

ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

*سیده نگار پور و خشوری^۱ افسانه پاشا^۲ عاطفه قنبری^۳ زهرا عطرکار روشن^۴

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای بهداشتی نقش مهمی در سلامت افراد دارند و خودکارآمدی یکی از عوامل موثر در رفتار می باشد که نشانگر قضاوت فرد در مورد توانایی در انجام عملی مشخص است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۲۰۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بصورت سرشماری شرکت کردند. داده‌های مربوط به خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی به ترتیب به وسیله نسخه تعدیل شده پرسشنامه های SRAHPS و HPLPII جمع آوری شد. داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی و از طریق SPSS تحلیل شد.

یافته ها: اعضای هیئت علمی ۸۴/۱ درصد نمره خودکارآمدی و ۶۵/۹ درصد نمره رفتارهای بهداشتی را کسب نمودند. بین رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی ارتباط معنی دار مستقیم وجود داشت ($P=0/0001$) و ارتباط متغیرهای اصلی با جنس، سن، مدرک تحصیلی، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، درآمد، رتبه علمی و عدم سابقه بیماری مزمن معنادار بود ($P=0/0001$).

نتیجه گیری کلی: با توجه به ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی، استفاده از روش‌های تقویت خودکارآمدی اعضاء هیئت علمی از طریق آموزش قابل توصیه است.

کلید واژه ها: خودکارآمدی - رفتار بهداشتی - ارتقای سلامت

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۸

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران (*مؤلف مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۱۱۳۶۴۷۳۳ Email: nvakhshoori@gmail.com

^۲ مربی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران

^۳ استادیار گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران

^۴ مربی گروه آمار حیاتی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران

مقدمه

رفتارهای بهداشتی یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می باشد که به عنوان عامل زمینه ای مهم، در عدم ابتلا به بسیاری از بیماریها شناخته شده است به طوریکه ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می باشند^(۱). هرچند دانش ما راجع به علل بیماریها و مرگ و میرها کامل نیست، ولی آنچه مشخص است شماری از این بیماریها تا حد زیادی به انتخاب شیوه زندگی در حیطه تغذیه، ورزش، استفاده از الکل و سیگار مربوط می شود. امروزه به دلیل شهرنشینی، تغییرالگوی مصرف غذا، دریافت بیش از حد کالری از برنامه غذایی روزانه، مصرف مواد قندی و چربی بیشتر از مقادیر توصیه شده و کاهش فعالیت های بدنی، زمینه را برای بروز بیماری های مزمن مانند دیابت، سرطان، فشار خون، بیماری های قلبی عروقی و چاقی فراهم ساخته است^(۲).

از آنجایی که رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است؛ به منظور تحت تاثیر قرار دادن عوامل موثر بر رفتار، شناخت این شبکه علیتی، از جمله امور بسیار مهمی است که طی سالیان متمادی، متخصصین علوم رفتاری، در پی آن بوده و هستند. دامنه شبکه مذکور نیز به حدی وسیع است که از انسانی به انسان دیگر و از گروهی به گروه دیگر متفاوت می باشد^(۳).

بر اساس مطالعات انجام شده، یکی از مشهورترین تئوری ها که در مورد چگونگی پیش بینی و شرح رفتار، کاربرد دارد، تئوری یادگیری (شناخت) اجتماعی Bandura (۱۹۸۶) است. این تئوری، یکی از گسترده ترین تئوری های مورد استفاده در تغییر رفتار می باشد و فرآیندی شناختی است، که بر نقش اعتماد به نفس افراد، نسبت به توانایی هایشان، در انجام رفتاری که از آنها خواسته شده، اشاره دارد و یکی از سازه های مهم آن خودکارآمدی (Self-efficacy) است؛ بندورا (۱۹۸۷) خودکارآمدی را، قضاوت فرد

