

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ارتباط آن با خودکارآمدی در بهورزان

حسن محمودی^۳

احسان موحد^۶

*مرادعلی زارعی پور^۲

رضا فاریابی^۵

مهدی عبدالکریمی^۱

سعید دشتی^۴

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می‌باشد. امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای این که بتوانند در تغییر رفتار و ارتقای سلامت خود موفق باشند، باید از خودکارآمدی لازم برخوردار باشند. هدف این مطالعه تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ارتباط آن با خودکارآمدی در بهورزان شهرستان ارومیه می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه با روش توصیفی-تحلیلی، روی ۳۰۱ بهورز خانه‌های بهداشت مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر خصوصیات جمعیت شناختی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (Health Promoting Lifestyle Profile-II) و خودکارآمدی عمومی شرر (Sherer) بود. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بهورزان (۲۴/۴) (۳۶/۴) بود. بیشترین نمره در بعد مسئولیت پذیری سلامت (۷/۳۷) و کمترین نمره در بعد فعالیت بدنی (۵/۲۶) (۱۳/۲۵) بدست آمد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی و نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمام زیر دامنه‌های آن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. ($P < 0/001$) همچنین بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح اقتصادی، تحصیلات و جنس ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری کلی: با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بهورزان و تأثیری که خودکارآمدی بر این رفتارها دارد به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی در راستای افزایش خودکارآمدی می‌تواند در تقویت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بهورزان موثر باشد.

کلید واژه‌ها: ارتقاء سلامت، رفتار سلامتی، خودکارآمدی، بهورزان

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۲

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۴۱۸۷۸۲۹۴ Email: zareipour_m@umsu.ac.ir
۳. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۵. استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
۶. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

مقدمه

رفتار بهداشتی، یکی از معیارهای اساسی تعیین کننده سلامت می باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای مهم، در مبتلا شدن به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است به طوری که ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می باشند^(۱).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، شامل انجام رفتارهایی است که منجر به توانمند ساختن افراد برای افزایش کنترل آن‌ها بر سلامت خود و در نهایت بهبود سلامت خود و جامعه خواهد شد^(۲). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به علت داشتن توانایی بالقوه برای پیشگیری از ایجاد و پیشرفت بیماری مزمن، کاهش بیماری زایی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت بهداشتی در جامعه از اهمیت خاصی برخوردار هستند^(۳).

برنامه‌های ارتقاء سلامت بر رفتارهای بهبودبخش زندگی مانند ورزش مرتب، خوردن غذاهای مغذی، فائق آمدن بر استرس، پرهیز از دخانیات، الکل، مواد مخدر، ایجاد روابط ارضاء کننده با دوستان، زندگی در منطقه‌ای با هوای پاک و داشتن هدف در زندگی تاکید دارد^(۴).

شیوه ارتقاء سلامت یک الگوی چند بعدی از خودکارآمدی و حفظ و نگهداری یا ارتقاء سطح رفاه و خودشکوفائی کامل اشخاص می باشد^(۵) و از این رو رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و رفاه روانی اجتماعی اشخاص از تعیین کننده‌های مهم وضعیت سلامتی هستند، این رفتارها بر روی خطرات بعدی در جهت ایجاد اختلالات مرتبط با شیوه زندگی نیز تاثیر گذار است^(۶). بیش از یک سوم موارد مرگ و میر در دنیا به دلیل سبک زندگی ناسالم اتفاق می افتد و اصلی ترین علت خطر در بروز بیماریهای قلبی، پرفشاری خون، چاقی، دیابت نوع دو، پوسیدگی دندان‌ها، سکنه‌های مغزی و سرطانهاست^(۷). عدم پیروی فراهم کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می تواند تحمیل کننده هزینه‌هایی بر سیستم مراقبت سلامت باشد^(۷). بنابراین ارتقای رفتارهای سلامتی یک اولویت بین المللی است و

چالش اصلی ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی در طی چند دهه آینده نیز خواهد بود^(۸). Bandura خودکارآمدی را، قضاوت فرد در مورد توانایی‌های 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^(۹).

