

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکار آمدی و سواد سلامت بر سبک زندگی سالم زنان داوطلب سلامت شهرستان نیشابور

معصومه جهانی افتخاری^۱، نوشین پیمان^۲، حسن دوستی^۳

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به علت داشتن توانایی برای پیشگیری از بیماری مزمن، کاهش بیماری‌زایی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت بهداشتی در جامعه از اهمیت خاصی برخوردار هستند. سواد سلامت و سبک زندگی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت هستند. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و سواد سلامت بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در داوطلبین سلامت نیشابور انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کار آزمایی بر روی ۸۰ داوطلب سلامت زن نیشابور انجام شد که به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه خودکارآمدی Sherer، سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) و سبک زندگی سالم HPLPII بود. مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی و سواد سلامت بود و گروه مداخله چهار جلسه آموزشی یک ساعت در هفته را دریافت کردند. داده‌ها با آزمون‌های آماری آنالیز واریانس داده‌های تکراری، فریدمن و کای دو و از طریق SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: قبل از مداخله بین میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اختلاف آماری معنی‌داری در دو گروه مشاهده نشد ($P=0/89$) و نمرات خودکارآمدی نیز در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($P=0/145$)؛ اما بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری در همه متغیرها بین دو گروه مشاهده شد ($P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی و سواد سلامت بر ارتقاء سبک زندگی داوطلبان سلامت مؤثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سالم، مداخله آموزشی، خودکارآمدی، سواد سلامت

مقدمه

سبک زندگی دربردارنده طیف کامل فعالیت‌هایی است که افراد در زندگی روزمره انجام می‌دهند. سبک زندگی سالم از منابع بارز کاهش بروز بیماری‌ها و عوارض ناشی از آن‌ها است و روشی جهت ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری با استرس است. همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه مراقبت‌های

بهداشتی است (۱). سازمان جهانی بهداشت اصطلاح سبک زندگی را الگوهای مشخص و قابل‌تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهم‌کنش اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی حاصل می‌شود (۲). بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری‌های قلب و عروق، انواع سرطان‌ها و اعتیاد که امروزه در اغلب

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: peymann@mums.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: نوشین پیمان

آدرس: مشهد، خیابان دانشگاه، دانشگاه ۱۸، دانشکده بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت تلفن: ۰۵۱۴۳۸۵۴۴۶۳۳ فاکس: ۰۵۱۳۸۵۲۲۷۵۵

کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، با دگرگونی‌های شیوه زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد. شیوه زندگی نامناسب همچنین یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز بیماری‌های مزمن از جمله سرطان کولون، پرفشاری خون، بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بیماری‌های قلبی-عروقی هستند (۳).

سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو عنوان کرد که در حال حاضر ۶۰ درصد از مرگ‌ومیر جهانی و ۸۰ درصد مرگ‌ومیر کشورهای در حال توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ درصد مرگ‌ومیر جهانی می‌رسد (۲). همچنین تا سال ۲۰۱۵ در پنج کشور بزرگ در حال توسعه، بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سکته مغزی و بیماری‌های قلبی-عروقی به ۱/۲۵ تریلیون دلار خواهد رسید (۴). با این حال سرمایه‌گذاری اساسی در مراقبت‌های بهداشتی به تشخیص و درمان بیماری اختصاص داده شده است و فراموش شده که بخش بزرگی از آن‌ها قابل پیشگیری هستند. به عنوان مثال ۶۵ تا ۸۰ درصد از بیماری‌های قلبی، ۷۵ تا ۹۰ درصد از دیابت نوع ۲ و ۲۰ تا ۳۰ درصد از تمام سرطان‌ها به دنبال یک رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت‌های فیزیکی و ترک سیگار قابل اجتناب هستند (۵). از آنجایی که رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است، به منظور تحت تأثیر قرار دادن عوامل مؤثر 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 می‌باشد (۶).

از این میان خودکارآمدی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در انجام رفتار به شمار می‌رود (۷). به نظر Bandura، خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در انجام عملی مشخص است و خودکارآمدی درک شده توسط فرد، مؤلفه‌ای مهم در عملکرد فرد است؛ چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی وی عمل می‌کند. او همچنین خودکارآمدی را عامل پیش‌بینی کننده مهمی در قصد افراد در انجام رفتارهای بهداشتی و توانایی قبول الگوهای بهداشتی رفتارهای مختلف می‌داند و معتقد است می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب جهت کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد. یک فرد با خودکارآمدی پایین، برای انجام رفتار بهداشتی جدید یا تغییر در رفتارش کمتر تلاش می‌کند. در واقع خودکارآمدی، اعتقاد مردم به قدرت کنترل وقایعی است که زندگی آن‌ها را متأثر می‌سازد. مردم محرک‌های ناچیزی برای رفتار خود دارند، مگر این که اعتقاد داشته باشند که نتایج مطلوب و مورد نظر به وسیله اعمالشان به دست می‌آید (۸). در فرآیند تغییر رفتار، ارتقای خودکارآمدی بسیار مهم است. تکرار در عملکرد، ساده کردن و تقسیم نمودن یک کار به مراحل کوچک، می‌تواند در انجام هر مرحله از کار، فرد را خودکفا کند و در نهایت به خودکارآمدی کامل منجر شود (۹).

مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی با رفتارهای مربوط به سلامت مختلفی همچون ترک سیگار، رژیم غذایی و انجام فعالیت جسمی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ارتباط دارد (۱۰-۱۲). یکی دیگر از عوامل مؤثر بر سلامت، سواد سلامت می‌باشد.

از نظر جغرافیایی فاصله قابل قبولی از یکدیگر داشتند و امکان تماس شرکت‌کنندگان با یکدیگر وجود نداشت.

جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از مطالعه مشابه (۱۶) اختلاف میانگین نمره رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی ۱۲ در نظر گرفته شد. انحراف معیار دو گروه مساوی ۲۱ و خطای نوع اول و دوم به ترتیب ۵ درصد و ۲۰ درصد در نظر گرفته شد. بدین ترتیب حجم نمونه ۲۵ نفر برای هر گروه تعیین شد که جهت دقت بیشتر به ۴۰ نفر افزایش پیدا کرد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل، تمایل به شرکت در مطالعه، داوطلب سلامت بودن، توانایی خواندن و نوشتن و معیارهای خروج شامل، قادر نبودن به پاسخگویی به سؤالات، انصراف از رابط بودن و عدم توانایی شرکت در جلسات آموزشی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از چهار پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه اول مربوط به مشخصات فردی داوطلبین سلامت (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و درآمد خانوار) بود.

جهت سنجش سبک زندگی از پرسشنامه استاندارد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی (Health-Promoting Lifestyle Profile II) استفاده شد.

این پرسشنامه یک مقیاس ۵۲ آیتی است که در مقابل هر آیت ۴ پاسخ وجود دارد (شامل هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) و ۶ بُعد تغذیه، فعالیت جسمی، معنویت، مسئولیت‌پذیری سلامتی، روابط بین فردی و مدیریت استرس را اندازه‌گیری می‌کند، که به ترتیب به هریک از آیت‌ها نمره (۴-۱) تعلق می‌گیرد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین ۵۲ تا ۲۰۸ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل‌محاسبه است. محمدی زیدی و

یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که سواد سلامت می‌تواند بر رفتارهای مربوط به سلامتی تأثیر داشته باشد (۱۳). سازمان جهانی بهداشت در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت، سواد سلامت را به صورت مهارت‌هایی شناختی و اجتماعی که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها گردد، معرفی نموده و آن را به عنوان یک تعیین کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته است (۱۴). موضوع سواد سلامت و در همین راستا داشتن جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم‌انداز ۲۰ ساله در دورنمای نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران تا سال ۱۴۰۴ بیان شده است (۱۵). با توجه به این که تاکنون در ایران برنامه مداخله‌ای با استفاده از استراتژی‌های سواد سلامت یا تئوری خودکارآمدی بر روی تمام حیطه‌های سبک زندگی انجام نشده است، این مطالعه باهدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه خودکارآمدی و استراتژی‌های سواد سلامت بر سبک زندگی سالم داوطلبین سلامت مراکز بهداشتی-درمانی نیشابور انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کار آزمایی با کد ثبت IRCT2016101628863N7 بود که بر روی ۸۰ داوطلب سلامت شهر نیشابور و به مدت ۶ ماه (از بهمن سال ۹۴ تا خرداد سال ۹۵) صورت پذیرفت. برای انتخاب نمونه‌ها از ۹ مرکز بهداشتی-درمانی، ۲ مرکز بهداشتی-درمانی انتخاب و به طور تصادفی با انجام قرعه‌کشی یکی به عنوان گروه مداخله و دیگری گروه کنترل در نظر گرفته شدند. این مراکز

همکاران طی مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۹۱ تا ۰/۶۴ گزارش کردند (۱۷). از نظر سطح‌بندی کسب امتیاز ۱۰۳-۰ (ضعیف)، ۱۵۵-۱۰۴ (متوسط) و ۲۰۸-۱۵۶ (سطح خوب) در نظر گرفته می‌شود (۱۸).

جهت سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (Sherer General Self-Efficacy scale) استفاده شد که شامل ۱۷ آیتم بر اساس مقیاس لیکرت ۱-۵ برای سنجش خودکارآمدی در انجام کارها می‌باشد. نمره بالای این آزمون خودکارآمدی قوی‌تر را نشان می‌دهد. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط براتی ارائه شده است (۱۹).

جهت سنجش سواد سلامت عملکردی از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (Test of Functional Health Literacy in Adults) TOFHLA استفاده شد که در ایران توسط بنی‌هاشمی طهرانی و همکاران روا و پایا گردید. این پرسشنامه دارای دو بخش درک خواندن و محاسبات است. پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ برای بخش محاسبات ۷۹ درصد و برای بخش درک خواندن ۸۸ درصد به دست آمد (۲۰).