در مورد توانایی های خود در انجام عملی مشخص، می داند وی همچنین معتقد است خودکارآمدی، عامل پیش بینی کننده مهمی در قصد افراد، در انجام رفتارهای بهداشتی و توانایی قبول الگوهای بهداشتی می باشد^(۳). در زمینه ارتباط خود کارآمدی با رفتارهای بهداشتی، تحقیقات مختلفی انجام گرفته است. در همین زمینه، نتایج بررسی Sarkar و همکاران (۲۰۰۶) همبستگی مثبت و معناداری بین رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی را در افراد مبتلا به دیابت در زمینه رفتارهای بهداشتی با توجه به نژاد و فرهنگ نشان داد^(۴) ($P = 0/01$). نتایج بررسی های دیگر نیز تأیید کننده وجود این ارتباط می باشد^(۵-۷). این مسأله بیانگر آنست که در طراحی برنامه های آموزش بهداشت، در نظر گرفتن متغیرهای روانشناختی اهمیت دارد، بطوری که اگر انگیزه های رفتاری و عوامل شخصی در نظر گرفته نشود، کوشش برای تغییر رفتار بی نتیجه خواهد بود^(۵).

اساتید و مدرسین جهت انجام موفقیت آمیز رسالت خویش می بایستی ابتدا با تعدیل عوامل خطر ساز در خویش در جهت ترویج ارجحیت پیشگیری بر درمان اقدام نمایند. این گروه نه تنها در قبال دانشجویان و جامعه مسئول هستند، بلکه عملاً با عدم رعایت موارد یاد شده، موجب کاهش تاثیر پذیری مثبت جامعه از آموزش ها و تبلیغات مختلف در زمینه اشاعه رفتارهای بهداشتی همچون ترویج ورزش و عدم مصرف دخانیات، در بین نوجوانان و جوانان می گردند^(۳).

با توجه به اهمیت رفتارهای بهداشتی در حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها و نقش اعضای هیئت علمی به عنوان الگو، پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی در این زمینه انجام دهند. در عین حال، در کشور ما، تاکنون چنین مطالعه ای صورت نگرفته است. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان طراحی و اجرا شد

تا از نتایج آن برای ارائه راهکارهایی مناسب، جهت اشاعه سلامت دراستید علوم پزشکی و در نتیجه دانشجویان و کل جامعه، استفاده گردد. سئوالات پژوهش عبارتند از:

- ۱- وضعیت رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان چگونه است؟
- ۲- میزان خودکارآمدی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان چگونه است؟
- ۳- ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی برحسب برخی از متغیرهای دموگرافیک چگونه است؟ و فرضیه پژوهش عبارتست از «خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان با یکدیگر ارتباط دارند.»

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی می‌باشد که در طی مقطع زمانی تیر تا آبان ماه سال ۱۳۸۷ جهت بررسی ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان اجرا شد. جهت جمع آوری داده‌ها، پژوهشگر به همراه معرفی نامه‌ای از ریاست دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، به معاونت آموزشی دانشگاه مراجعه و اسامی اعضای هیئت علمی را دریافت نمود. سپس با کسب معرفی نامه‌هایی از ریاست دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، به دانشکده‌های پرستاری مامایی شرق گیلان، شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت، معاونت آموزشی دانشگاه و مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مراجعه نمود.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از ریاست هر یک از دانشکده‌ها و مراکز آموزشی درمانی دانشگاه، خود را به واحدهای پژوهش معرفی و هدف از انجام تحقیق را برای آنها بیان نمود؛ و در صورت رضایت آنان، پرسشنامه‌ها را در اختیار هر عضو هیئت علمی قرار داد.

وی پس از هماهنگی با عضو هیئت علمی مربوطه، بعد از یک هفته برای جمع آوری پرسشنامه مراجعه نمود و در صورتی که پرسشنامه تکمیل نشده بود، در ملاقات بعدی، بار دیگر نزد عضو هیئت علمی مربوطه رفته و در جهت دریافت پرسشنامه اقدام نمود و با وجود هماهنگی‌های انجام شده با اعضای هیئت علمی، در اکثر موارد، این عمل برای هر عضو هیئت علمی بارها انجام گرفت. ۱۷ نفر از ۳۰۸ عضو هیئت علمی، در هنگام جمع‌آوری داده‌ها، در مرخصی و یا مأموریت آموزشی به سر می‌بردند که از مطالعه حذف شدند و از ۲۹۱ نفر عضو هیئت علمی باقیمانده، ۲۰۳ نفر در مطالعه شرکت نموده و ۸۸ نفر مابقی، به سئوالات پرسشنامه پاسخ ندادند. جمع‌آوری داده‌ها در مدت ۴ ماه انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود که بروش خود-ایفاء تکمیل گردید. پرسشنامه شامل ۶۲ سؤال در سه بخش بود:

بخش اول حاوی ۸ سؤال مشخصات دموگرافیک (جنس، سن، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، متوسط درآمد ماهیانه، رتبه علمی و سابقه بیماری مزمن) بود.