در زمینه ارتباط خود کارآمدی با رفتارهای بهداشتی، پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است. در همین زمینه، نتایج بررسی Sarkar و همکاران همبستگی مثبت و معنی داری بین رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی را در افراد مبتلا به دیابت در زمینه رفتارهای بهداشتی با توجه به نژاد و فرهنگ نشان داد^(۱۰).

هم چنین در مطالعه Kaewthummanukul در رابطه با مشارکت کارمندان در فعالیت بدنی مشخص شد که سازه خودکارآمدی درک شده بهترین پیشگویی کننده فعالیت بدنی در میان کارمندان بوده است^(۱۱). پژوهش پوروخشوری و همکاران که به منظور بررسی ارتباط خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده بود، بین رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی ارتباط معنی دار مستقیم دارد. همچنین ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی با جنس، سن، مدرک تحصیلی، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، متوسط درآمد ماهیانه، رتبه علمی و نداشتن سابقه بیماری مزمن معنی دار دیده شد^(۱).

در این رابطه مطالعه مروتی شریف آبادی و همکاران که با هدف بهینه سازی الگوی ارتقاء سلامت بر روی سالمندان جامعه ایرانی انجام شده است، نشان داد که خودکارآمدی درک شده مهم ترین عامل تعیین کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بوده و حمایت دینی درک شده نیز به طور مستقیم و غیرمستقیم، از طریق تأثیرگذاری بر روی خودکارآمدی درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و اهمیت درک شده بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مؤثر بوده است^(۱۲).

در این مطالعه داشتن پست سازمانی بهورزی، شاغل بودن در خانه بهداشت و تمایل به شرکت در مطالعه (تکمیل رضایت نامه کتبی) بود. معیارهای خروج شامل عدم برخوردار بودن از سلامت روان و محدودیت‌های جسمی و یا بیماری خاص و مصرف داروهای ضد افسردگی بود. از ۳۷۰ بهورز شاغل، ۳۰۱ بهورز واجد شرایط مطالعه بودند. اختیاری بودن شرکت در مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و کسب مجوز از کمیته تحقیقاتی مرکز بهداشت شهرستان ارومیه از ملاحظات اخلاقی مورد توجه در پژوهش بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر خصوصیات جمعیت شناختی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و خودکارآمدی عمومی بود. نسخه انگلیسی پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (Health Promoting Lifestyle Profile-II) HPLP-II توسط Walker و همکاران در سال ۱۹۹۰ طراحی شده است^(۱۴).

این پرسشنامه یک ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء سلامت فراهم می‌کند. به این ترتیب که فراوانی به کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در شش بعد (مسئولیت پذیری سلامتی نه سوال، فعالیت فیزیکی هشت سوال، تغذیه سوال، رشد معنوی نه سوال، مدیریت استرس هشت سوال، روابط بین فردی نه سوال) اندازه گیری می‌کند. این پرسشنامه حاوی ۵۲ سوال است و در مقابل هر سوال چهار پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (یک)، گاهی اوقات (دو)، معمولاً (سه)، و همیشه (چهار) نمره دهی می‌شود. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین ۲۰۸-۵۲ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه می‌باشد. روایی با استفاده از دیدگاه صاحب‌نظران مرتبط در این زمینه و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران در سال ۲۰۱۲ توسط تیموری و همکاران و با استفاده از روش ارزیابی همسانی درونی آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ بدست آمده است^(۱۵).