بخش درک خواندن شامل سه متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برگه‌های بیمه‌نامه و یک برگه استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی بود که در قالب ۵۰ پرسش جای خالی ۴ گزینه‌ای تنظیم شده بود. به افراد برای پاسخ به این بخش ۲۰ دقیقه وقت داده شد. در بخش محاسبات، کارت‌هایی حاوی توضیح درباره برخی داروها، وقت ملاقات، مراحل دریافت کمک مالی و

یک مثال از نتیجه آزمایش قندخون به فرد داده شد. سپس پرسش‌های این بخش که مشتمل بر ۱۷ سؤال بود، مطرح و جواب پاسخ دهنده ثبت شد. برای پاسخ به بخش محاسبات ۱۰ دقیقه وقت داده شد و پس از اتمام این مدت، پرسشنامه‌ها حتی اگر ناتمام بودند، جمع‌آوری شدند. ۵۰ پرسش بخش درک خواندن هریک دارای ۱ امتیاز (در مجموع، ۵۰ امتیاز) بودند و امتیاز ۱۷ پرسش بخش محاسبات نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شد (با ضرب کردن امتیاز هر پرسش در عدد ۲/۹۴۱) امتیاز پرسشنامه از ۱۰۰ محاسبه شد. بر اساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد در سه سطح ناکافی (۰-۵۹)، مرزی (۶۰-۷۴) و کافی (۷۵-۱۰۰) طبقه‌بندی شد.

مدت زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه‌ها برای هر فرد حدود ۶۰ دقیقه بود. لازم به ذکر است که قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، اهداف طرح به تفصیل برای تک‌تک افراد جمعیت موردنظر توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه شفاهی و کتبی از داوطلبان، پرسشنامه‌ها تکمیل شد.

مداخله آموزشی بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون اولیه و تئوری خودکارآمدی طراحی و در چهار جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و مشاوره فردی، در گروه مداخله اجرا شد.

در جلسه اول، اطلاعات لازم برای ارتقای آگاهی ارائه گردید و بسته‌های آموزشی تهیه شده به فراگیران داده شد و از فراگیران خواسته شد تجارب موفقیت آمیز خود را در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت برای سایر شرکت‌کنندگان بیان کنند (موفقیت در عملکرد).

در جلسه دوم، جهت تقویت یادگیری مشاهده‌ای و

الگوسازی، از افراد موفق در زمینه داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خواسته شد تا تجارب خود را در اختیار سایرین قرار دهند. به همین منظور به عنوان مثال از یک رابط که خودش راه‌های مدیریت استرس را انجام داده بود دعوت شد تا به عنوان الگو برای سایرین تجارب خود را عنوان نماید و به سؤالات سایر داوطلبین سلامت شرکت کننده در کلاس پاسخ دهد (تجارب جانشینی و سرمشق‌گیری).

در جلسه سوم، جهت تشویق کلامی در جلسات تئوری، فراگیرانی را که در بحث شرکت داشتند مورد تشویق قرار می‌گرفتند. همچنین جهت ترغیب فراگیران در توانایی آن‌ها به انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت برای فراگیرانی که موفقیت زیادی در انجام این رفتارها نداشتند، مشاوره فردی انجام شد و از آن‌ها خواسته شد تصمیمات خود را در مراحل کوچک‌تر و دستیابی‌تر تنظیم کنند و با انجام موفقیت آمیز بخشی از برنامه تنظیم شده تشویق و ترغیب آن‌ها در حضور سایر فراگیران صورت می‌گرفت. همچنین در راستای این منظور برای فراگیرانی که تلفن همراه داشتند پیامک‌های ترغیب کننده ارسال می‌شد (تشویق کلامی).

در جلسه چهارم، به منظور دریافت حالات فیزیولوژیک که می‌توانست در افزایش حس خودکارآمدی به فراگیران کمک نماید به افراد اجازه داده شد تا افکار و احساسات خود را هنگام انجام فعالیت جسمی، تبعیت از رژیم غذایی سالم و انجام روش‌های مدیریت استرس عنوان نمایند و بدین ترتیب امکان بازخورد از وضعیت‌شان برای آن‌ها فراهم شد و افرادی که در این زمینه مشکل داشتند به طور رایگان توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی در مورد کنترل هیجانات و حالات خلقی و

فیزیولوژیک مورد مشاوره قرار گرفتند. در طول آموزش از استراتژی‌های ارتقاء سواد سلامت که شامل ارتقاء ارتباطات گفتاری، نوشتاری، ارتباطی، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی می‌باشد به شرح زیر، استفاده گردید (۲۱).

۱- جهت ارتقاء ارتباطات گفتاری از بیان ساده و شفاف در آموزش‌ها و در کتاب آموزشی استفاده گردید تا فهم آن برای افراد راحت‌تر باشد و در تمامی آموزش‌ها افراد به مشارکت در بحث و پرسش و پاسخ ترغیب شدند.

