویی ۵ عاملی برمبنای تحلیل عاملی اکتشافی برازش قابل قبولی را نشان داد[۲۷]. در پژوهش حاضر بیشترین میانگین امتیازات زنان و مردان مربوط به خرده مقیاس رشد معنوی و کمترین میانگین امتیازات مربوط به خرده مقیاس

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

فعالیت جسمانی در زنان و مردان بوده و بین دو جنس از لحاظ آماری اختلاف معنادار مشاهده نگردید. در بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی درمورد زنان اردنی، امتیازات بالایی از تعالی نفس، حمایت بین فردی و تغذیه گزارش شده است. همچنین، در یک مطالعه گزارش گردیده که زنان افریقایی امریکایی امتیازات پایینی از تعالی نفس، ورزش، تغذیه و حمایت بین فردی کسب نمودند[۷]. با توجه به وجود پیشینه فرهنگی و مذهبی قوی در ایران و توجه کمتر به جنبه‌های جسمانی نظیر ورزش و فعالیت‌های بدنی، نتیجه حاصل ازاین پژوهش چندان دور از انتظار نیست. یافته های Hulme و همکاران که با شرکت ۵۴۵ نفر انجام شد، از میان امتیازات ۶ خرده مقیاس ابعاد رفتاری "نیمرخ ۲ شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامتی" کمترین امتیازات مربوط به فعالیت جسمانی و بیشترین امتیازات مربوط به رشد معنوی بود. این یافته‌ها نیز با نتایج پژوهش حاضر همگون است. همچنین یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که سن، جنسیت، وضعیت استخدامی و فرهنگ پذیری موجب تفاوت میان نمونه‌ها شده بود. وضعیت سلامت درک‌شده، ویژگی‌های جمعیت شناسی و فرهنگ پذیری،۱۲ درصد از واریانس شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامتی را توضیح می‌داد[۲۸]. یافته‌های Zhang و همکاران در زمینه مقایسه شیوه ارتقاء دهنده سلامتی درکارگران کشاورز و غیر کشاورز در کشور ژاپن نشان داد که بطور کلی تفاوت معناداری بین دو گروه شغلی وجود نداشت. اما بطور کلی امتیازات در زنان و گروه‌های دارای سن بیشتر در تمام مشاغل بالاتر بود[۱۱]. یافته‌های پژوهش حاضر نیز حاکی از آن بود که زنان در ۳ خرده مقیاس مسئولیت سلامتی، تغذیه و روابط بین فردی تفاوت معنادار با مردان داشتند که با یافته‌های ژنگ هم راستا می‌باشد. باتوجه به اینکه اساساً در زنان فعالیت‌های مراقبت بهداشتی نسبت به مردان در سطح بالاتری صورت می‌گیرد، یافته‌های فوق قابل توجیه است. در پژوهش حاضر بیشترین میانگین نمرات مربوط به خرده مقیاس رشد معنوی وکمترین میانگین نمرات مربوط به فعالیت جسمانی در افراد شاغل در مشاغل آزاد بود. Beser وBahar و Buyukkaya مطالعه‌ای برروی ۲۶۴ کارگر کارخانه مواد غذایی کشور ترکیه انجام دادند و نتیجه گرفتند که بالاترین میانگین امتیازات به حمایت بین فردی و تعالی نفس اختصاص داشته است. در مقایسه با سایر گزارشات منتشر شده در مورد کارگران، نمونه‌های این پژوهش امتیازات پایین‌تری در مقیاس تعالی نفس، حمایت بین فردی، تغذیه و اداره تنش داشتند. اختلاف معنی‌دار از لحاظ جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل در بین گروه‌ها مشاهده نگردید؛ گرچه اختلاف معنی‌دار از لحاظ سن، تغذیه و ورزش بین گروه‌ها وجود داشت[۷]. Zhang و همکاران در پژوهش خود در مورد خرده مقیاس‌های "نیمرخ شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامتی" به این نتیجه رسیدند که بطور معناداری امتیازات بالاتر به رشد معنوی و بطور معناداری امتیازات پایین‌تر به خرده مقیاس فعالیت جسمانی در گروه کشاورز نسبت به گروه غیر کشاورز اختصاص داشت[۱۱]. نسخه فارسی "نیمرخ ۲ ارتقای سلامت در شیوه زندگی" و خرده مقیاس‌های آن از روایی و پایائی مطلوبی برخوردار بوده، و می‌توان از آن به عنوان ابزاری معتبر و باثبات برای ارزیابی شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در پژوهش‌ها و فعالیت‌های بالینی استفاده کرد.