جهت بررسی کارآمدی، از مقیاس کارآمدی عمومی Sherer استفاده شد^(۱۶). این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً

این مطالعات بیانگر آنست که در طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت، در نظر گرفتن متغیرهای روانشناختی اهمیت دارد، بطوری که اگر انگیزه‌های رفتاری و عوامل شخصی در نظر گرفته نشود، کوشش برای تغییر رفتار بی نتیجه خواهد بود. بنابراین امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای این که بتوانند در تغییر رفتار و ارتقای سلامت خود موفق باشند، باید خودشان را در غلبه بر موانعی که ممکن است برای تغییر رفتار وجود داشته باشد، کارآمد ببینند^(۱۳).

بهورزان با توجه به اینکه در خط مقدم ارائه خدمات بهداشتی قرار دارند، ابتدا باید عوامل خطر ساز بیماری‌ها را در خویشتن تعدیل نموده و سپس در جهت ترویج ارجحیت پیشگیری بر درمان اقدام نمایند. این گروه نه تنها در قبال خویش، بلکه در قبال جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت نیز مسئول هستند و عملاً با رعایت نکردن موارد یاد شده، موجب کاهش تاثیر پذیری مثبت جامعه از آموزش‌ها و تبلیغات مختلف در زمینه اشاعه رفتارهای بهداشتی همچون ترویج ورزش و مصرف نکردن دخانیات می‌گردند. با توجه به اهمیت رفتارهای بهداشتی در حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و نقش بهورزان به عنوان الگو، پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی در این زمینه انجام دهند. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین وضعیت خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی در بهورزان مراکز بهداشت شهرستان ارومیه طراحی و اجرا شد تا از نتایج آن برای ارائه راهکارهایی مناسب، جهت اشاعه سلامت در جامعه، استفاده گردد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی است که در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ در خانه‌های بهداشت شهرستان ارومیه انجام گرفته است. بر اساس آمار دریافت شده از مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، تعداد خانه‌های بهداشت ۱۹۶ و تعداد بهورزان ۳۷۰ نفر بود که با روش سرشماری تمام بهورزان مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود

تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۲۷ درصد (۸۲ نفر) بهورزان مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارومیه در محدوده سنی ۲۵-۳۰ سال، ۶۱/۰۵ درصد (۱۸۵ نفر) زن، ۸۰/۴ درصد (۲۸۲ نفر) متأهل، ۶۶/۸ درصد (۲۰۱ نفر) وضعیت اقتصادی متوسط و ۴۵/۵ درصد (۱۳۷ نفر) شاخص توده بدنی (BMI) در محدوده اضافه وزن داشتند (جدول شماره یک).

مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از یک تا پنج امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های یک، سه، هشت، نه، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس بدست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی ترجمه و اعتباریابی شده است. در مطالعه صفاری و همکاران نیز روایی و پایایی این آزمون با استفاده از روش ارزیابی همسانی درونی آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ بدست آمده است^(۱۷). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای نمونه ۳۰ نفری که به صورت تصادفی از بهورزان گرفته شد ۰/۷۹ بدست آمد. پرسشنامه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نمونه‌ها توسط بهورزان و با راهنمایی پرسشگر

جدول شماره ۱: مشخصات فردی- اجتماعی بهورزان مورد مطالعه

مشخصات جمعیت شناختی		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۱۶	۳۸/۵
	مرد	۱۸۵	۶۱/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۵۹	۱۹/۵
	متأهل	۲۴۲	۸۰/۵
سن	کمتر از ۲۵ سال	۲۱	۷
	۲۵ تا ۳۰ سال	۸۲	۲۷/۲
	۳۰ تا ۳۵ سال	۷۳	۲۴/۳
	۳۵ تا ۴۰ سال	۳۵	۱۱/۶
	۴۰ تا ۴۵ سال	۳۳	۱۱
میزان تحصیلات	بالاتر از ۴۵ سال	۵۷	۱۸/۹
	ابتدایی	۱۰	۳/۳
	راهنمایی	۴۸	۱۵/۹
	دیپلم	۲۰۱	۶۶/۸
	کاردانی و کارشناسی	۴۲	۱۴
وضعیت اقتصادی	خوب	۳۰	۱۰
	متوسط	۲۰۱	۶۶/۸
	ضعیف	۷۰	۲۳/۲
*شاخص توده بدنی	کمتر از ۱۸ - کم وزن	۴	۱/۳
	۱۸ تا ۲۴/۹ - وزن طبیعی	۱۱۹	۳۹/۶
	۲۵ تا ۲۹/۹ - اضافه وزن	۱۳۷	۴۵/۵
	بالاتر از ۳۰ - چاقی درجه ۱	۴۱	۱۳/۶