۲- جهت ارتقاء ارتباطات نوشتاری، مطالب کتابچه آموزشی و اسلایدها به صورت ساده حاوی جملات کوتاه و دقیق طراحی شد تا راحت‌تر قابل خواندن باشد. همچنین با توجه به افزایش درک مطالب از طریق تصاویر، در مطالب آموزشی از تصویر استفاده گردید.

۳- جهت ارتقاء مهارت ارتباطی، پژوهشگر سعی نمود با احوال‌پرسی، برقراری تماس چشمی، استفاده از زبان ساده و اصطلاحات غیرپزشکی، صحبت کردن آرام، تکرار نکات کلیدی، مشارکت داوطلبین سلامت در بحث و درخواست تکرار موارد آموزش داده شده از داوطلبین سلامت باعث ایجاد ارتباط مؤثر گردد.

۴- جهت توانمندسازی و بهبود سیستم حمایتی، در طول جریان آموزشی سعی و تلاش شد تا محیطی گرم و صمیمی ایجاد شود و از داوطلبین سلامت خواسته شد مطالب آموزشی را برای همسر خود بازگو کنند تا مورد حمایت همسر قرار گیرند.

ارزشیابی بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی و با استفاده از پرسشنامه، به صورت خودگزارش‌دهی انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

جهت بررسی دو گروه از نظر همگن بودن متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل و در مورد متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده گردید. برای مقایسه روند تأثیر آموزش در طول زمان پس از مرحله پیگیری از آنالیز واریانس مشاهدات تکراری برای متغیرهای نرمال و فریدمن برای متغیرهای غیر نرمال استفاده شد. در همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه در مجموع ۸۰ داوطلب سلامت شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله $37/77 \pm 7/10$ سال و در گروه کنترل $34/30 \pm 6/7$ سال بود و دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیر سن همگن بوده و اختلاف معناداری نداشتند ($P=0/34$). بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله آموزشی اختلاف معناداری در سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، نوع منزل مسکونی و سطح درآمد وجود نداشت و دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای کیفی دموگرافیک زنان داوطلب سلامت در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله آموزشی

متغیر	گروه مداخله (n=۴۰)	گروه کنترل (n=۴۰)	کل (درصد)	معنی‌داری
سطح تحصیلات	۱۴ (۳۵)	۱۶ (۴۰)	۳۰ (۳۷/۵)	P=۰/۷۵۱
	۱۱ (۲۷/۵)	۱۱ (۲۷/۵)	۲۲ (۲۷/۵)	
	۹ (۲۲/۵)	۱۰ (۲۵)	۱۹ (۲۲/۸)	
	۶ (۱۵)	۶ (۷/۵)	۱۲ (۱۱/۲)	
وضعیت شغلی	۳ (۷/۵)	۴ (۱۰)	۷ (۸/۸)	P=۰/۵
	۳۷ (۹۲/۵)	۳۶ (۹۰)	۷۳ (۹۱/۲)	
وضعیت تأهل	۳۴ (۸۵)	۳۶ (۹۰)	۷۰ (۸۷/۵)	P=۰/۳۶۹
	۶ (۱۵)	۴ (۱۰)	۱۰ (۱۲/۵)	
نوع منزل مسکونی	۶ (۱۵)	۵ (۱۲/۵)	۱۱ (۱۳/۸)	P=۰/۵۰
	۳۴ (۸۵)	۳۵ (۸۷/۵)	۶۹ (۸۶/۲)	
درآمد ماهیانه	۷ (۱۷/۵)	۹ (۲۲/۵)	۱۶ (۲۰)	P=۰/۸۴
	۲۴ (۶۰)	۲۳ (۵۷/۵)	۴۷ (۵۸/۸)	
	۹ (۲۲/۵)	۸ (۲۰)	۱۷ (۲۱/۲)	

نتایج پژوهش نشان داد خودکارآمدی، سبک زندگی و حیطة معنویت و تغذیه گروه مداخله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌دار داشت؛ اما در گروه شاهد این تفاوت معنی‌دار نبود. در شروع مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمره

خودکارآمدی، سبک زندگی و حیطة معنویت و تغذیه بین دو گروه وجود نداشت؛ اما بلافاصله بعد از مداخله و ۳ ماه بعد از مداخله (مرحله پیگیری) تفاوت معناداری مشاهده شد (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی، سبک زندگی سالم و حیطه معنویت و تغذیه زنان داوطلب سلامت در گروه‌های مداخله و کنترل قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله (مرحله پیگیری)

