خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان سنین باروری شهر شیراز در سال ۱۳۹۲

فاطمه روستا[1*]، علی‌یار احمدی[1]

۱) گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹٤/٦/۲۱

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، فعالیت هایی هستند که جهت نگهداری و یا افزایش سطح سلامت و خود شکوفایی فرد صورت می گیرند. فاکتورهای فردی، رفتاری و اجتماعی در ایجاد رفتارهای سالم نقش دارند. یکی از این عوامل خودکارآمدی است. لذا مطالعه حاضر، به بررسی خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان سنین باروری شهر شیراز در سال ۲۰۱۳ پرداخته است.

مواد و روش ها: در مطالعه مقطعی حاضر ۳۹۲ نفر از زنان سنین باروری(۴۹-۱۵ ساله) شهر شیراز از طریق روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای در سال ۱۳۹۲ شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش نامه چهار قسمتی شامل اطلاعات فردی-جمعیتی، سوالات مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بود. ارتباط بین متغیرها با استفاده از آزمون های تی تست مستقل، واریانس یک طرفه، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره بررسی گردید.

یافته های پژوهش: میانگین و انحراف معیار سن پاسخگویان مطالعه ۸/۸۹±۳۰/۹۱ سال است. اکثر زنان(۷۹/۶ درصد)، خودکارآمدی متوسط و بالایی داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره رفتار سلامتی زنان ۱۲/۸۲±۵۳/۶۹ (میانگین ۰ تا ۱۰۰) است که در گروه های مختلف، متغیر می باشد. مطالعه در حوزه سلامت، خودکارآمدی، تاهل، حمایت اجتماعی با متغیر وابسته رابطه معناداری را نشان می دهند. در مدل نهایی متغیرهای مستقل ۴۴ درصد متغیر وابسته را تبیین کردند(R^2=0.44). از میان متغیرهای سن، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، تجربه بیماری، مطالعه در حوزه سلامت، هویت طبقاتی، حمایت اجتماعی، تحصیلات و میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی، خودکارآمدی مهم ترین عامل تاثیرگذار بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت می باشد.

بحث و نتیجه گیری: خودکارآمدی مهم ترین عامل تاثیرگذار بر پیگیری رفتارهای سلامت محور و شیوه زندگی سالم است. از این رو سیاستگزاران باید با توجه به اهمیت این بعد اجتماعی-روانی، تلاش برای ارتقاء خودکار آمدی را از طریق افزایش برنامه های فرهنگی در برنامه ریزی های نظام سلامت و ارتقاء سطح آگاهی های مردم مدنظر قرار دهند.

واژه های کلیدی: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، شیوه زندگی، خودکارآمدی، زنان، شیراز

*نویسنده مسئول: گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

Email: fatemehroosta.1390@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

مقدمه

سلامتی نیازمند بهبود و اصلاح شیوه زندگی است چرا که بسیاری از بیماری های مزمن از جمله بیماری قلبی–عروقی، اضافه وزن و... که طی سال های گذشته شایع شده اند، ریشه در عادات غلط در رفتار انسان ها دارد(۱). امروزه نقش عوامل فردی، رفتاری و اجتماعی در ایجاد رفتارهای سالم مورد مطالعه قرار گرفته است. از جمله فاکتورهای فردی و رفتاری، خودکارآمدی است که از قدرت پیش بینی‌کنندگی بالایی در ایجاد رفتارهای بهداشتی نیز برخوردار است. خودکارآمدی، اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می نماید(۲).

افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به وسیله بهبود مهارت های خود مدیریتی و پشتکار بر می دارند و در برابر مشکلات ایستادگی می کنند و بر امور کنترل بیشتری دارند، از این رو درک خودکارآمدی می تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی گردد(۲). هم چنین خودکارآمدی امکان پیش بینی نیت اعمال را در حوزه های مختلف فعالیت انسان از جمله رفتار سلامتی فراهم می‌کند(۳).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، فعالیت هایی هستند که جهت نگهداری و یا افزایش سطح سلامت و خودشکوفایی فرد صورت می گیرند(۴). این رفتارها که استراتژی های اصلی تسهیل و حفاظت از سلامتی هستند(۵) و به عنوان یک هدف بین المللی شناخته شده است(۶). به علاوه نتایج پژوهش ها نشان می دهد که بیشتر علت های عمده مرگ و میر و ناتوانی در جوامع مدرن، مربوط به رفتارهای ناسالم مانند: سیگار کشیدن، شیوه زندگی راکد و عادات غذایی نامناسب می باشد(۵).

یکی از الگوهای جامع و پیشگویی کننده ای که به منظور مطالعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده شده و چارچوبی نظری برای کشف عوامل موثر در این رفتارها را ایجاد می نماید، الگوی ارتقاء سلامت پندر (HPM) است. در این الگو مفاهیم تعیین کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل : ۱- تجربه ها و ویژگی های فردی، ۲-احساسات و شناخت های اختصاصی رفتار و ۳- نتایج رفتاری می باشد. مفهوم تجربیات و خصوصیات فردی، مفهومی است که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از طریق شناخت و عواطف رفتاری، رفتار را تحت تاثیر قرار داده و شامل عوامل شخصی و رفتارهای مرتبط قبلی می باشد. در حالی که مفهوم شناخت و عواطف خاص رفتار به صورت مستقیم رفتار را تحت تاثیر خود قرار داده و شامل سازه هایی از جمله فواید و موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، عواطف مرتبط با رفتار، تاثیر گذارنده های بین فردی و تاثیرگذارنده های موقعیتی است(۷).