* تقسیم بندی شاخص توده بدنی براساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین بهورزان زن با سطح اقتصادی بهتر و تحصیلات بالاتر بیشتر بود. نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سن، سابقه کاری، شاخص توده بدنی، و وضعیت تاهل ارتباط آماری معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$) (جدول شماره دو).

نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح اقتصادی و میزان تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین آزمون t مستقل بین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با جنسیت ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$) به صورتی که نمره

جدول شماره ۲: ارتباط مشخصات فردی- اجتماعی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

رفتارهای ارتقا دهنده سلامت			مشخصات جمعیت شناختی	
نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین		
$P=0/02$	۲۴/۳	۱۴۰/۵	زن	جنسیت
	۲۴/۵	۱۳۲/۳	مرد	
$P=0/06$	۲۴/۶	۱۳۵/۲	مجرد	وضعیت تاهل
	۲۴/۴	۱۳۷/۱	متاهل	
$P=0/09$	۲۴/۷	۱۳۵/۴	کمتر از ۲۵ سال	سن
	۲۴/۱	۱۳۷/۴	۲۵ تا ۳۰ سال	
	۲۵/۴	۱۳۶/۵	۳۰ تا ۳۵ سال	
	۲۳/۴	۱۳۷/۶	۳۵ تا ۴۰ سال	
	۲۴/۳	۱۳۵/۶	۴۰ تا ۴۵ سال	
	۲۴/۵	۱۳۵/۸	بالاتر از ۴۵ سال	
$P=0/04$	۲۳/۵	۱۳۲/۴	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۲۵/۳	۱۳۵/۵	راهنمایی	
	۲۴/۱	۱۳۷/۹	دیپلم	
	۲۴/۷	۱۳۹/۸	کاردانی و کارشناسی	
$P=0/02$	۲۵/۵	۱۴۰/۱	خوب	وضعیت اقتصادی
	۲۴/۳	۱۳۸/۷	متوسط	
	۲۳/۴	۱۳۰/۴	ضعیف	
$P=0/1$	۲۴/۲	۱۳۶/۶	کمتر از ۱۸ - کم وزن	شاخص توده بدنی
	۲۵/۶	۱۳۷/۲	۱۸/۵ تا ۲۴/۹ - وزن طبیعی	
	۲۴/۷	۱۳۶/۵	۲۵ تا ۲۹/۹ - اضافه وزن	
	۲۳/۱	۱۳۵/۳	بالاتر از ۳۰ - چاقی درجه ۱	

(۱۰) ۶۴ بود و دامنه عملی مشاهده شده نمرات آنان در محدوده ۸۵ - ۳۰ قرار داشت. خودکارآمدی با نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمام زیر دامنه‌های آن همبستگی مثبت معنی‌داری داشت اما در ابعاد

میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بهورزان (۲۴/۴) (۱۳۶/۴) بود. بهورزان بیشترین نمره را در بعد مسئولیت‌پذیری سلامت (۷/۳۷) (۳۵/۳۷) و کمترین نمره را در بعد فعالیت بدنی (۵/۲۶) (۱۳/۲۵) بدست آورده بودند. میانگین نمره خودکارآمدی در بهورزان

حمایت بین فردی ($r=0/184$)، فعالیت بدنی ($r=0/154$) ضعیف بود (جدول شماره سه).