متغیر	گروه	پیش از مداخله انحراف معیار± میانگین	بلافاصله بعد از مداخله انحراف معیار± میانگین	مرحله پیگیری انحراف معیار± میانگین	P-Value*
خودکارآمدی	مداخله	۴۹/۳۰±۲/۹۷	۵۷/۶۲±۲/۵۹	۵۹/۴۲±۲/۳۳	<۰/۰۰۱
	کنترل	۴۳/۵۲±۲/۵۶	۴۵/۰۵±۲/۴۴	۴۴/۴۵±۲/۳۹	۰/۰۶۰
	**P-Value	۰/۱۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
معنویت	مداخله	۲۱/۳۷±۹/۴۷	۲۴/۴۷±۹/۹۱	۲۴/۸۲±۹/۴۴	<۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۰۷±۱۸/۳۲	۸/۳۱±۱۸/۷۵	۸/۲۱±۱۹/۰۲	۰/۱۲
	**P-Value	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۰۴	
تغذیه	مداخله	۳/۲±۱۱/۶۲	۴/۲±۱۴/۹۰	۳/۴±۱۹/۵	<۰/۰۰۱
	کنترل	۴/۴۵±۱۳/۲۲	۴/۰۲±۱۳/۸۷	۳/۶۴±۱۳/۹	۰/۰۷
	**P-Value	۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
سبک زندگی *	مداخله	۴۱±۸۱/۹۷	۳۶/۹۵±۱۱۰/۱	۳۴/۸±۱۱۳	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲۹/۹۲±۸۱/۶۲	۲۵/۷۶±۸۳/۱۵	۲۶/۲۳±۸۳/۹۰	۰/۰۶
	**P-Value	۰/۸۹	۰/۰۱	۰/۰۰۱	

* بر اساس آزمون آنالیز واریانس مشاهدات تکراری

** بر اساس آزمون تی مستقل

آزمون من ویتنی در مقایسه بین گروه مداخله و کنترل در شروع مداخله اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان نداد؛ اما بلافاصله بعد از مداخله و ۳ ماه بعد از مداخله (مرحله پیگیری) بین دو گروه اختلاف معنادار بود (جدول ۳).

در گروه مداخله اختلاف معناداری بین میانه سواد سلامت، حیطه مدیریت استرس، روابط بین فردی، فعالیت جسمی و مسئولیت‌پذیری سلامت طی مطالعه وجود داشت؛ اما در گروه کنترل اختلاف میانه طی مطالعه از لحاظ آماری معنادار نبود و تفاوتی در دوره‌های زمانی مورد بررسی مشاهده نشد. نتایج

جدول ۳: مقایسه میانه و دامنه چارکی سواد سلامت، حیطه مدیریت استرس، روابط بین فردی، فعالیت جسمی و مسئولیت‌پذیری سلامت زنان داوطلب سلامت در گروه‌های مداخله و کنترل قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله (مرحله پیگیری)

P-Value فردمن	مرحله پیگیری دامنه میان چارکی (میانه)	بلافاصله بعد از مداخله دامنه میان چارکی (میانه)	پیش از مداخله دامنه میان چارکی (میانه)	گروه	متغیر
					<۰/۰۰۱
۰/۱۶۸	۱۸/۱۸/۷۵	۱۷(۲۰)	۲۲(۲۰)	کنترل	
	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۵۶۳		P- Value من ویتنی
<۰/۰۰۱	۲۰/۱۴/۲۵	۱۵(۲۰)	۱۹(۱۵)	مداخله	روابط بین فردی
۰/۰۸	۱۴(۱۰)	۱۰(۱۵)	۱۲/۷۵(۱۶)	کنترل	
	۰/۰۱	۰/۰۱۴	۰/۲۱۸		P- Value من ویتنی
<۰/۰۰۱	۱۳/۵/۷۵	۶(۱۲)	۱۰(۹)	مداخله	مدیریت استرس
۰/۱۱۲	۴(۱۰)	۴(۱۰)	۴(۱۰)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۶۹		P- Value من ویتنی
<۰/۰۰۱	۸/۷۵(۱۱/۵)	۷/۵(۱۱)	۷/۷۵	مداخله	فعالیت جسمی
۰/۰۷۸	۳/۷۵(۷)	۴/۵(۸)	۴/۷۵(۷)	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۶۹		P- Value من ویتنی
<۰/۰۰۱	۱۷/۷۵(۶۸)	۱۴/۷۵(۶۳/۵)	۳۰/۵ (۵۶)	مداخله	سواد سلامت عملکردی (پرسشنامه تافلا)
۰/۰۷	۲۸(۴۲)	۲۸/۲۵(۴۰)	۲۸(۴۵)	کنترل	
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹		P- Value من ویتنی

بحث

در این مطالعه که با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی بر ارتقاء سبک زندگی سالم در زنان داوطلب سلامت انجام شد، استفاده از استراتژی‌های ارتقاء خودکارآمدی و سواد سلامت، منجر به افزایش معنادار نمره سبک زندگی سالم شد. مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره عملکرد زنان داوطلب سلامت در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله، در مقایسه با شروع مداخله در گروه مداخله افزایش معناداری داشته است؛ اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مطالعه امیری و همکاران نیز، مداخله آموزشی بر اساس مدل بزنف بر سبک زندگی سالم ۲۰۰ راننده تاکسی درون شهری شهر لنگرود باعث افزایش نمره سبک زندگی در گروه مداخله شد (۱). همچنین در مطالعه‌ای که به منظور تأثیر مداخله آموزشی بر سبک زندگی ۸۰ سالمند شهرستان اسلام‌شهر انجام شد نیز در گروه مداخله، ۳ ماه بعد از آموزش افزایش معنی‌داری در نمره سبک زندگی مشاهده شد (۲۲). در مطالعه دیگر که در آن ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران شرکت داشتند، نیز تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمره سبک زندگی در دو گروه مداخله و شاهد پس از آموزش گزارش گردید (۲۳).