پندر در مدل ارتقاء سلامت خود یکی از عوامل پیش بینی‌کننده رفتار را خودکارآمدی مطرح کرده است و در ۸۶ درصد مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقاء سلامت وی صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش بینی کننده، تایید شده است(۸) به عنوان مثال در مطالعه ای، بین خودکارآمدی بالاتر و انجام فعالیت جسمانی مادران رابطه معناداری وجود دارد(۹). هم چنین پندر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در شش زیر مقیاس: مسئولیت سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد روحی و خودشکوفایی، روابط اجتماعی و مدیریت استرس طبقه بندی می‌کند(۱۰).

تحقیقاتی نیز به ارزیابی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پرداختند و نشان دادند که زنان در سطح متوسطی از این رفتارها قرار دارند(۱۱،۵) مطالعه لیم و همکاران، نشان داد وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می دهد(۱۲). اما فلاح طاهر پذیر و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افراد متاهل موانع بیشتری بر سر راه به کارگیری رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند(۱۳) در حالی که مطالعه موحد و همکاران نشان داد افرادی که تنها زندگی می کنند از نظر رفتارهای سالم نسبت به کسانی که ترتیبات زندگی متفاوتی دارند پایین ترند(۱۴). به طور کلی در ارتباط وضع تاهل با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تحقیقات مختلف به نتیجه یکسانی نرسیده اند.

خوشنویسان و همکاران نیز نشان می دهند که بین خودکارآمدی با افسردگی، استرس و اضطراب همبستگی معکوس وجود دارد(۱۵). هم چنین مطالعات

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

نشان داد افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد و سازگاری فرد را با محیط افزایش می دهد(۱۷،۱۶). کسانی که سطح تحصیلات پایین تری دارند، کمتر از رفتارهای ارتقاء سلامت پیروی می کنند(۱۱،۱۸،۱۹). رفتارهای سالم با طبقه اجتماعی نیز ارتباط دارد(۲۲،۲۱). حمایت اجتماعی از عوامل مهم تعیین رفتارهای سالم افراد است. در فراهم کردن امکان مقابله با مشکلات مربوط به سلامتی موثر و پیش بینی کننده قوی ارتقاء سلامت افراد است(۲۲، ۲۱).

مطالعاتی نیز به بررسی نقش خودکارآمدی بر عملکرد و رفتار سلامتی افراد به طور خاص پرداخته اند. یافته ها نشان می دهد خودکارآمدی علاوه بر این که به طور مستقیم بر افزایش فعالیت فیزیکی موثر است، به طور غیر مستقیم نیز از طریق کاهش موانع درک شده می تواند در افزایش فعالیت فیزیکی موثر باشد(۲۳). مطالعه پاجریس و همکاران، نیز نشان داد خودکارآمدی ضعیف در افراد، باعث افزایش استرس می شود. در مقابل باورهای خودکارآمدی قوی باعث آرامش و نزدیکی به هدف می شود. بنا بر این می تواند پیش بینی‌کننده قوی برای پیشرفت و سلامت افراد باشد(۲۴). هم چنین پژوهشی به طور خاص نشان داد زنان سنین باروری با انجام رفتارهای سالم، بهبود در سلامت روحی، عاطفی، کارکردی و جسمی را تجربه می کنند(۲۵).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت(۱۰) در کشورها (۲۶،۸،۱) و گروه های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است(۱،۱۷،۳) و تفاوت هایی که از نظر وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مشاهده می گردد، می تواند در نتیجه تاثیرات مولفه های سلامتی یا دامنه‌ای از عوامل شخصی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی باشد که وضعیت سلامتی افراد یا مردم را تعیین می کنند(۲۶،۱). به طور کلی زنان ایرانی در ارتباط با رفتارهای سالم، در زیر مقیاس روابط اجتماعی و عملکرد مطلوبی داشتند در حالی که پایین ترین نمرات آنان مربوط به بعد فعالیت فیزیکی است(۱). هم چنین زنان از سطح خودکارآمدی مطلوبی برخوردار نیستند، لذا انجام مداخله برای ارتقاء سلامت عمومی زنان مورد بررسی بر اساس تئوری خودکارآمدی ضروری است(۲۷).

سنین باروری شامل دوره سنی ۴۹-۱۵ در زنان می شود. بر اساس آخرین سرشماری انجام شده در ایران در سال ۱۳۹۰، ۳۳ درصد از زنان کشور در سنین باروری هستند(۲۸). این سنین به دلیل تاثیرگذاری بر مجموعه تغییرات و انتقال های عمده در زندگی زنان از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است(۲۹). بنا بر این هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه بین خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده زنان سنین باروری می باشد.