جدول شماره ۳ وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و ارتباط و همبستگی آن با خودکارآمدی در بهورزان

متغیر	(انحراف معیار) میانگین	R	P
رشد معنوی	۲۸/۹۴ (۶/۱۳)	۰/۴۳۵	<۰/۰۰۱
مسئولیت پذیری سلامت	۳۵/۳۷ (۷/۳۷)	۰/۲۵۱	<۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۲۲/۲۸ (۴/۴۴)	۰/۱۸۴	<۰/۰۰۱
مدیریت استرس	۱۳/۶۸ (۳/۴۵)	۰/۳۱۲	<۰/۰۰۱
فعالیت فیزیکی	۱۳/۲۵ (۵/۲۶)	۰/۱۵۴	<۰/۰۰۱
تغذیه	۲۲/۷۸ (۴/۷۸)	۰/۳۵۳	<۰/۰۰۱
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۱۳۶/۳۰ (۲۰/۲۱)	۰/۳۲	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۶۴/۱۲ (۱۰)	-	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در بهورزان (۲۴/۴۴) (۱۳۶/۴۱) بود که این نمره حاکی از آن است که ۶۵ درصد بهورزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را معمولاً یا همیشه انجام می دهند که با مطالعه محمودی و همکاران که میانگین مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان بهداشتی در سطح مطلوب بود، همچنین با مطالعه مرادی و همکاران که میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی ۱۳۰ بود^(۱۸)، همخوانی دارد در حالی که در مطالعه Zhang و همکاران^(۱۹)، و مطالعه Yu و همکاران^(۲۰) نیز مجموعه نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان بخش سلامتی نسبت به سایر زیر گروهها بیشتر بود، اما مجموع نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعات مربوطه نسبت به مطالعه حاضر پایین بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشانگر آن است که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بهورزان همسطح کارکنان بهداشتی و بیشتر از آنها است و این امر شاید به علت نقشی که بهورزان در جامعه به عنوان مروجین سلامت و آموزش دهندگان سلامت بازی می کنند، باشد.

کمترین نمره کسب شده در شش بعد، مربوط به زیر مجموعه فعالیت فیزیکی در بهورزان بود که با مطالعه محمد علیزاده در نوجوانان که کمترین نمره را در زیردامنه مسئولیت پذیری بدست آورده بود همخوانی نداشت^(۳). اما با مطالعات McElligott در پرستاران و محمودی و همکاران در کارکنان بهداشتی مطابقت داشت^(۲۱،۲۲) که گویای این است که ورزش در زندگی روزانه آنها ادغام نشده است و این ممکن است به دلیل مشغله کاری زیاد یا به لحاظ شرایط فرهنگی اجتماعی روستا باشد بنابراین برای ارتقاء فعالیت فیزیکی در بهورزان بایستی برنامه های ورزشی ویژه ای طراحی نمود. بر خلاف مطالعات Yu، محمودی و همکاران^(۲۰،۲۳) در کارکنان بهداشت و مظلومی و همکاران^(۴) در اساتید دانشگاه بیشترین نمره کسب شده در شش بعد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مربوط به بعد مسئولیت پذیری سلامت بود. که این امر مسئولیت پذیری بهورزان را نشان می دهد که شاید حس مسئولیتی که بهورزان در قبال جامعه دارند، باعث تقویت مسئولیت پذیری در قبال سلامت خودشان نیز شده است.

در مطالعه حاضر، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مردان و زنان اختلاف معنی داری را نشان داد. به نظر می رسد خطرات بیشتری سلامت بهورزان مرد را تهدید