بخش دوم پرسشنامه از ۳۳ سؤال تشکیل شده بود که بخشی از پرسشنامه HPLP II (پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت Health - Promoting Lifestyle Profile II) (Walker و همکاران ۱۹۹۵) بود و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی را در چهار حیطه فعالیت‌های جسمانی (۷ سؤال)، عادات تغذیه‌ای (۹ سؤال)، روابط بین فردی (۹ سؤال) و مدیریت استرس (۸ سؤال) مورد سنجش قرار می‌داد. پاسخ به این سئوالات بر اساس مقیاس چهارگزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) بوده که به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره داده می‌شد. بنابراین دامنه نمرات ۱۳۲-۳۳ بود. رفتارهای بهداشتی بر مبنای مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و برای ارتباط سنجی با دیگر متغیرهای مورد بررسی در

مطالعه، پس از جمع‌آوری نمرات با توجه به میانگین نمره، کسانی که نمره بالای میانگین داشته‌اند بعنوان رفتارهای بهداشتی مطلوب و کسانی که نمره پایین میانگین داشته‌اند بعنوان رفتارهای بهداشتی نامطلوب دسته بندی شدند. پایایی (ثبات درونی) این بخش با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۴ بدست آمد.

بخش سوم پرسشنامه نیز از ۲۱ سؤال تشکیل شده بود که بخشی از نسخه تغییر یافته SRAHPS (توانایی خود درجه بندی شده برای عملکردهای بهداشتی-Self (rated Abilities for Health Practice Scale (Becker و همکاران ۱۹۹۳) بود و باورهای خودکارآمدی درک شده برای رفتارهای بهداشتی را اندازه گیری می کرد و درباره توانایی افراد برای انجام رفتارهای بهداشتی بود. پاسخ به این سئوالات بر اساس مقیاس سه گزینه‌ای (اصلاً، تا حدی، کاملاً) صورت گرفته و به هر سؤال ۱ تا ۳ نمره داده می شد. دامنه نمرات ۶۳-۲۱ بود. خودکارآمدی بر مبنای مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مورد بررسی قرار گرفت و برای ارتباط سنجی با دیگر متغیرهای مورد بررسی در مطالعه، پس از جمع‌آوری نمرات با توجه به میانگین نمره، کسانی که نمره بالای میانگین داشته‌اند بعنوان خودکارآمدی مطلوب و کسانی که نمره پایین میانگین داشته‌اند بعنوان خودکارآمدی نامطلوب دسته بندی شدند. پایایی (ثبات درونی) این بخش نیز با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۴ بدست آمد.

جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه نیز، در این پژوهش از اعتبار محتوی استفاده گردید. بدین صورت که پس از تهیه ابزار، پرسشنامه در اختیار ۱۱ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت قرار گرفته و پس از جمع‌آوری پیشنهادات و انجام اصلاحات لازم، پرسشنامه‌های نهایی اصلاح و تنظیم گردید.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در نسخه ۱۵ نرم افزار آماری SPSS وارد و توسط آزمون‌های آماری کای اسکوئر و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

جمعیت مورد بررسی ۲۰۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بودند که ۵۴/۸ درصد جامعه مورد بررسی را زنان و ۴۵/۲ درصد را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی آنان $43/60 \pm 0/2$ سال بود. ۹۳/۵ درصد متأهل، ۴۶/۷ درصد دارای دو فرزند، ۶۲/۴ درصد درآمد ماهیانه کمتر از یک میلیون تومان داشته و ۵۱/۲ درصد استادیار بودند. ۸۳/۱ درصد بدون سابقه بیماری مزمن بودند. کمردرد به عنوان شایع‌ترین بیماری مزمن (۴/۹۲ درصد) گزارش شد. میانگین، انحراف معیار و محدوده نمرات قابل اکتساب سازه‌های خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی (شامل فعالیت‌های جسمانی، عادات تغذیه‌ای، روابط بین فردی و مدیریت استرس) در جدول ۱ نشان داده شده است.