در مطالعه حاضر پس از مداخله، در گروه مداخله افزایش نمرات رفتارها در ابعاد فعالیت جسمی، مدیریت استرس، تغذیه، معنویت، مسئولیت‌پذیری سلامتی و ارتباطات بین فردی مشاهده شد. در مطالعه پیمان و همکاران نیز که به منظور تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی در ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای

و کنترل وزن در دختران نوجوان دارای چاقی و اضافه وزن مدارس راهنمایی شهر رزن (همدان) انجام شد، نتایج نشان داد که درک خودکارآمدی باعث نگهداری و ارتقای رفتار می‌شود و آموزش می‌تواند بر خودکارآمدی رفتارهای خوردن تأثیرگذار باشد (۲۴). همچنین در مطالعه Wall و همکاران که بعنوان تأثیر مداخله آموزشی تغذیه بر بهبود مصرف سبزیجات در دانش‌آموزان پنسیلوانیا انجام دادند، پس از مداخله آموزشی، تفاوت معناداری در دانش، نگرش و خودکارآمدی دانش‌آموزان نسبت به مصرف سبزیجات گزارش شد (۲۵). در مطالعه Robinson-Whelen که برنامه ارتقاءدهنده سلامت با هدف توانمند سازی زنان دارای ناتوانی جسمی انجام شد، در گروه مداخله ارتقاء فعالیت‌های ارتقاءدهنده سلامت جسمی مشاهده گردید (۲۶). در مطالعه حیدری و همکاران نیز که به منظور بررسی تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران شهر زنجان در مرحله قبل از یائسگی انجام گرفت، نتایج نشان داد پس از مداخله، نمرات حیطه روابط اجتماعی و بین فردی، حیطه سلامت معنوی و حیطه مسئولیت‌پذیری سلامت در گروه مداخله افزایش معنی‌دار داشت (۱۶). ولی در مطالعه خاوشی و همکاران که بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر سبک زندگی سالمندان اسلام‌شهر انجام شد، میانگین نمرات حیطه روابط اجتماعی و بین فردی سالمندان در دو گروه مداخله و مقایسه قبل و پس از آموزش تفاوت معنی‌داری نداشت (۲۲).

در خصوص حیطه مدیریت استرس، همسو با نتایج مطالعه حاضر، باستانی نیز در مطالعه‌ای که باهدف بررسی تأثیر آموزش تنش‌زدایی بر پایه نظریه خودکارآمدی در بهداشت روانی زنان باردار شهر

تهران انجام داد، نشان داد که مداخله آموزشی تأثیر مثبتی بر کاهش میزان اضطراب حالت، اضطراب صفت و استرس درک شده داشت (۲۷). در مطالعه واحدیان عظیمی و همکاران که به منظور تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی تهران انجام شد، میانگین نمره مدیریت استرس در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه آموزشی افزایش یافت (۲۸). برخلاف نتایج به دست آمده، در مطالعه خاوشی و همکاران که بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر سبک زندگی سالمندان اسلامشهر انجام شد، میانگین نمرات حیطة مدیریت استرس سالمندان در دو گروه مداخله و مقایسه قبل و پس از آموزش تفاوت معنی داری نداشت (۲۲).

در این مطالعه، قبل از انجام مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی، میان میانگین نمره خودکارآمدی دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله آموزشی نمره گروه مداخله در این زمینه نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافت. در مطالعه مشابه که به منظور اتخاذ رفتار پیشگیری از ایدز در زنان آسیب پذیر و در معرض خطر مراجعه کننده به مراکز گذری کاهش آسیب های اجتماعی نکا و ساری با استفاده از تئوری خودکارآمدی انجام شد، نیز خودکارآمدی زنان در رابطه با استفاده از کاندوم به عنوان رفتار پیشگیری از ابتلا به ایدز پس از آموزش افزایش یافت (۲۹). در مطالعه جعفرنژاد و همکاران نیز که جهت بررسی تأثیر آموزش بر اعتماد به نفس مادری زنان نخست زا در مراقبت از شیرخوار روی ۶۱ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد انجام شد، استفاده از استراتژی های ارتقاء خودکارآمدی، منجر به