محمد علیزاده و همکاران در مطالعه رفتارهای ارتقاء دهنده و خودکارآمدی در نوجوانان سندج بیان کردند با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره بدست آمده برای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و زیر دامنه‌هایی از آن از جمله تغذیه، مدیریت استرس، حمایت اجتماعی و درک زندگی افزایش خواهد یافت^(۳). میانگین نمره به‌وزران در بخش خودکارآمدی نشان دهنده آن است که بیشتر به‌وزران، نسبت به موارد ذکر شده در سوالات، از خودکارآمدی نسبتاً بالایی برخوردار بودند. در واقع ۷۵ درصد امتیاز مطلوب را کسب نموده‌اند که با مطالعه پوروخشوری و مظلومی و همکاران همخوانی داشت^(۴-۱). پژوهشگر تصور می‌کند بالا بودن خودکارآمدی به‌وزران شاید به دلیل آن باشد که این افراد در خود، توانایی بیشتری نسبت به انجام رفتارهای بهداشتی می‌بینند. از طرفی شاید عواملی مثل الگو بودن در روستا، نقش معلم در بالا بردن خودکارآمدی آنان نقش داشته است.

خودکارآمدی یک درک رفتاری است که احتمال التزام به یک برنامه کاری و رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد و نقش اساسی در پذیرش، حفظ و دوام رفتارها دارد و مهمترین فاکتور شخصی در تغییر رفتار می‌باشد^(۹).

در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمام زیر دامنه‌های آن با خودکارآمدی مشاهده گردید. بدین معنی که هرچه خودکارآمدی به‌وزران افزایش می‌یافت، رفتارهای بهداشتی آنان نیز افزایش پیدا می‌کرد. در مطالعاتی که برای رفتارهای بهداشتی صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار، تایید شده است^(۱،۴،۱۲،۲۶). این نتیجه با مطالعه حاضر هماهنگی دارد و بیانگر آن است که در طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت در نظر گرفتن متغیرهای روانشناختی اهمیت دارد، به طوری که اگر انگیزه‌های رفتاری و عوامل شخصی در نظر گرفته نشود کوشش برای تغییر رفتار بی‌نتیجه خواهد بود. به نظر میرسد افراد زمانی برای انجام رفتارهای بهداشتی برانگیخته می‌شوند و حتی در برخورد

می‌کند در مطالعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان بهداشت شهرستان اندیمشک، نتایجی همسو با مطالعه حاضر گزارش شده است^(۱۸) همچنین در مطالعه‌ای که در پیش‌بینی اجتماعی جمعیتی رفتارهای بهداشتی دانشجویان در مکزیک انجام شد نتایجی مشابه یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شد^(۳۳). اما در مطالعه مظلومی^(۴) در اساتید دانشگاه علوم پزشکی و Beser^(۲۴) که بر روی کارکنان پرستاری انجام گرفت، بین دو جنس اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. این تفاوت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان زنان و مردان می‌تواند ناشی از سطح آگاهی، سطح تحصیلات، فراهم بودن شرایط مناسب برای فعالیت و فرهنگ حاکم بر آن جامعه پیرامون رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان هر دو جنس باشد مطالعه Diez در دانشجویان مکزیک، Chang در نوجوانان تایوانی نشان داد که با افزایش میزان درآمد احتمال انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیشتر خواهد بود^(۲۳،۲۵) که با مطالعه ما همخوانی دارد. توضیحی که می‌توان برای این یافته بیان کرد این است که با توجه به اهمیت وضعیت اقتصادی در زندگی امروزی، با بالا رفتن میزان درآمد، امکان فراهم کردن تسهیلات زندگی و بهبود وضعیت معیشت در تمام زمینه‌ها از جمله تغذیه، ورزش و ... بیشتر خواهد بود و همین موضوع تا حدودی باعث کاهش تنش‌ها و نگرانی‌های روزمره و در نهایت بهبود وضعیت سلامتی افراد می‌شود. از سوی دیگر یافته‌های نوروزی نیا و همکارانش^(۵) که بر روی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دانشجویان البرز مطالعه کرده‌اند نشان داد که تحصیلات یکی از عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت بود و میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقادهنده سلامت در به‌وزران دارای مدرک بالاتر به طور معنی‌داری بیشتر از به‌وزران با مدرک پایین‌تر بود. Chang در مطالعه رفتارهای ارتقاء دهنده روی نوجوانان تایوانی بیان کرد که با افزایش میزان تحصیلات احتمال انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیشتر خواهد بود^(۲۵). مطابق یافته‌های پژوهش حاضر،