در این بررسی ارتباط معناداری بین رفتارهای بهداشتی با خودکارآمدی ($P=0/0001$ و $X^2=36/44$) وجود داشت. این نتیجه بیانگر آن است که با افزایش خودکارآمدی اعضای هیئت علمی، میانگین نمره رفتارهای بهداشتی آنان نیز افزایش می یابد. همچنین ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی با جنس، سن، مدرک تحصیلی (تخصص و فلوشیپ و کارشناسی ارشد)، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، متوسط درآمد ماهیانه، رتبه علمی (استادیار و مربی) و عدم وجود سابقه بیماری مزمن معنادار دیده شد. ($P=0/0001$) (جدول ۲).

جدول شماره: میانگین، انحراف معیار و محدوده نمرات قابل اکتساب خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی

متغیرها	انحراف معیار \pm میانگین	محدوده نمرات قابل اکتساب
رفتارهای بهداشتی کلی	$86/76 \pm 13/82$	۳۳ - ۱۳۲
فعالیت جسمانی	$14/36 \pm 3/77$	۷ - ۲۸
عادات تغذیه ای	$24/69 \pm 4/19$	۹ - ۳۶
روابط بین فردی	$26/52 \pm 4/21$	۹ - ۳۶
مدیریت استرس	$21/42 \pm 4/45$	۸ - ۳۲
خودکارآمدی	$52/79 \pm 6/53$	۲۱ - ۶۳

جدول شماره ۲: ارتباط رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	آزمون همبستگی پیرسون	P Value
جنس	مرد	۰/۰۰۰۱
	زن	۰/۰۰۰۱
سن	۳۰-۴۰	۰/۰۰۰۱
	۴۰-۵۰	۰/۰۰۰۱
	۵۰-۶۰	۰/۰۰۰۱
مدرک تحصیلی	فوق تخصص	NS
	تخصص و فلوشیپ	۰/۰۰۰۱
	دکترای PhD	NS
	کارشناسی ارشد	۰/۰۰۰۱
وضعیت تاهل	متاهل	۰/۰۰۰۱
	مجرد	۰/۰۰۰۱
تعداد فرزندان	$2 <$	۰/۰۰۰۱
	$2 \geq$	۰/۰۰۰۱
متوسط درآمد ماهیانه	$2 <$ میلیون تومان	۰/۰۰۰۱
	$2 \geq$ میلیون تومان	۰/۰۰۰۱
رتبه علمی	استاد و دانشیار	NS
	استادیار	۰/۰۰۰۱
	مریی	۰/۰۰۰۱
سابقه بیماری مزمن	خیر	۰/۰۰۰۱
	بلی	NS

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی نمره رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه، ۶۶ درصد نمره کل بدست آمد و نشان دهنده آن است که اکثریت واحدهای پژوهش، رفتارهای بهداشتی را گاهی اوقات تا اغلب موارد انجام

می دادند که در حد میانی دامنه نمره ذکر شده می باشد. اما، میانگین نمرات بدست آمده اساتید دانشگاهی ترکیه در مطالعه Tokgöz، پایین تر از مطالعه حاضر است^(۹). در حالی که میانگین نمرات زنان تایوانی در مطالعه chen و همکاران و مردان ۴۵ سال و بالاتر در مطالعه

Welshimer بالاتر از نمرات اساتید دانشگاه در مطالعه حاضر می باشد^(۱۱). یافته های پژوهش حاضر، نشانگر آنست که واحدهای مورد پژوهش در حیطه فعالیت جسمانی، کمترین میانگین نمره و در حیطه روابط بین فردی، بالاترین نمرات را کسب نمودند. این نتایج، با بسیاری از مطالعات ذکر شده از جمله مطالعه chen ، Loke و Lee ، Tokgöz و همکاران، Welshimer و مظلومی همخوانی دارد^(۹-۱۳). در مطالعه مظلومی که به منظور بررسی ارتباط اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی دانشجویان انجام گرفت، میزان رفتارهای بهداشتی مرتبط با عادات غذایی، کنترل استرس و بهداشت دهان و دندان در حد متوسط، و فعالیت جسمانی در حد ضعیف بود^(۱۳).