افزایش معنادار خودکارآمدی مادری شد (۳۰). نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده این است که نمره سواد سلامت در مرحله مداخله و در مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل، در گروه مداخله افزایش معناداری داشته است. همسو با نتایج حاضر در مطالعه پیمان و همکاران با عنوان ارتقاء سطح سواد سلامت و خودکارآمدی بیماران دارای بیماری مزمن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی از طریق آموزش سواد سلامت، تفاوت آماری معناداری در متغیر سواد سلامت بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد؛ ولی قبل از مداخله آموزشی در متغیر سواد سلامت اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد (۲۰). همچنین Cavanaugh و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که با مداخله در سطح مهارت های ارتباطی بیماران می توان سواد سلامت بیماران دیابتی و مراقبت از خود را بهبود بخشید (۳۱). مطالعه Kandula نیز نشان دهنده تأثیر مداخله آموزشی چند رسانه ای بر افزایش سطح سواد سلامت بیماران دیابتی نوع ۲ بود (۳۲).

از محدودیت های این پژوهش، می توان به نداشتن کنترل کامل محقق روی افراد تحت مطالعه و پیگیری نمونه ها به خصوص در زمینه تغذیه، تحرک فیزیکی و مدیریت استرس در منزل اشاره نمود. از دیگر محدودیت های این مطالعه می توان به تفاوت های فردی و ویژگی های شخصی افراد هنگام پاسخ دهی به پرسشنامه ها، میزان علاقه مندی به این برنامه و سایر فعالیت های آموزشی اشاره کرد که از کنترل پژوهشگر خارج بود.

پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده جهت ارتقاء رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم از مدل ها و نظریه های تغییر رفتار دیگر نیز استفاده شود. در این

جهت اتخاذ و تبعیت از رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم با بهره‌گیری از تئوری خودکارآمدی و استراتژی‌های ارتقاء سواد سلامت اجرا شوند، کارایی بیشتری خواهند داشت و باعث افزایش عملکرد افراد در اتخاذ سبک زندگی سالم می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۹۴۰۲۹۷ مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت بهداشتی نیشابور به دلیل همکاری صمیمانه جهت اجرای این مطالعه و از داوطلبین سلامت زن به دلیل شرکت در این مطالعه اعلام می‌دارند.

مطالعه ارزشیابی نهایی برنامه آموزشی طراحی و اجرا شده پس از ۱۲ هفته انجام گرفت که پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده جهت بررسی تداوم رفتار با پیگیری‌های طولانی‌تر انجام گیرند. در مطالعات آینده جهت تعیین سطح سواد سلامت استفاده از ابزارهای دیگر نیز توصیه می‌گردد. با توجه به این که در پژوهش حاضر مطالعه در زمینه سبک زندگی در داوطلبین سلامت زن انجام شده است پیشنهاد می‌شود در آینده مداخلات پژوهشی در مردان نیز انجام گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که ارتقاء خودکارآمدی و سواد سلامت زنان داوطلب سلامت بر عملکرد آن‌ها در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مؤثر است. بر اساس یافته‌های مطالعه، چنانچه مداخلات آموزشی

References

1. Amiri A, Rkshshany F, Farmanbar R. The effect of educational program based on BASNEF model on healthy lifestyle of taxi drivers in Langroud. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2014; 1(4):45-54. Persian
2. Rafiee A, Doostifar K, Tavasoli E, Alipour F, Hosseini H, Darabi T, et al. The lifestyle of married women referring to health centers in West of Ahvaz J Ilam Univ Med Sci 2013; 28(3): 1-9. Persian
3. Nilsaz M, Tavassoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezli M, Ghazanfari Z, et al. Study of Health-promotion behaviors and Life Style among students of Dezful Universities. J Ilam Univ Med Sci 2012; 20(4):1-5. Persian
4. Hosseinnejad M, Klantarzadeh M. Lifestyle among students of Islamic Azad University, Kerman branch based on the Pender's health promotion model. Health Education & Health Promotion 2014;1(4). Persian
5. Bully P, Sánchez Á, Zabaleta-del-Olmo E, Pombo H, Grandes G. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: a systematic review. Prev Med 2015;76 Suppl:S76-93.
6. 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 J Nurs 2011; 24 (70):39-48. Persian
7. Pour Vakhshoori N, Pasha A, Ghanbari A, Atrkar R. Relationship between demographic factors and health self-efficacy in academic staff of Guilan University of Medical Sciences. J Qom Univ Med Sci 2012; 16(1): 52-7. Persian
8. Vafadar Z, Reazei R, Navidian A. Effectiveness of motivational interviewing on self-efficacy life style efficacy related to weight in overweight or obese teenager boys. Journal of Behavioral Sciences 2014; 8 (2):185-93. Persian
9. Solhi M, Kazemi S S, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No.2 in Chaloos (2012). Razi Journal of Medical Sciences 2013; 20 (109):72-9. Persian
10. Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJ, Reijneveld SA. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. J Health Commun 2014;19 Suppl 2:61-76.
11. Chang MW, Brown RL, Baumann LJ, Nitzke SA. Self-efficacy and dietary fat reduction behaviors in obese African-American and white mothers. Obesity (Silver Spring) 2008;16(5):992-1001.