سهم نویسندگان

میمنت حسینی: مدیریت مشترک طرح پژوهشی، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، نمونه‌گیری، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله
فریده یغمایی: مدیریت مشترک طرح پژوهشی، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، مشارکت در تهیه نسخه نهایی مقاله
صفیه حسین زاده: ترجمه پرسشنامه، نمونه‌گیری، مشارکت در تهیه نسخه نهایی مقاله
حمید علوی مجد: مشاورآماری، مشارکت در تهیه نسخه نهایی مقاله
پروین سربخش: مشارکت در تحلیل آماری تهیه
محمود طاووسی: مشارکت در تحلیل آماری و تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسیده و هزینه‌های آن از طریق معاونت محترم پژوهشی دانشگاه پرداخت شده‌است که بدین‌وسیله تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

منابع

1. Adams MH, Bowden AG, Humphery DS, McAdamsLB.Social support and health promotion lifestyles of rural women. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 2000; 1:1

2 Lee TW, Ko IS, lee KJ.“Health promotion behaviors and quality of life among community–dwelling elderly in Korea. International Journal of Nursing Studies 2006:43: 293-300

3. Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. British Medical Journal 2001; 322: 728-29

4. Habibi Sola A , Nikpoor S, Rezaee M, Haghani H. Relationship between health promoting behavior and daily living activities and daily living activities with instrument in West Tehran’s Older People.Salmand 2007; 2: 332-39 [Persian]

5. Engle PL, Castle S, Menon P.Child development: vulnerability and resilience. Social Science and Medicine 1996; 43:621-35

6. Wang D ,Ou CQ, Chen MY, Duan N.Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. BMC Public Health 2009; 9:379.doi:10.1186/1471-2458-9-379.http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/379

7. Beşer A, Bahar Z, Buyukkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses’ responsibilities in their health promoting activities. Industrial Health 2007; 45:151-59

8 Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Nedjat Sh, Charandabi S, Rajabi F, Majdzadeh R. Health promotion behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: Protocol for a mixed method study. BMC Public Health. 2011;11:191

9. Acton GJ, Malathum P. Basic Need Status and Health-Promoting Self-Care Behavior in Adults. Western Journal of Nursing Research 2000; 22: 796 http://wjn.sagepub.com/content/22/7/796

10. Walker, SN, Sechrist, KR, Pender, N J. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research 1987; 36: 76-81

11. Zhang CS, Wei CN, Fukumoto K, Harada K, Ueda K, Minamoto K, Ueda A. A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. The Japanese Society for Hygiene. Environmental Health and Preventive Medicine 2010; 2: 80-9, DOI:10.1007/s12199-010-0167-9

12. Hadad LG, Al-Ma`aitah RM, Cameron SJ Armestrong-Stassen M. An arabic languageversion of the health promoting life style profile. Public Health Nursing1998; 15:74-81

13. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the Health - Promoting Lifestyle Profile, NursingResearch1990; 39:268-73

14. Wei N, Yonemitso H, Harada K, Miyakita T, Omori S, Miyabasl T, Eudora a. Japanese language version of the Health Promoting Life Style Profile, Nippon Eiseigaku Zasshi 2000; 54; 597-606

15. Wei M H .Lu CM. Development of the short-form Chinese Health-Promoting Lifestyle Profile 2005; DoodooCat : 2009-9-1 17:30.25-45

16. Garson, D G. Factor Analysis: state notes, from North Carolina State University, Public Administration Program. Retrieved March 22, 2008, from North Carolina State University Public Administration Program, http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm

17. Develllis RF. Scale development: theory and applications applied social research methods services. 2th Editon, Sage Publications: Thousand Oaks, 2003

18. Hooman H. Structural equation modeling with Lisrel application. 1st Edition Samt Publisher, Iran, 2005 [Persian]

19. Marsh HW, Hau K, Wen Z . In search of golden rules: comment on hypothesis testing approaches to setting cut-off values for fit indexes and dangers in over generalizing Hu and Bentler’s findings. Structural Equation Modelling 2004; 11:320-41

20. Byrne BM. Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: basic concepts, applications, and programming. 1st Edition, Lawrence Erlbaum Associates Publishers: New Jersey, 1998

21. Marsh HW, Balla JR, Mc Donald RP. Goodness-of-fit indices in confirmatory factor analysis: the effect of sample size. Psychology Bulltine 1988; 103: 391-410

22. Meihan L. Chung-Ngok W. Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women. Quality of Life Research 2011; 20: 523-28

23. Guertzgen Senda Christine. Health-promoting lifestyle behaviors in an Amish community.Virginia

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]

Henderson International Nursing Library. 1990.http://www.nursinglibrary.org/Portal/main.aspx?pageid=4024&sid=261

24. Douchand Brown S E. Health promotion behaviors among African American women. A thesis presented in fulfillment of requirements for the degree of Doctor in Philosophy in Nursing. University of Miami. the ProQuest Dissertations & Theses (PQDT). 2009.http://gateway.proquest.com/openurl%3furl_ver=Z39.88

25. Stromberg MF, Olsen SJ. Instruments for clinical health care research. 3th Edition: Jones and Bartlett Publishers: Sudbury, 2004

26. Stahl ST. Patrick JH. Perceived functional limitation and health promotion during mid- to late life:The mediating role of affect. The New School Psychology Bulletin 2011; 8:26-33

27. Pinar, R; Celik, R; Bahcecik, N.Reliability and Construct Validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an Adult Turkish Population. Nursing Research2009; 58(3): 184-193

28. HulmePA, Walker SN, Effle KJ, Jorgesen L, McGowen MG, Nelson JD, Pratt EN.Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-Speaking Hispanic Adults. Journal of Transcultural Nursing. 2003; 14: 244-54

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.10.2]