مواد و روش ها

شرکت کنندگان در این مطالعه مقطعی ۳۹۲ نفر از زنان سنین باروری شهر شیراز بودند. از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای جهت انتخاب افراد نمونه استفاده شد؛ روش کار به این صورت بود که ۹ منطقه شهرداری شیراز، به ۵۷ محدوده جغرافیایی تقسیم شد، سپس ۱۲ محدوده به صورت تصادفی انتخاب گردید. بلوک های هر محدوده مشخص و نمونه ها در هر محدوده، بین ۳۰ تا ۴۰ نفر تعیین گردید و در نهایت اطلاعات پاسخگویان در درون محدوده های جغرافیایی به دست آمد. محدوده سنی برای پاسخگویان ۱۵ تا ۴۹ سال بوده است. بعد از مراجعه به درب منازل و دادن توضیحاتی درباره مطالعه پرسش نامه ها به روش خود تکمیلی، تکمیل شد.

حجم نمونه با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و خطای قابل قبول ۰/۰۵ در اطراف میانگین، ۳۸۴ نفر به دست آمد که با توجه به احتمال افت نمونه ها، تعداد ۳۹۲ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در پژوهش، ملیت ایرانی، سن ۴۹-۱۵سال و ساکن بودن در شهر شیراز بود. پرسش نامه های استفاده شده در این مطالعه عبارت بودند از پرسش نامه مشخصات فردی-اجتماعی، مقیاس خودکارآمدی عمومی، مقیاس حمایت اجتماعی و پرسش نامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان. پرسش نامه مشخصات فردی-اجتماعی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و اشتغال به همراه سابقه بیماری، میزان استفاده از وسایل ارتباطی، میزان مطالعه در حوزه سلامت(اندازه مطالعه فرد در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

خصوص رفتارهای سالم از قبیل مهارت های زندگی، ورزش، تغذیه، مدیریت استرس و...) بود. هم چنین برای سنجش هویت طبقاتی نیز از پاسخگو خواسته شد با توجه به وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود، بیان کند به کدام طبقه اجتماعی تعلق دارد.

پرسش نامه خودکارآمدی عمومی(General self-Efficacy Scale): در سال ۱۹۸۲ توسط شرر ارائه شد و بر اساس مقیاس لیکرت(۴-۰) با ۱۷ گویه برای سنجش خودکارآمدی در انجام کارها می باشد. نمره بالای این آزمون خودکارآمدی قوی تر را نشان می دهد. نسخه فارسی این پرسش نامه توسط بختیاری براتی، در سال ۱۳۷۶ ارائه شده است(۳۰). در این پژوهش، نمره خودکارآمدی زنان بر اساس(میانگین ۰ تا ۱۰۰) ۲۰/۸۳±۶۳/۹۶ می باشد.

در ارتباط با سنجش حمایت اجتماعی نیز بر اساس نظر ویلن حمایت اجتماعی در ابعاد حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت مالی و حمایت اطلاعاتی بر اساس مقیاس لیکرت(۴-۰) مورد سنجش قرار گرفت(۳۱). هم چنین نمره حمایت اجتماعی پاسخگویان، بر اساس(میانگین ۰ تا ۱۰۰) ۲۰/۴۹±۶۰/۳۰ می باشد.

پرسش نامه سبک زندگی سالم(رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت)(Healthy Lifestyle Questionnaire): نسخه انگلیسی این پرسش نامه بر اساس مقیاس HPLP-II (Health Promoting Lifestyle Profile-II) که توسط والکر و همکاران در سال ۱۹۸۷ ابداع شده، را محمدی زیدی و همکاران در سال ۲۰۱۱ به فارسی ترجمه و هنجاریابی کردند(۵). این پرسش نامه شامل سوالاتی در شش زیر دامنه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، رشد روحی و خودشکوفایی، مسئولیت پذیری سلامت، مدیریت استرس و روابط اجتماعی است. تمامی آیتم ها بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۴ (۰=هرگز، ۱=به ندرت، ۲=گاهی اوقات، ۳=معمولاً و ۴=همیشه) نمره دهی شدند. برای همه سنجه ها نمرات به مقیاس صفر تا صد تبدیل شد. بنا بر این نمرات مقیاس ها قابلیت مقایسه بهتری پیدا کرد. به عنوان مثال زمانی که میانگین یک مقیاس از ۵۰ بالاتر باشد به این معنی است که از نقطه وسط بالاتر است. این ویژگی برای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و زیر مقیاس های رفتار ارتقاء دهنده سلامت نیز وجود دارد.

برای تعیین اعتبار پرسش نامه ها از اعتبار صوری استفاده شد؛ پرسش نامه ها در اختیار اعضای هیئت علمی قرار گرفت و بعد از جمع کردن نظرات آن ها اصلاحات لازم بر روی ابزارها بر اساس بازخورد کسب شده صورت گرفت، هم چنین با انجام پیش آزمون بر روی ۳۰ نفر، پایایی و انسجام درونی با ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. آلفای کرونباخ به ترتیب برای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۷۲ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS vol.16 استفاده شد. برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی، وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و خودکارآمدی از آمار توصیفی از جمله توزیع فراوانی مطلق و نسبی و هم چنین شاخص های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل ارتباط سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با خودکارآمدی و مشخصات فردی-اجتماعی ابتدا از آزمون مقایسه میانگین ها(T-Test و F-Test) و پیرسون استفاده گردید و سپس برای برآورد میزان تاثیر هر یک از متغیرهای مستقل، خودکارآمدی و مشخصات فردی-اجتماعی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از مدل رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد.