12. Robinson CH, Thomas SP. The interaction model of client health behavior as a conceptual guide in the explanation of children's health behaviors. *Public Health Nurs* 2004;21(1):73-84.
13. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF Jr. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health* 2012;102(5):923-9.
14. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad G. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2011; 7(4): 469-70. Persian
15. Ministry of Health and Medical Education. Map of Iran's Health System in 1404 [cited 2015 Jul 26]. http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_S&T%20Map-20%20PP-Final%20_89_10_14_.pdf
16. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. *Feyz* 2013; 17(1):14-24. Persian
17. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1):102-13. Persian
18. Heidari F, Mohammadkhan-Kermanshahi S. Health related lifestyle in Nurses. *Journal of Health & Care* 2012;14(3): 23-33. Persian
19. 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 [dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz; 1997. Persian
20. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the affecting factors: a study in five provinces of Iran. *Journal of Medical Education Development Center* 2007; 4(1):1-9.
21. Behzad F, Peyman N. Promoting the level of health literacy&self efficacy of chronic patients referred to health centers through educating health literacy for the staffs of health centers in Mashhad [dissertation]. Mashhad: Mashhad University of Medical Science; 2013. Persian
22. Khavoshi N, Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model. *Journal of Nursing Education* 2015; 3(4):19-28.
23. Bayat F, Shojaeizadeh D, Hossaini SM, Sadeghi R, Tol A. Effectiveness of educational program on lifestyle modification among type II diabetic patients. *J Health Syst Res* 2013; 8(7):1235-44. Persian
24. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Taghipour A, Esmaily H. Effect of education on the weight self-efficacy lifestyle among adolescent girls with overweight and obesity. *Armaghane Danesh* 2012; 17(2):117-28. Persian
25. Wall DE, Least C, Gromis J, Lohse B. Nutrition education intervention improves vegetable-related attitude, self-efficacy, preference, and knowledge of fourth-grade students. *J Sch Health* 2012;82(1):37-43.
26. Robinson-Whelen S, Hughes RB, Taylor HB, Colvard M, Mastel-Smith B, Nosek MA. Improving the health and health behaviors of women aging with physical disabilities: A peer-led health promotion program. *Womens Health Issues* 2006;16(6):334-45.
27. Bastani F, Haidarnia A, Vafaie M, Kazemnejad A, Kashanian M. The effect of relaxation training based on self-efficacy theory on mental health of pregnant women. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12 (2) :109-116. Persian
28. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 2(4): 127-32.
29. Ebrahimipour H, JalaliAkerdi B, Solhi M, Esmaeli H. Effect of educational intervention based on Self- Efficacy Theory (SET) on behavior of prevention of HIV/ AIDS in high risk women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;18(144):19-27. Persian
30. Jafarnejad F, Azmoudeh E, Mazloun SR, Reyhani T. The Effect of Self-Efficacy Training Package on Maternal Self-Confidence of Primiparous Women in Infant Care. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;17(104):18-28. Persian
31. Cavanaugh K, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A, Huizinga MM, Davis D, et al. Addressing literacy and numeracy to improve diabetes care: two randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2009;32(12):2149-55.
32. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Educ Couns* 2009;75(3):321-7.

The Effect of Educational Intervention based on the Self Efficacy and Health Literacy Theory on Health Promoting Lifestyles among Female Health Volunteers of Neyshabur, Iran

Masoomeh Jahani Eftekhari¹, Nooshin Peyman², Hassan Doosti³

Abstract

Background: The importance of health promoting behaviors are due to their potential role in preventing chronic diseases, reducing morbidity, improving quality of life and reducing health care burdens in the community. Health literacy and lifestyle are social determinants of health. This study was designed to determine the effect of educational intervention based on the Self Efficacy and health literacy Theory on the health promoting behavior of female health volunteers in Neyshabur, Iran.

Methods: This randomized clinical trial was conducted on 80 female health volunteers in Neyshabur. Participants were randomly divided into the two control and experimental groups. Data gathering tools were the Healthy Lifestyle questionnaire (HPLPII), Sherer General Self-Efficacy Scale and Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA). Educational intervention was conducted based on the self-efficacy theory and health literacy. The subjects in the intervention group received 4 sessions of 1 hour education on a weekly basis. Data analysis was done through SPSS16 and using Chi- square, Repeated Measures and Friedman Test.

Results: Before the intervention, there was no significant difference in mean score of lifestyle ($P=0.89$) and self-efficacy ($P=0.146$) between the two groups. But, after the intervention, the two groups showed significant difference in all variables ($P. 0.001$).

Conclusion: Educational intervention based on the self- efficacy and health literacy theory can promote healthy lifestyle among health volunteers.

Keywords: Healthy lifestyle, Education intervention, Self-efficacy, Health literacy

1- MSc Student, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Education & Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Nooshin Peyman **Email:** peymann@mums.ac.ir

Address: School of Health, Daneshgah 18 Street, Daneshgah Avenue, Mashhad

Tel: 05138544633 **Fax:** 05138522755