ارتباطهای نشان داده شده بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با خودکارآمدی و مشخصات فردی-اجتماعی الزاماً نشان دهنده رابطه علیتی نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های کیفی و کمی در زمینه تعیین موانع و تسهیل کننده‌های خودکارآمدی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بهورزان انجام گیرد که نتایج این گونه تحقیقات می‌تواند برای ارائه راهکارهای مؤثر در این زمینه کمک کننده باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پژوهش کمیته تحقیقاتی مرکز بهداشت شهرستان ارومیه می‌باشد. بدینوسیله از کلیه بهورزانی که در این مطالعه شرکت کردند و مدیریت محترم مرکز بهداشت شهرستان ارومیه صمیمانه سپاسگذاری می‌گردد.

با چالشها رفتارهای بهداشتی را انجام می‌دهند که احساس کنند بر رفتار بهداشتی‌شان کنترل دارند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده این است که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بهورزان در سطح قابل قبولی قرار دارد اما بهورزان کمترین نمره را در بعد فعالیت بدنی داشته‌اند. همچنین خودکارآمدی به عنوان مهم‌ترین سازه در انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت شناخته شد. پیشنهاد می‌گردد جهت ارتقای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بخصوص فعالیت بدنی، برنامه جامعی با مشارکت مرکز توسعه آموزش دانشگاه، معاونت بهداشتی و جلب مشارکت خود بهورزان، طراحی و در سطح دانشگاه به اجرا درآید. بدیهی است این برنامه باید بر مبنای ارتقای خودکارآمدی بهورزان باشد.

متأسفانه یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه نبود مطالعه‌ای مشابه در بهورزان بود که امکان مقایسه یافته‌های این مطالعه با مطالعات مشابه را محدود می‌نمود. از طرف دیگر به دلیل ماهیت مقطعی این مطالعه،

فهرست منابع

- 1- Pour vakhshoori N, Pasha A, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z. [Relationship between Self-efficacy and Health Behaviors of Faculty Members of Guilan University of Medical Science]. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24 (70): 39-48. Persian
- 2- Mo PK, Winnie WSM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Social indicators research*. 2010;95(3):503-17.
- 3- Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. [Health promoting lifestyles and self-efficacy in adolescent boys]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;23(109):152-62. Persian.
- 4- Mazloomi MS, Fazelpour S, Askarshahi M. [Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Shahid Sadoqi Yazd Academic Staff in Iran]. *Journal of ilam university of medical sciences*. 2013; 21 (3) :12-21. Persian
- 5- Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. [Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):39-49. Persian
- 6- Fayazbakhsh A, Khajeh KR, Soleymani NM, Rahimi F, Jahangiri L, Heydari S, et al. [The Internet Using and Health: Students'knowledge, Attitude and Lifestyle Related to the Internet]. *Hakim Research Journal*.2011;14(2):96-105. Persian.
- 7- Chiou S-T, Chiang J-H, Huang N, Chien L-Y. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better? *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):474.
- 8- Myers RE. Promoting healthy behaviors: how do we get the message across? *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):500-12.
- 9- Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol*. 1993;28(2):117-48.