یافته های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سن زنان سنین باروری شیراز برابر با ۸/۸۹±۳۰/۹۱ می باشد. بیشتر پاسخگویان در گروه سنی ۲۹-۲۵ و ۳۹-۳۵ قرار داشتند در حالی که تنها ۱/۷ آن ها ۱۹-۱۵ ساله بودند. و نزدیک به ۶۰ درصد پاسخگویان متاهل و ۳۹ درصد مجرد بودند. در ارتباط با وضعیت اشتغال ۳۰ درصد شاغل و ۶۲ درصد غیر شاغل بودند. بیشتر زنان(۶۱/۵ درصد) افراد تحصیلات دانشگاهی داشته اند. هم چنین ۹۱ درصد از پاسخگویان، از نظر موقعیت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

طبقاتی خود را در طبقه متوسط ارزیابی کرده اند. تنها ۸/۷ درصد از پاسخگویان هیچ مطالعه ای در حوزه سلامت ندارند. در حالی که ۹۰ درصد از آنان به مطالعه در حوزه سلامت پرداخته اند.

از میان زنان مطالعه شده، ۳۵/۱ درصد پاسخگویان هیچ گونه سابقه بیماری در دو سال گذشته تجربه نکرده اند، ۶۴/۹ درصد تجربه بیـــماری داشته اند که بیشتر شامل موارد کمردرد و درد در استخوان ها، سردرد شدید و میگرن بوده است. هم چنین مطالعه نشان می دهد که در یک مقیاس صفر تا ۱۰۰ میانگین مقیاس های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی به ترتیب برابر با ۲۰/۴۹±۶۰/۳۰ و ۲۰/۸۳±۶۳/۹۶ بوده است که نشان از وضعیت متوسط به بالا داشته است.

جدول شماره ۱. مشخصات فردی- اجتماعی پاسخگویان و ارتباط آن با نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پاسخگویان

متغیر		تعداد	درصد	میانگین ± انحراف معیار نمره رفتار سالم زنان
سن (سال) **	۱۵ – ۱۹ سال	۲۷	۱/۷	۰۲/۲۰ ±۱۸/۶۱
	۲۰ – ۲۴ سال	۷۸	۴/۲۰	۰۴/۲۰ ± ۴۶/۵۰
	۲۵– ۲۹ سال	۷۶	۹/۱۹	۲۸/۱۸ ± ۹۲/۵۱
	۳۰ – ۳۴ سال	۶۷	۵/۱۷	۱۶/۲۱ ± ۹۸/۵۴
	۳۵ – ۳۹ سال	۵۳	۹/۱۳	۹۳/۲۲ ± ۷۸/۵۷
	۴۰ – ۴۴ سال	۳۴	۹/۸	۵۴/۱۷ ± ۷۰/۵۴
	۴۵ – ۴۹ سال	۲۵	۵/۶	۷۰/۱۰ ± ۰۵/۴۶
وضعیت تاهل **	مجرد	۱۴۷	۵/۳۸	۴۷/۲۰ ± ۸۶/۵۱
	متاهل	۲۳۵	۵/۶۱	۸۳/۱۹ ± ۸۳/۵۴
وضعیت اشتغال **	شاغل	۱۱۸	۳۰	۸۵ ± ۸۵/۵۲
	غیرشاغل	۲۳۷	۶۲	۴۶/۲۰ ± ۶۶/۵۲
سابقه بیماری **	دارد	۱۳۴	۱/۳۵	۴۵/۱۹ ± ۰۴/۵۴
	ندارد	۲۴۸	۹/۶۴	۴۹/۲۰ ± ۴۹/۵۳
مطالعه در حوزه سلامت *	دارد	۳۴۵	۵۴/۸۶	۹۷/۱۹ ± ۸۶/۵۴
	ندارد	۳۲	۴۰/۳۱	۵۶/۱۶ ± ۳۱/۴۰
هویت طبقاتی **	بالا	۱۰	۲/۶	۱۴/۲۰ ± ۲۵/۴۹
	متوسط	۳۴۸	۹۱	۷۵/۱۹ ± ۷۰/۵۳
	پایین	۱۰	۲/۶	۹۲/۳۱ ± ۷۵/۵۷
سطوح حمایت اجتماعی *	بالا	۵۷	۹/۱۴	۹/۱۶ ± ۶۶/۶۰
	متوسط	۱۱۶	۴/۳۰	۰۲/۱۶ ± ۵۸/۶۵
	پایین	۱۱۶	۵/۴۳	۴۶/۱۵ ± ۶۵/۷۰
سطوح خودکارآمدی *	بالا	۵۸	۲/۱۵	۹۲/۱۳ ± ۹۱/۸۰
	متوسط	۲۲۶	۲/۵۹	۴۹/۱۳ ± ۳۰/۶۶
	پایین	۷۸	۴/۲۰	۱۱/۱۳ ± ۱۸/۵۲

*P<0.005، **N.s = (فاقد معناداری) به دلیل عدم پاسخگویی برخی از پاسخگویان به تعدادی از سوالات(missing)، درصد تجمعی برخی از متغیرهای جدول، کمتر از ۱۰۰ می شود.