میانگین نمره واحد های مورد پژوهش در بخش خودکارآمدی نشان دهنده آن است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش، نسبت به موارد ذکر شده در سوالات، از خودکارآمدی نسبتاً بالایی برخوردار بودند و گزینه تاحدی و یا کاملاً را انتخاب نمودند. در واقع ۸۳/۶۶ درصد امتیاز مطلوب را کسب نموده اند. ones و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای با هدف بررسی میزان خودکارآمدی مرتبط با رفتارهای بهداشتی در ناشنوایان با انجام یک کارآزمایی بالینی، تاثیر برنامه آموزشی را بر میزان خودکارآمدی در دو گروه شاهد و آزمون، مورد سنجش قرار دادند که در این مطالعه از ابزار- Self-rated Abilities for Health Practice Scale (SRAHPS) استفاده شده بود؛ و میزان خودکارآمدی پایین تر از مطالعه حاضر گزارش شده است^(۱۴). مردان ۴۵ سال و بالاتر در مطالعه Welshimer (۲۰۰۶) نیز که از همین ابزار استفاده نموده بود، ۷۲/۶ درصد امتیاز مطلوب خودکارآمدی را دریافت نمودند که پایین تر از مطالعه حاضر است^(۱۱) همچنین در مطالعه مظلومی (۱۳۸۴) که با هدف بررسی ارتباط اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی دانشجویان انجام گرفت، نمره خودکارآمدی دانشجویان در حد متوسط

بود^(۱۳). یافته های پژوهش حاضر و مقایسه آن با مطالعات انجام شده در این خصوص، نشانگر بالا بودن خودکارآمدی مرتبط با رفتارهای بهداشتی در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان می باشد. با توجه به این که توانایی و اعتماد به نفس افراد، متاثر از عوامل مختلف می باشد، پژوهشگر تصور می کند، بالا بودن خودکارآمدی اعضای هیئت علمی شاید به دلیل آن باشد که این افراد در خود توانایی بیشتری نسبت به انجام رفتارهای بهداشتی می بینند. از طرفی شاید مسائل مناسب مالی نیز یکی از عواملی باشد که بتواند اعتماد به نفس و خودکارآمدی اعضای هیئت علمی را افزایش دهد. از سوی دیگر عواملی مثل پرداختن به امر تدریس و الگو بودن برای جمع کثیری از افراد و دانشجویان، شاید در بالا بردن خودکارآمدی آنان نقش داشته است.

در این بررسی ارتباط معناداری بین رفتارهای بهداشتی با خودکارآمدی مشاهده گردید ($P < 0/0001$) و $X^2 = 37/44$ بدین معنی که هرچه خودکارآمدی اعضای هیئت علمی افزایش می یافت، رفتارهای بهداشتی آنان نیز افزایش پیدا می کرد. نتایج مطالعات متعدد نیز نشان می دهد که همبستگی معنی داری بین خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی وجود دارد^(۷-۱۳، ۱۹-۹۱۵).

در پاسخ به سؤال اول پژوهش «رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان چگونه است؟» یافته ها نشان می دهد میانگین نمره کلی رفتارهای بهداشتی در این مطالعه، $86/76 \pm 13/82$ (دامنه ۱۳۲-۳۳) بوده و نشانگر آن است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش، رفتارهای بهداشتی را گاهی اوقات تا اغلب موارد انجام می دهند که در حد میانی دامنه نمره ذکر شده می باشد.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش «میزان خودکارآمدی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان چگونه است؟» یافته ها نشان می دهد میانگین نمره واحدهای مورد پژوهش در بخش خودکارآمدی، $52/79 \pm 6/53$ (دامنه ۶۳-۲۱) بوده و نشانگر آن است

که اکثریت واحدهای مورد پژوهش، نسبت به موارد ذکر شده در سئوالات، از خودکارآمدی نسبتاً بالایی برخوردارند و گزینه تاحدی یا کاملاً را انتخاب نمودند. در پاسخ به سؤال سوم پژوهش «ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی بر حسب برخی از مشخصات دموگرافیک چگونه است؟» یافته‌ها نشان می‌دهد؛ ارتباط دو متغیر خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی بر حسب متغیرهای دموگرافیک جنس، سن، مدرک تحصیلی، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، متوسط درآمد ماهیانه، رتبه علمی و عدم وجود سابقه بیماری‌های مزمن، معنادار می‌باشد. ($P = 0/0001$) و تنها در موارد مدرک تحصیلی فوق تخصص و دکترای PhD، رتبه علمی استاد و دانشیار و دارای سابقه بیماری مزمن، این ارتباط معنادار نبود.