- 10- Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*. 2006;29(4):823-9.
- 11- Kaewthummanukul T, Brown KC. Determinants of employee participation in physical activity: critical review of the literature. *AAOHN J*. 2006;54(6):249-61.
- 12- Morowatisharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, Ruchi GB, Ehrampoush MH. [Self-efficacy and health promotion behaviors of older adults in Iran]. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2006;34(7):759-68. Persian
- 13- Baheiraei A, Mirghafourvand M. Health promotion: from concepts to practice. Tehran: Noor-e-Danesh; 2011.
- 14- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987;36(2):76-81.
- 15- Taymoori P, Moeini B, Lubans D, Bharami M. [Development and psychometric testing of the Adolescent Healthy Lifestyle Questionnaire]. *J Edu Health Promot* 2012; 1(20): 1-7. Persian
- 16- Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychol Rep*. 1982;51(2):663-71.
- 17- Purtaghi G, Pakpour A. [Happiness, self-efficacy and academic achievement among students of baqiyatallah university of medical sciences]. *Journal of medical education development*. 2014;7(13):45-56. Persian.
- 18- Moradi A, Shojaizade D. [A Survey on Healthy Lifestyle of Health Care Workers in Andimeshk]. *Toloo e behdasht*. 2016; 14 (5):38-49. Persian
- 19- Zhang S-c, Wei C-n, Fukumoto K, Harada K, Ueda K, Minamoto K, et al. A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. *Environ Health Prev Med*. 2011;16(2):80-9.
- 20- Yu K, Bi J, Huang Y, Li F, Cheng J, Wang T, et al. Relationship between health-promoting lifestyle and sub-health status in the employees of an enterprise. *Nan fang yi ke da xue xue bao= Journal of Southern Medical University*. 2013;33(8):1203-6.
- 21- McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the house? *Appl Nurs Res*. 2009;22(3):211-5.
- 22- Mahmoodi H, Hasanpoor E, Zareipour M, Housaenpour H, Sharifi-Saqquezi P, Babazadeh T. [Compare the Health Promoting Behaviors among Nurses, Health and Administrative Staff]. *Iran Journal of Nursing*. 2016;29(99):56-65.-Persian
- 23- Ulla Díez SM, Pérez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health promotion international*. 2009;25(1):85-93.
- 24- Beser A, Bahar Z, Büyükkaya 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;45(1):151-9.
- 25- Chang LC. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2011;20(1-2):190-6.
- 26- Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*. 2006;29(4):823-9.

Health Promoting Behaviors and their Relationship with Self-efficacy of Health Workers

Abdolkarimy M. PhD Cand.¹

*Zareipour M. PhD Cand.²

Mahmoodi H. PhD Cand.³

Dashti S. PhD Cand.⁴

Faryabi R. PhD.⁵

Movahed E. PhD Cand⁶

Abstract

Background & Aims: Health promoting behaviors are one of the main criteria for determining health. Nowadays, it is believed that for being successful in behavior change and health promotion, people should have sufficient self-efficacy. This study aimed to determine health promoting behaviors and its relationship with self-efficacy health workers in Urmia.

Materials & Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 301 health house workers in rural health centers of Urmia in 2015. Data were collected using the questionnaire consisted of demographic characteristics, health promoting behaviors (Healthy Lifestyle Questionnaire) and Sherer et.al. General Self-efficacy Scale. Reliability and validity of the questionnaire were confirmed in previous studies. Data were analyzed by chi-square test and ANOVA.

Results: The mean score of health promoting behaviors of health workers was 136.4 (24.4). The highest score was in the health responsibility dimension 35.37 (7.37) and the lowest score was in physical activity dimension 13.25 (5.26). The result showed that self-efficacy had a positive significant correlation with health promoting lifestyle and all of its sub-domains ($P < 0001$). There was also a significant relationship between health promoting lifestyle and economic level, education, and gender ($P < 0.05$).

Conclusion: Given the importance of health promoting behaviors of health workers and the effects of self-efficacy on these behaviors, it seems that training programs can be effective in promoting health behaviors of health workers in order to increase self-efficacy.

Keywords: Health Promotion, Health Behavior, Self-Efficacy, Health Workers

Received: 17 Jan 2017

Accepted: 22 Apr 2017

¹. Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

². Ph.D. Candidate in in Health Education and Health Promotion, Young Researchers and Elite Club, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 09141878294 . E-mail: z.morad@yahoo.com

³. Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran.

⁴. Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁵. Associate Professor, School of Public Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.

⁶. Ph.D. Candidate in Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.