نتایج آزمون های آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست نشان داد که بین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با مطالعه در حوزه سلامت، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ارتباط آماری معناداری وجود داشته است(P<0.005) و با وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، سابقه بیماری، سن و هویت طبقاتی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت(جدول شماره ۱). هم چنین آزمون پیرسون نشان داد متغیرهای تحصیلات و میزان استفاده از وسایل ارتباطی با نمره رفتارهای سالم زنان همبستگی دارند(جدول شماره ۲).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

جدول شماره ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان

متغیرهای مستقل	r	P
تحصیلات	۰/۱۰	۰۳۵/۰
میزان استفاده از وسایل ارتباطی	۰/۱۴۲	۰۰۶/۰

میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان(براساس میانگین ۰ تا ۱۰۰) ۱۲/۸۲±۵۳/۶۹ بود. زنان بیشترین نمره را در بعد تغذیه (۲۰/۶۳±۶۶/۱۴) و کمترین نمره را در بعد روابط اجتماعی(۱۱/۵۵±۳۰/۱۹) به دست آورده بودند.

خودکارآمدی با نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمام زیر دامنه های آن همبستگی معناداری داشت اما در ابعاد فعالیت فیزیکی(r=۰/۲۴) و روابط اجتماعی(r=۰/۳۴) ضعیف بود(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، زیر دامنه های آن و ارتباط خودکارآمدی با آن ها در زنان

متغیر	میانگین±انحراف معیار	ارتباط با خودکارآمدی	
		r	P
رفتارهای ارتقاء دهنده	۵۳/۶۹ ±۱۲/۸۲	۰/۵۸۹	۰۰۱/۰<
مدیریت استرس	۵۳/۱۵±۱۹/۱۴	۰/۳۴۶	۰۰۱/۰<
مسولیت پذیری سلامت	۵۱/۳۰±۱۹/۱۶	۰/۳۷۱	۰۰۱/۰<
روابط اجتماعی	۳۰/۱۹±۱۱/۵۵	۰/۳۴	۰۰۱/۰<
رشد روحی و خودشکوفایی	۶۰/۲۸±۲۱/۷۰	۰/۴۴۳	۰۰۱/۰<
تغذیه	۶۶/۱۴±۲۰/۶۳	۰/۴۰۴	۰۰۱/۰<
فعالیت فیزیکی	۳۱/۰۴ ±۲۳/۴۵	۰/۲۴۴	۰۰۱/۰<
خودکارآمدی	۶۳/۹۶±۲۰/۸۳	-	-

سوالی که وجود خواهد داشت این است که کدام یک از متغیرهای موجود در مدل، تاثیر پایدارتری بر متغیر وابسته دارند. به عبارت دیگر با کنترل کردن مدل آیا تاثیرات هم چنان معنادار خواهند بود. برای این منظور نتایج مدل رگرسیون چندگانه در جدول شماره ۴ نمایش داده شده است. هم چنین قبل از آنالیز، پیش فرض های رگرسیون شامل توزیع نرمال(Kolmogorov-Smirnov Z=0.889، با سطح معناداری P=0.408) و عدم وجود هم خطی (Multicolinearity)(Tolerances>0.5 و VIF <1.7) مورد آزمون قرار گرفت. بر اساس آنالیز رگرسیون چند متغیره، متغیرهای خودکارآمدی، متاهل بودن، حمایت اجتماعی و میزان مطالعه با نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط داشتند(جدول شماره ۴).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

جدول شماره ٤ . ارتباط مشخصات اجتماعی-جمعیتی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان بر اساس آزمون رگرسیون چند متغیره

متغیر	ضرایب غیراستاندارد	Unstandardized Coefficients (95%CI)		ضرایب استاندارد (Beta)	T	Sig
	B	حد پایین	حد بالا			
سن	-۰/۱۲۳	-۰/۴۳۵	۰/۱۸۹	۰/۰۵۲	-۰/۷۷۶	۰/۴۴
وضعیت تاهل (متاهل)	۶/۱۵	۱/۰۸۲	۱۱/۲۱	۰/۱۴۷	۲/۳۹	۰/۰۱۸
وضعیت اشتغال (شاغل)	۲/۵۹	-۲/۰۴۲	۷/۲۳	۰/۰۶۲	۱/۱	۰/۲۷
سابقه بیماری	۰/۶۵۵	-۰/۸۸	۲/۱۹	۰/۰۴۶	۰/۸۳	۰/۴۰
مطالعه در حوزه سلامت	-۴/۰۷	-۶/۲	-۱/۹۲	-۰/۲۰۳	-۳/۷۳	۰/۰۰۰
هویت طبقاتی - پایین	-۳/۴	-۲۰/۳۸	۱۳/۵۷	-۰/۰۳	-۰/۳۹	۰/۶۹۳
هویت طبقاتی - متوسط	-۳/۳۲	-۱۲/۹	۶/۲۸	-۰/۰۴	-۰/۶۸	۰/۴۹۶
حمایت اجتماعی	۰/۲۳۵	۰/۰۳۶	۰/۴۳	۰/۱۲۵	۲/۳	۰/۰۲۱
خودکارآمدی	۳/۹۵	۳/۱۴	۴/۷۷	۰/۵۳۰	۹/۵	۰/۰۰۰
تحصیلات	-۰/۵۳۹	-۱/۲۹	۰/۲۱	-۰/۰۸۵	-۱/۴	۰/۱۶۰
وسایل ارتباط جمعی	۰/۴۹۴	-۲/۸۹	۱/۹۰	۰/۰۲۵	-۰/۴	۰/۶۸۵

Sig=0.000, R^2=0.44, R=0.66

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره خود کارآمدی ۶۳/۹۶ و میانگین مقیاس رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۵۳/۶۹ است که نشان دهنده سطح متوسط رو به بالا برای هر دو مقیاس است. زنان سنین باروری در این تحقیق به ترتیب بیش ترین و کم ترین نمره را در ابعاد تغذیه و روابط اجتماعی به دست آوردند. متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و متاهل بودن عوامل پیشگوکننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان بودند. هم چنین زنان مورد مطالعه از نظر عمل به رفتارهای سالم در سطح متوسط رو به بالایی بودند. پاسخگویان این مطالعه در بعد تغذیه عملکرد مطلوبی داشتند که با مطالعه زنجری در مورد سالمندان(۳۲) و پژوهش مطلق و همکاران(۳۳) هم خوانی داشت.

خودکارآمدی(اعتقاد فرد به توانایی هایش جهت انجام موفقیت آمیز یک رفتار)، به عنوان مهم ترین پیش بینی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود که تاییدکننده مطالعات قبلی نیز می باشد(۹،۲۴-۸) و در ۸۶ درصد مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقاء سلامت وی صورت گرفته، به عنوان موثرترین سازه در انجام این رفتارها گزارش شده است(۷،۳۴). در مطالعه حاضر، پاسخگویان در سطح متوسط رو به بالایی از خودکارآمدی قرار داشتند. هم چنین در ارتباط خودکارآمدی با هر یک از ابعاد رفتارهای سالم، نتیجه مطالعه نشان داد خودکارآمدی با نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمام زیر دامنه های آن همبستگی معناداری داشت اما با بعد رشد روحی، قوی تر و با بعد روابط اجتماعی و فعالیت فیزیکی ضعیف بود.

متاهل بودن از جمله عوامل جمعیتی بود که در این مطالعه بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان تاثیرگذار بود. اگر چه به طور کلی در ارتباط وضع تاهل با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تحقیقات مختلف به نتیجه یکسانی نرسیده اند، اما نتیجه مطالعه حاضر با یافته لیم و همکاران مشابهت داشت. به عبارتی نتایج نشان داد وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را افزایش می دهد(۷). در مطالعاتی که پیش از این در مورد تاثیر عوامل فردی-اجتماعی بر رفتارهای سالم انجام شده، تاثیر مطالعه در حوزه سلامت(تغذیه، ورزش، مهارت های زندگی و...) کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. لذا محققین این مطالعه به بررسی این عامل پرداخته و نتایج تحقیق نشان داد زنانی که در حوزه رفتارهای سالم به مطالعه مطالب و امور مربوطه می‌پردازند، در عمل رفتارهای سالم تری از خود نشان می دهند. به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

عبارتی تاثیر این مطالعه در افزایش آگاهی و در نتیجه، اجرایی نمودن آن در عمل مهم ارزیابی شده است.

از دیگر یافته های این مطالعه، تاثیر حمایت اجتماعی بر رفتارهای سالم زنان مورد مطالعه بود. میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان بر طبق سطوح حمایت دریافتی، متفاوت بود. به طوری که زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کرده اند، رفتارهای سالم تری از خود نشان داده اند. حمایت اجتماعی در نظریه ارتقاء سلامت پندر، جزیی از عوامل تاثیرات بین فردی از سازه دوم(اثرات و شناخت های ویژه رفتاری) می باشد که متاثر از ویژگی ها و تجارب شخصی افراد است. منابع مهم تاثیرات بین فردی از جمله حمایت اجتماعی نیز، شامل خانواده، همسالان و ایجادکنندگان مراقبت سلامت هستند که می توانند درگیر شدن در یک رفتار ارتقاء دهنده سلامت را افزایش یا کاهش دهند. بدین ترتیب، حمایت اجتماعی از جمله ابعاد محیطی است(۲۹)، که به زنان کمک می کند با افزایش سطح خودکارآمدی و سلامتی خود، سبک زندگی سالم خود را ارتقاء دهند. هم چنین مطالعات نشان دادند که حمایت اجتماعی نقش واسطه ای در پیشگیری از فشار روانی و کاهش طول دوره بیماری دارد(۳۶،۳۵). تحصیلات نیز از جمله متغیرهای دارای ارتباط معنادار با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان هستند. نتایج سایر مطالعات نیز نشان داد افرادی که سطح تحصیلات پایین تری دارند، کمتر از رفتارهای ارتقای سلامت پیروی می کنند(۱۹-۱۱،۱۸). در شرایط کنونی و به ویژه با توجه به همگانی شدن تحصیلات به خصوص در مقاطع بالاتر و لزوم داشتن تحصیلات دانشگاهی جهت مشارکت در فعالیت های جامعه بنظر می رسد تحصیلات تا حدودی توانسته است رسالت خود را در خصوص برخی از رفتارهای سالم در زندگی انجام دهد. هم چنین مشغولیت بیشتر زنان به فراگیری تحصیلات می تواند در ارتقاء آگاهی آنان تاثیرگذارتر باشد.

باورهای خودکارآمدی مهم ترین شاخص تعیین کننده در رفتارهای ارتقاء دهنده رفتارهای سلامتی شناخته شد. توسعه برنامه های متکی بر تئوری های انگیزش محور از اهمیت شایانی برخوردار است. از این رو سیاستگزاران باید با توجه به اهمیت این بعد اجتماعی-روانی، تلاش برای ارتقاء خودکار آمدی را از طریق افزایش برنامه های فرهنگی در برنامه ریزی های نظام سلامت و بالابردن سطح آگاهی های مردم به خصوص با در نظر گرفتن نقش رسانه ها در این امر، مدنظر قرار دهند. از طرف دیگر اهمیت حمایت اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رفتار سلامتی و مطالعه در حوزه سلامت نیز به عنوان یک عامل مهم در ارتقاء سطح آگاهی های افراد به عنوان دیگر عامل های مهم تاثیرگذار بر رفتار، در مطالعه حاضر مورد تایید قرار گرفتند.

از جمله محدودیت های این پژوهش، طولانی بودن پرسش نامه به علت شامل کردن چندین مقیاس مختلف بوده است که بر روی حوصله پاسخگویان در پاسخ به سوالات پرسش نامه می توانست موثر باشد و با توجه به این که خود کارآمدی مهم ترین عامل تاثیرگذار بر پیگیری رفتارهای سلامت محور و شیوه زندگی سالم است، از این رو پیشنهاد می شود که سیاستگزاران با توجه به اهمیت این بعد اجتماعی-روانی، تلاش برای ارتقاء خودکارآمدی و اعتماد به خود را در برنامه ریزی های سلامتی مد نظر قرار دهند.

سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد فاطمه روستا(کد: ۲۱۲۶۹۲۲)، در رشته جمعیت شناسی می باشد. بدین وسیله از حمایت های دانشگاه شیراز تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Mohammadalizadehcharandabi S, Mirghafourvand M, Tavananezhad T, Karkhaneh M. [Health promoting lifestyles and self-efficacy in male adolescents in Sanandaj 2013]. J Mazandaran Uni Med Sci 2014;109:152-62. (Persian)

2. Colleen D, Patricia OS, Richard L, Thomas RH, Donald LS, Katherine Y. Behavioral social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. J Epilepsy Behav 2006;9:158-63.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

3. Walker NS, Pullen HC, Herzog M, Boeckner L, Hageman AP. Determinants of older rural women activity and eating. J Nurs Res2006;28:449-66.
4. Zalewskapuchała J, Majda A, Gałuszka A, Kolonko J. Health behavior of students versus a sense of self-efficacy. J Adv Med Sci2007;52:73-7.
5. Mohammadizedi E, Pakpoor A, Mohammadizedi B. [Reliability and validity of persian version of the health-promoting lifestyle profile]. J Mazandaran Uni Med Sci 2010;21:103-113.(Persian)
6. Sonmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. Asian Pac J Cancer Prev 2012;13:1241-5.
7. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Prentic Hall Publication2002;P.57-64.
8. Lee TR, Yuen TA. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. J Public Health Nurs 2005;6:209-220.
9. Roozbahani N, Ghofranipour F, Eftekharardebili H, Hajizadeh E. [The relationship between self-efficacy and stage of change and physical activity behavior in postpartum women]. Arak Med Uni J2013;68:61-71.(Persian)
10. Pender NJ, Muraugh CL, Parsons MA. Health Promotion In nursing practice. 4th ed. New Jersey Prentice Hall PTR Publication2005;P.132-4.
11. Lee F, Wang H. A Preliminary Study of a Health-Promoting Lifestyle Among Southeast Asian Women in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci 2005;21:114-120.
12. Lim YM, Sung MH, Joo KS. Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. J Gerontol Nurs 2010;36:42-50.
13. Fallahtaherpazir E, Zeighamimohammadi SH, Fahidy F. [Perception of patients with cardiovascular disease about barriers and benefits of health promotion behaviors]. Cardiovas Nurs J2012;2:17-23. (Persian)
14. Movahed M, Zanjare N, Sadeghe R. [Social-demographic factors of health-promotion life-style of adults-case study adults of Shiraz city]. Demography J2011;10:79-110.(Persian)
15. Khoshnevisan M, Afroz GH. [The relationship between self-efficiacy with depression anxiety and stress]. Thought Behavior Clin Psychol2011;5:73-80.(Persian)
16. Siukau C, Stephen YK. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. Soc Behavior Personal2000;6:413-22 .
17. Jerusalem M, Mittag W. Self-efficacy in stressful life transition. In bandura self-efficacy in changing societies. Cambrage Uni J1995;3:221-8.
18.Yadolahe P, Davazdahemame SH, Bromandfar Kh, Fathezadeh N. [The relationship between of lifestyle and personal- pregnancy in pregnant women]. J Nurs Midwifery2006;33:81-8. (Persian)
19. Lin YU, Tsai ME, Chan TE, Chou, FH, et al. Health promotin Lifestyle and related factor in pregnant women. Chang Gung Med J2009;6:650- 60.
20. Zarei N. [Intergenerational study of dietary habits among women of Shiraz city]. Shiraz Uni J2013;2 :83-4.(Persian)
21. Merzaee M, Shamsghahfarokhe M. [Factors affecting the elderly self-perceived health status]. J Iran Adult 2008;8:539-46. (Persian)
22. Marsha H, Bowden A, Humphrey D, Linda B, Adams M. Social support and health promotion lifestyles of rural women. J Rur Nurs Health Care2000;1:28-9.
23. Aghamolaee T, Sadattavafeyan S, Hasani L. [Self-efficacy benefits and barriers to order physical activity in students of medical science hormozgan University]. J Iran Epidemiol2009;3-4:9-15.(Persian)
24. Pajares F, Schunk D. Self and self-belif in psychology and education an historical perspective. Psychol Edu 2002; 12: 323-31.
25. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Nedjat S, Charandabi SM, Rajabi F, et al. [Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age and strategies for advancing their health protocol for a mixed methods study]. BMC Public Health 2011;11:191-5.(Persian)
26. Brody EB. The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. World Psychiatry2004;3:54-5.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