در ارتباط با فرضیه پژوهش «خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان با یکدیگر ارتباط دارند» یافته‌ها نشان می‌دهد، در بین افراد با رفتار بهداشتی مطلوب، اکثریت (69/1 درصد) واحد های مورد پژوهش، از خودکارآمدی مطلوب برخوردار می‌باشند، در حالیکه 19/4 درصد آنها خودکارآمدی نامطلوب داشتند و آزمون همبستگی این اختلاف از نظر آماری معنادار نشان داده شد. ($P = 0/0001$) بنابراین، فرضیه پژوهش پذیرفته می‌شود.

خودکارآمدی مؤلفه‌ای مهم در عملکرد فرد قلمداد می‌شود، چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید^(۲۰). عقاید کارآمدی، زیربنای عمل انسان را شکل می‌دهد. افراد، محرک‌های ناچیزی برای رفتار خود دارند، مگر اینکه اعتقاد داشته باشند نتایج مطلوب و مورد نظر، بوسیله اعمالشان بدست می‌آید^(۲۱). در هر صورت، یافته‌های مطالعه حاضر، تاییدکننده بسیاری از مطالعات در زمینه ارتباط تنگاتنگ بین خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی می‌باشد.

این یافته‌ها، نیاز به تغییری مثبت در رفتارهای بهداشتی و در نتیجه آموزش بهداشت را نشان می‌دهد. آموزش بهداشت، فرآیندی دائمی در طول زندگی می‌باشد و دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز، مکانی مناسب جهت ایجاد و توسعه برنامه‌های ارتقاء سلامت برای افراد و کمک به آنهاست. اساتید علوم پزشکی و پرستاری، قدرت شکل‌دهی رفتارهای اعضای تیم درمانی آینده را دارا می‌باشند. علاوه بر نقش دانشجویان علوم پزشکی در آموزش دیدن و انتقال آموزش‌ها به جامعه، نقش اساتید در ارائه این آموزش‌ها، مورد توجه می‌باشد. با توجه به نقش خودکارآمدی در رفتار، ساختار خودکارآمدی می‌تواند به عنوان پایه تئوری در بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت توسط کارکنان حرفه‌های بهداشتی، به منظور ایجاد تغییر و ارتقای رفتارهای بهداشتی بکار گرفته شود. آموزش و توجیه اساتید دانشگاه علوم پزشکی در دوره‌های آموزش ضمن خدمت و تدوین طرح جامعی برای آموزش و تشویق رفتارهای بهداشتی در آنها، می‌تواند در دراز مدت باعث گسترش این رفتارها به دانشجویان و جامعه و بهبود وضعیت بهداشت عمومی گردد.

با توجه به اینکه یافته‌های این تحقیق، نشان داد نمرات رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، در حد میانی دامنه نمره ذکر شده می‌باشد و با توجه به این که تحقیق حاضر، اولین مطالعه در زمینه بررسی ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی در این گروه بود، پیشنهاد می‌شود موارد زیر در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد

بررسی ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی در اساتید سایر رشته‌ها و در استان‌های دیگر، بررسی عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی، بررسی ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی با استفاده از سایر ابزارهای موجود، انجام مطالعات طولی در زمینه رفتارهای بهداشتی اعضای

تقدیر و تشکر

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می دانند از همکاری سرکار خانم مجد تیموری، حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و همچنین کلیه اعضای هیئت علمی که در این پژوهش شرکت نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

هیئت علمی و ارتباط آن با خودکارآمدی، انجام مطالعات کیفی در زمینه ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی. *هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