27. M Solhi, S Kazemi, H Haghni. [Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center]. Razi J Med Sci2013;20:64-70.
28. Sharifi V, Amineesmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran the Iranian Mental Health Survey 2011. Arch Iran Med 2015;18:76-84.
29. Tauer L. Age and farmer productivity. Appl Econ Pers Polic1995;17:63.
30. Barati BS. [The simple and multiple relationships between self-effectiveness, selfdiscovery and self-esteem with academic performance of students in the third years of the new system in Ahvaz]. Shahid Chamran Uni Ahvaz J1997;4:34-9.
31. Wellman B. Which type of ties and networks provide what kinds of social support?Adv Group Proce1992;9:207-35.
32. Zanjare N. [The study of social-psychological factors of health-promotion life-style of adults – case study adults of Shiraz city]. Shiraz Uni J2011;6:109-10.(Persian)
33. Motlagh Z, Mazloomymahmoodabad S, Momayyezi M. [Study of health-promotion behaviors among university of medical science students]. Zahedan J Res Med Sci 2011;4:29-34.
34. Ahmadi A, Roosta F. [The health promotion life-style of women in reproductive ages]. J women Dev Pol2013;11:543-58.(Persian)
35. Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. [Culture and social support who seeks it and why]. J Personal Soc Psychol2004;87:354-62.
36. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medeiindt J, et al. [Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels]. Int J Nurs Terminol Class2003;14:113-24.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]

Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors among Women of Reproductive Ages in Shiraz During 2013

Rosta F[1], Ahmadi A[1]*

(Received: December 27, 2014 Accepted: February 18, 2015)

Abstract

Introduction: Healthy behaviors are influenced by physical, social, and personal activities of people. Self-efficacy is one of the effective factors influencing health promotion behaviors. This study aimed to examine the Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors among Women of Reproductive ages in Shiraz during 2013.

Materials & methods: In this cross-sectional study, 392 women (15-49 ages) of Shiraz selected thorough multiple stage cluster sampling in 2013 were interviewed. In order to gather information, a questionnaire consisting of personal-demographic question, health promotion behaviors, general self-efficacy and social support was utilized. To examine the association between variables, Independent sample T-test, ANOVA, Pearson correlation, and Multiple Regression were performed.

*Findings***:** the study indicates that mean and standard deviation of age is 30.91 ± 8.89. Most of women (79/6%) have moderate and high level of self efficacy. In general, Mean and standard deviation of health behavior of women is 53/69±12.82 (in 0-100 scale) which varies in different groups. Study in field of Health, self-efficacy, Marital Status and Social support show a significant relation with healthy behavior. Among age, the marital status, employment status, experience of some particular diseases, the study in areas of health, classical identity, Social support, education and the use of communication media, Self-efficacy indicates the most significant factors affecting health related behavior.

Discussion & Conclusions: Self-efficacy is the most significant factors affecting pursue of health related behavior and Life-style. Thus, executors should pay attention to the importance of social-psychological dimension, consideration to promotion self-efficacy increase cultural programs in planning of health care system promoting awareness of people.

Keywords: Health promotion behaviors, Lifestyle, Self-efficacy, Women, Shiraz

1.Dept of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
** Correspondin author Email: fatemehroosta.1390@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90]