فهرست منابع

1. Chiuve SE, McCullough ML, Sacks FM, Rimm EB. Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men: benefits among users and nonusers of lipid-lowering and antihypertensive medications. *Circulation*. 2006 Jul 11;114(2):160-7.
2. Phipps W, et al. Medical- Surgical Nursing. 7th ed. St Louis: Mosby; 2003.
3. Peyman N, Heydarnia A, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Khodaei GH, Aminshokravi F. [Survey of relationship between self-efficacy and reproductive behaviors of Mashhad women]. *Medical J Reproductive & Infertility*. 2006 Spring: 78-90. Persian
4. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*. 2006 Apr;29(4):823-9.
5. Morowati Sharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, Babaei Ruchi G. Self-Efficacy and Health Promotion Behaviors of Older Adults in Iran . *Soc Behav Personal*; 2006. 34 (7):759-768.
6. Luszczynska, A., Mazurkiewicz M, Ziegelmann J P, Schwazer R. Recovery self-efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: A cross-lagged panel analysis over a two-year period. *psychol Sport Exerc* ;2007.8(2): 247-260 .
7. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A meta-analysis of predictors of positive health practices. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(2):102-8.
8. Johnson RL. Gender Differences in Health-Promoting Lifestyle of African Americans. *Pub Health Nurs*; 2005.22(2):130-137.
9. Tokgöz E .Evaluation of health behaviors among lecturers and of affecting factors. Dokuz Eylul University of Health Sciences Institute, an Unpublished PhD Thesis, Izmir, Turkey. 2002.
10. Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC. Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *J Clin Nurs*. 2007 Aug;16(8):1550-60.
11. Welshimer KJ. Health-Promoting behaviors in men age 45 and above. *Intern J Men`s Health*; 2006.22:35-47.
12. Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs*. 2005 May-Jun;22(3):209-20.
13. Mazloomi S, Mehri A, Morowati M. [Relationship between self-esteem and self-efficacy with health behaviors of students of Yazd University of Medical Science (2004)]. *J Progress Steps Med Edu*. 2005; 3(2):111-117. Persian
14. Jones EG, Renger R, Kang Y. Self-efficacy for health-related behaviors among deaf adults. *Res Nurs Health*. 2007 Apr;30(2):185-92.
15. Beser 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. *Ind Health*. 2007 Jan;45(1):151-9.
16. Morowati sharifabad MA. Assessment of health behaviors of first year nursing students in relation with chronic diseases risk factors. *Scientific J Hamadan Uni Med Science*, 2004. 24(13): p.32-36.

17. Kim SY, Jeon EY, Sok SR, Kim KB. Comparison of health-promoting behaviors of noninstitutionalized and institutionalized older adults in Korea. *J Nurs Scholarsh.* 2006;38(1):31-5
18. Coulson I, Strang V, Marino R, Minichiello V. Knowledge and lifestyle behaviors of healthy older adults related to modifying the onset of vascular dementia. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004 Jul-Aug;39(1):43-58.
19. Wilson M. Health-promoting behaviors of sheltered homeless women. *Fam Community Health.* 2005 Jan-Mar;28(1):51-63.
20. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol.* 1989 Sep;44(9):1175-84.
21. Bandura A. Perceived self efficacy in cognitive Development and functioning, *Edu Psychol*; 1993. 28(2):117-148.

Relationship between Self-efficacy and Health Behaviors of Faculty Members of Guilan University of Medical Science

*Pour vakhshoori N. MSc¹ Pasha A. MSc² Ghanbari A. PhD³ Atrkar Roshan Z. PhD Student⁴

ABSTRACT

Background & Aim: Health behaviors have a very important role in people's health. Self-efficacy as a person's belief about his abilities for doing a certain behavior is an influencing factor in human behaviors. The aim of this study was to determine the relationship between self-efficacy and health behaviors in faculty members working in Guilan University of Medical Science.

Material & method: It was a descriptive correlational study. The study consisted of 203 faculty members from Guilan University of Medical Science. The data related to self – efficacy and health behaviors were collected by modified version of SRAHPS and HPLPII respectively.

Results: The research findings revealed that the faculty members have obtained %84.1 of self-efficacy and %65.9 of health behaviors scores. Chi-square Test showed a significant relationship between self-efficacy and health behaviors ($P=0.0001$). Pearson's Correlation Test indicated that there was a significant relationship between self-efficacy and health behaviors and sex, age, educational level, marital status, number of children in family, monthly income and type and history of chronic illness ($P=0.0001$).

Conclusion: Regarding the relationship between health behaviors and self - efficacy in the study population, reinforcement of self-efficacy via education in faculty members of Guilan University of Medical Sciences is recommended.

Keywords: Self-efficacy - Health behavior - Health promotion

Received: 28 Mar 2011

Accepted: 29 Jun 2011

¹ - Senior Lecturer. School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran
(*Corresponding author) Tel: 09111364733 Email: nvakhshoori@gmail.com

² - Senior Lecturer. School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran.

³ - Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

⁴ - Senior Lecturer. Statistics Dept. School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran