

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر وضعیت سلامت عمومی زنان شهرستان چالوس

مهناز صلحی^۱، سیده سمیه کاظمی^۲، جمشید یزدانی^۳

چکیده

مقدمه: خودکارآمدی یکی از عواملی است که در ارتقاء سلامت عمومی مؤثر است. هدف این مطالعه، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر وضعیت سلامت عمومی زنان است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مداخله‌ای است که روی ۱۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی انجام شد که به طور تصادفی انتخاب و به دو گروه ۶۵ نفره مداخله و شاهد تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های استاندارد سلامت عمومی (GHQ-28) و خودکارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale) بود. مداخله آموزشی بر اساس نتایج آزمون اولیه و تئوری خودکارآمدی، طراحی و در دو جلسه آموزشی ۶۰ و ۵۵ دقیقه‌ای با روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش عملی، هدایت و راهنمایی، مشاوره و دادن پمفلت در گروه آزمون اجرا شد. یک ماه بعد از مداخله، آزمون ثانویه انجام شد، داده‌های به دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ با استفاده از آزمون‌های کای دو، ضریب همبستگی، تی مستقل و فیشر تجزیه و تحلیل و با نتایج آزمون اولیه مقایسه شد.

نتایج: قبل از مداخله، دو گروه از نظر میانگین نمره‌های سلامت عمومی، خودکارآمدی و ابعاد سلامت عمومی تفاوت معنادار نداشتند، اما بعد از مداخله تفاوت معنادار بود ($P=0/0001$ ، $P=0/045$ و $P=0/0001$). پس از مداخله میان سلامت عمومی با خودکارآمدی همبستگی منفی معنادار، میان خودکارآمدی با تعداد فرزندان همبستگی منفی معنادار و میان سلامت عمومی با تعداد فرزندان همبستگی مثبت معنادار مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: در طراحی مداخلات برای ارتقاء سلامت عمومی زنان بهتر است بر افزایش خودکارآمدی آنان تمرکز کرد.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، خودکارآمدی، زنان، مداخله آموزشی

مقدمه

زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده‌ها و فعالان جامعه‌اند و سلامت آنان، پایه سلامتی نیمی از جمعیت، خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهد (۱). اهمیت جایگاه زن در جامعه و نقش آن‌ها در توسعه همه جانبه کشور بر کسی پوشیده

نیست و اطلاع از وضعیت بهداشت و سلامت آن‌ها و نیز عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت اصلاح وضعیت پیشرفت آن‌ها قرار گیرد (۲). امروزه سلامت و رفاه زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق

۱- دانشیار، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، شبکه بهداشت و درمان چالوس، واحد بیماری‌ها، چالوس، ایران

۳- استادیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

انسانی شناخته شده، بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روز افزون یافته است. مسئولیت و نقش‌های چندگانه و متعدد زنان سلامت آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد. در بسیاری از جوامع زنان بار مضاعفی را تحمل می‌کنند و از آن‌ها انتظار می‌رود که هم مسئول کارهای خانه باشند و به نیازهای همسر و فرزندان و گاهی خویشاوندان دیگر رسیدگی کنند و هم در بیرون خانه برای کسب درآمد کار کنند. با توجه به مسئولیت‌های سنگین زنان در جامعه و با توجه به محوری بودن نقش آن‌ها در تحکیم خانواده و نقش پررنگ آن‌ها در اجتماع، ضروری است جهت تأمین بهداشت و سلامت این گروه کوشش نمود. سلامت زنان در برگیرنده رفاه جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی و معنوی آن‌ها است و تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارد (۱).

نقش زنان در مراقبت از خود و در منزل از کودکان، سالمندان، بیماران و معلولان بسیار با اهمیت بوده و حضور گسترده آنان در فعالیت‌های بهداشتی رسمی، مردمی و داوطلبانه نقش مؤثری در موفقیت‌های بهداشتی جامعه و نظام سلامت دارد. محققان بر این باورند که دستیابی به توسعه بهداشت و سلامت در جهان بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی در ابعاد گوناگون برنامه‌های بهداشت و توسعه ممکن نیست (۲،۳). تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و نقص عضو نیست (۴). با وجود آن که آمارها حاکی از طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان است و لیکن کیفیت زندگی آنان به گونه‌ای جدی دچار مشکل می‌باشد. زنان به نسبت بیش از

مردان دچار عوارض حاد، شرایط مزمن و معلولیت‌های طولانی مدت و کوتاه مدت می‌گردند (۵). سلامت زنان تحت تأثیر عوامل بیولوژیک روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیست قرار می‌گیرد و در نتیجه پدیده‌ای است که از دوران جنینی شروع شده است و سپس هر مرحله (شیرخوارگی، کودکی، نوجوانی، جوانی، سال‌های باروری و کهولت) روی مرحله قبل بنا می‌شود (۱).

در مطالعه‌ای که توسط شاهرخی در مورد وضعیت سلامت عمومی زنان کارگر کارخانه‌های قزوین انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که زنان به نوعی دچار اختلال وضعیت سلامت عمومی بودند (۶). در پژوهشی که توسط Marianne و همکاران در مورد درک زنان از سلامت عمومی‌شان، با اشاره به خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد، به این نتیجه دست یافتند که افزایش دانش زنان در زمینه خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی باعث افزایش رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه و تست‌های پیشگیرانه که توسط پزشکان زنان انجام می‌شود، می‌گردد (۷). در مطالعه‌ای با عنوان اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقاء سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله که توسط قنبری زرنیدی و گودرزی انجام شد، تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب بهبود ابعاد سلامت عمومی شامل وضعیت جسمانی، اضطراب، افسردگی و سلامت روانی شده است. اما در بُعد کارکرد اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۸).

از جمله عواملی که منجر به ارتقاء سلامت عمومی زنان می‌شود خودکارآمدی است. خودکارآمدی اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف

فن آوری انجام شد، یافته‌ها اهمیت منابع خودکارآمدی درک شده را برای زنان در حوزه‌های مردگرا نشان می‌دهد. براساس نتایج این مطالعه خودکارآمدی منجر به استقامت و قابلیت انعطاف پذیری مورد نیاز برای غلبه بر موانع علمی و حرفه‌ای می‌شود (۱۵).

بنابر نظر Fitzgerald درک احساس خودکارآمدی از دو اصل مهم تشکیل شده که عبارت است از انتظارات ادراکات فرد از توانایی‌هایش برای انجام رفتار خاص و انتظارات پیامد یعنی معتقد بودن به این امر که انجام رفتار خاص منجر به یک پیش آگهی مناسب خواهد شد (۱۶). حس خودکارآمدی بالا باعث تلاش، مقاومت و انعطاف بیشتری می‌شود. افراد با خودکارآمدی بالا معتقدند که قادرند به طور مؤثری از رویدادهای زندگی خود تأثیر گرفته و نسبت به کسانی که خودکارآمدی پایین‌تری دارند انتظار موفقیت بیشتری دارند (۱۲).

با توجه به اهمیت سلامت زنان و کم بودن مطالعات مداخله‌ای تئوری محور درباره سلامت عمومی زنان، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی براساس تئوری خودکارآمدی بر وضعیت سلامت عمومی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ شهر چالوس انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۹۱ در مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس انجام شد. ۱۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده برای دریافت خدمات به این مرکز به روش تصادفی ساده از روی فهرست ثبت شده در مرکز انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش، تمایل زنان به شرکت در مطالعه و عدم ابتلا به بیماری مزمن و معیار خروج از پژوهش، عدم تمایل

خاص است. یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی‌اش برای اقدام و تأثیرگذاری است (۹). خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم از مفاهیم یادگیری اجتماعی، اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط Bandura مطرح گردید (۱۰). خودکارآمدی اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. این مفهوم، میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد. در فرآیند تغییر رفتار، ارتقاء خودکارآمدی بسیار قابل اهمیت است. تکرار در عملکرد، ساده کردن و تقسیم نمودن یک کار به مراحل کوچک، می‌تواند در انجام هر مرحله از کار، فرد را خودکفا نموده و در نهایت به خودکارآمدی کامل منجر گردد (۱۱).

Bandura معتقد است قضاوت افراد درباره توانمندی‌های خود (خودکارآمدی) تابع حالات جسمانی است که آن‌ها نیز به نوبه خود متأثر از حالات عاطفی شخص و به طور کلی کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن هستند. هیجانات منفی مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگی سبب می‌شود که افراد در انجام وظایف، توانایی‌های خود را دست کم بگیرند که این در واقع مفهوم خودکارآمدی پایین است. بالعکس، خودکارآمدی پایین نیز باعث می‌شود که حالات روحی و روانی مانند خستگی، عصبانیت و درد و رنج در فرد به وجود آید و منجر به نقصان کیفیت زندگی او شوند (۱۲). به گفته Bandura چهار منبع عمده برای خودکارآمدی وجود دارد که عبارتند از تجربیات موفق قبلی، تجارب جانشینی، تشویق کلامی و برانگیختگی عاطفی (۱۳، ۱۴). در مطالعه‌ای که توسط Zedlin و Pajares در زمینه باورهای خودکارآمدی زنان در مشاغل ریاضی، علمی و

زنان به شرکت در مطالعه و ابتلا به بیماری مزمن بوده است. زنان انتخاب شده به طور تصادفی ساده به دو گروه ۶۵ نفره مداخله و شاهد تقسیم شدند. به منظور پیشگیری از تورش احتمالی، زنان انتخاب شده در دو گروه، از بین زنان مراجعه کننده به واحدهای مختلف در روزهای متفاوت بودند و کلاس‌هایشان در روزهای مختلف برگزار می‌شد تا دو گروه با یکدیگر ارتباط نداشته باشند.

وضعیت سلامتی و خودکارآمدی زنان مورد بررسی با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale) مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی و خودکارآمدی براساس آزمون محتوا (بررسی ده نفر از متخصصین) کسب شد و پایایی این دو پرسشنامه در یک مطالعه مقدماتی با تکمیل دو بار پرسشنامه با فاصله زمانی ده روز، روی ۱۰ نفر از زنان مشابه نمونه و با استفاده از آزمون مجدد (سلامت عمومی $r=0/82$ و خودکارآمدی عمومی $r=0/84$) و آزمون آلفای کرونباخ (سلامت عمومی $r=0/83$ و خودکارآمدی $r=0/81$) کسب شد.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین برای سلامت عمومی و خودکارآمدی در دو گروه غیر وابسته استفاده شد. به فرض این که انحراف معیار این دو شاخص ۵ و تفاوت میانگین‌های سلامت عمومی و میانگین‌های خودکارآمدی دو گروه براساس مطالعه مقدماتی ۳ و ۲/۵ باشد، همچنین خطای نوع اول و دوم به ترتیب ۰/۰۵ و ۰/۲ باشند، به طور جداگانه برای سلامت عمومی و خودکارآمدی دو عدد به دست آمد که با در نظر گرفتن عدد بزرگ‌تر، تعداد نمونه ۶۲ نفر به عنوان حداقل حجم

نمونه انتخاب شد. در این مطالعه تعداد کل نمونه در هر گروه ۶۵ نفر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های استاندارد سلامت عمومی و خودکارآمدی است. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) از جمله ابزارهای غربالگری مورد استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی است که شامل ۲۸ سؤال است که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شد و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز بهداشتی و موقعیت‌های مختلف بود. این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به‌سزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است (۱۷). این پرسشنامه توسط Goldberg و Hillier در سال ۱۹۷۹ تکمیل و تدوین یافت و سؤال‌های آن در برگرفته ۴ مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است (۱۸). نوع سؤالات چهار گزینه‌ای (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد) است. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه سلامت عمومی وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۰-۱) نمره داده می‌شود و حداکثر نمره آزمودنی ۲۸ خواهد شد. روش دیگر روش نمره گذاری لیکرت است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شود و حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ خواهد شد. بر این اساس کسب امتیاز ۰ تا ۲۷ نشانه سلامت عمومی مطلوب، ۲۸ تا ۵۵ نشانه سلامت عمومی تا حدی مطلوب، ۵۶ تا ۸۴ نشانه سلامت عمومی در حد نامطلوب است (۱۷). در مطالعه پالاهنگ و همکاران به منظور اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، ضریب پایایی پرسشنامه

۰/۹۱ بوده است (۱۹). در این مطالعه روش نمره گذاری لیکرت مد نظر قرار گرفت.

برای سنجش خودکارآمدی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale) به کار گرفته شد. این پرسشنامه توسط نظامی در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در مطالعات متعددی نیز در ایران به کار گرفته شده است. این مقیاس شامل ۱۰ سؤال است که پاسخ آن به صورت گزینه-های اصلاً صحیح نیست، به سختی صحیح است، تقریباً صحیح است و کاملاً صحیح است می‌باشد و از ۱ تا ۴ درجه بندی شده است. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر است (۲۰). نحوه امتیازبندی Schwarzer براساس رتبه بندی چهار درجه ای لیکرت انجام شده است. بدین ترتیب در مقیاس ۱۰ سؤالی دامنه امتیازات بین ۱۰ تا ۴۰ خواهد بود. نمرات بین ۱۰ تا ۲۰ به عنوان خودکارآمدی پایین، نمرات بین ۲۱ تا ۳۰ به عنوان خودکارآمدی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به عنوان خودکارآمدی بالا در نظر گرفته شده است (۲۱).

پرسشنامه‌ها توسط افراد نمونه در مدتی حدود پانزده دقیقه تکمیل شد و پرسشگر کارشناس ارشد آموزش بهداشت بود. مداخله آموزشی براساس نتایج به دست آمده از آزمون اولیه و تئوری خودکارآمدی با تکیه بر استفاده از افرادی که در این زمینه تجارب موفق داشتند، ایجاد تجارب جانشین، ترغیب کلامی و حالات عاطفی و جسمی طراحی و در دو جلسه آموزشی ۶۰ و ۵۵ دقیقه‌ای با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش عملی، هدایت و راهنمایی، مشاوره و دادن پمفلت در گروه آزمون اجرا شد. مداخله در زنان گروه آزمون در گروه‌های پنج تا ده

نفره اجرا شد.

اطلاعات به دست آمده قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ وارد شد و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی مانند توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و روش‌های آماری تحلیلی شامل آزمون کای دو، ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، تی زوجی، آنالیز واریانس و فیشر جهت بررسی رابطه بین متغیرها، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی از توزیع نرمال برخوردار بودند.

کسب رضایت‌نامه کتبی، محفوظ ماندن نام افراد و اطلاعات آن‌ها در این مطالعه لحاظ شد. همچنین در پایان مطالعه، مداخله آموزشی به طور خلاصه در مدت یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه کنترل ارایه و به آن‌ها پمفلت مربوطه داده شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله $28/64 \pm 5/59$ و در گروه کنترل $32/09 \pm 8/39$ بود و آزمون تی مستقل تفاوت معناداری بین دو گروه از این نظر نشان نداد. میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان در گروه آزمون $1/21 \pm 1/0$ و در گروه کنترل $0/90 \pm 0/94$ بود و با استفاده از آزمون تی مستقل میان دو گروه از این جهت تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین دو گروه از نظر دیگر متغیرهای زمینه‌ای تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک در زنان مورد مطالعه

آزمون کای دو P-value	گروه کنترل		گروه آزمون		مشخصات دموگرافیک	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۵۷	۳۰/۸	۲۰	۳۵/۴	۲۳	شاغل	شغل
	۶۹/۲	۴۵	۶۴/۶	۴۲	خانه‌دار	
۰/۲۶	۲۳/۱	۱۵	۱۳/۸	۹	مجرد	وضعیت تأهل
	۷۶/۹	۵۰	۸۴/۱	۵۵	متأهل	
	۰	۰	۱/۵	۱	مطلقه	
۰/۶۶	۱۶/۹	۱۱	۲۳/۱	۱۵	ابتدایی و راهنمایی	وضعیت تحصیلات
	۴۰	۲۶	۳۸/۵	۲۵	متوسطه	
	۴۳/۱	۲۸	۳۸/۵	۲۵	دانشگاهی	
۰/۳۷	۶۷/۷	۴۴	۶۶/۲	۴۳	۲۰-۳۰	سن
	۳۰/۸	۲۰	۳۰/۸	۲۰	۳۱-۴۰	
	۱/۵	۱	۳	۲	۴۱-۵۰	
۰/۱۱	۴۱/۵	۲۷	۲۷/۷	۱۸	بدون فرزند	تعداد فرزندان
	۵۰/۸	۳۳	۶۰	۳۹	یک یا دو فرزند	
	۷/۷	۵	۱۲/۳	۸	سه فرزند و بیشتر	
	۱۰۰	۶۵	۱۰۰	۶۵	جمع	

مداخله در مقایسه با گروه شاهد افزایش معنادار داشت (جدول ۲).

قبل از مداخله براساس آزمون تی مستقل دو گروه از نظر میانگین نمرات سلامت عمومی و خودکارآمدی تفاوت معناداری نداشتند، اما بعد از مداخله میانگین نمرات سلامت عمومی و خودکارآمدی در گروه

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی و خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

Independent t- test P-value	بعد از مداخله		Independent t- test P-value	قبل از مداخله		متغیر
	انحراف معیار \pm میانگین			انحراف معیار \pm میانگین		
	گروه کنترل	گروه آزمون		گروه کنترل	گروه آزمون	
۰/۰۰۱	۲۲/۴۳ \pm ۱۳/۶۹	۱۲/۸۶ \pm ۷/۸۳	۰/۴۲	۲۲/۹۳ \pm ۱۴/۴۹	۱۹/۰۶ \pm ۱۳/۵۷	سلامت عمومی
۰/۰۴۵	۲۸/۷۵ \pm ۵/۷۶	۳۳/۸۱ \pm ۴/۴۱	۰/۶۰	۲۸/۲۳ \pm ۶/۰۷	۳۱/۳۶ \pm ۵/۴۹	خودکارآمدی

در جدول ۳ نتایج مقایسه میانگین و انحراف معیار از مداخله در هر گروه آورده شده است. نمرات سلامت عمومی و خودکارآمدی قبل و بعد

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی و خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

Paired t- test P-value	گروه کنترل		Paired t- test P-value	گروه آزمون		متغیر
	انحراف معیار \pm میانگین			انحراف معیار \pm میانگین		
	بعد از مداخله	قبل از مداخله		بعد از مداخله	قبل از مداخله	
۰/۶۶	۲۲/۴۳ \pm ۱۳/۶۹	۲۲/۹۳ \pm ۱۴/۴۹	۰/۰۰۱	۲۲/۹۳ \pm ۱۴/۴۹	۱۹/۰۶ \pm ۱۳/۵۷	سلامت عمومی
۰/۱۴	۲۸/۷۵ \pm ۵/۷۶	۳۳/۸۱ \pm ۴/۴۱	۰/۰۰۱	۲۸/۲۳ \pm ۶/۰۷	۳۱/۳۶ \pm ۵/۴۹	خودکارآمدی

برخوردار بودند. همچنین پس از مداخله براساس آزمون کای دو، وضع دو گروه از نظر دسته‌بندی خودکارآمدی تفاوت معنادار داشت و ۸۶/۲ درصد از زنان گروه مداخله در برابر ۴۷/۷ درصد از زنان گروه شاهد از خودکارآمدی خوبی برخوردار بودند (جدول ۴).

همچنین قبل از مداخله براساس آزمون کای دو، دو گروه از نظر دسته‌بندی سلامت عمومی (مطلوب، تا حدی مطلوب، نامطلوب) و دسته‌بندی خودکارآمدی (ضعیف، متوسط، خوب) نیز اختلاف معنادار نداشتند، اما بعد از مداخله وضع دو گروه از نظر دسته‌بندی نمره سلامت عمومی تفاوت معنادار داشت و ۹۳/۸ درصد زنان گروه مداخله در برابر ۶۹/۲ درصد زنان گروه شاهد از سلامت عمومی خوب

جدول ۴: مقایسه دسته‌بندی نمره سلامت عمومی و خودکارآمدی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

آزمون کای دو P-value	کنترل		آزمون		دسته‌بندی
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	
۰/۰۰۱	۴۵	۴۵	۶۱	۴۸	سلامت عمومی مطلوب
	۱۶	۱۷	۴	۱۵	سلامت عمومی تا حدی مطلوب
۰/۰۰۱	۴	۳	۰	۲	سلامت عمومی نامطلوب
	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	جمع
۰/۰۰۱	۵	۶	۱	۱	خودکارآمدی ضعیف
	۲۹	۳۲	۸	۲۱	خودکارآمدی متوسط
۰/۰۰۱	۳۱	۲۷	۵۶	۴۳	خودکارآمدی خوب
	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	جمع

افسردگی در دو گروه قبل از مداخله نیز تفاوت معناداری نداشت. اما بعد از مداخله براساس آزمون

میانگین نمره ابعاد سلامت عمومی شامل شکایات جسمانی، خواب و اضطراب، کارکرد اجتماعی و

تی مستقل میان نمرات میانگین ابعاد سلامت عمومی در دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شد (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین‌های ابعاد سلامت عمومی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

Independent t- test P-value	بعد از مداخله		Independent t- test P-value	قبل از مداخله		متغیر
	انحراف معیار \pm میانگین			انحراف معیار \pm میانگین		
	گروه کنترل	گروه آزمون		گروه کنترل	گروه آزمون	
۰/۰۰۰۱	۵/۸۹ \pm ۳/۸۰	۳/۷۳ \pm ۲/۳۹	۰/۲۹	۶/۰۹ \pm ۴/۰۶	۵/۳۳ \pm ۴/۰۱	شکایت جسمانی
۰/۰۰۰۱	۵/۸۷ \pm ۴/۴۱	۳/۴۳ \pm ۳۳/۱۶	۰/۲۲	۶/۰۶ \pm ۴/۶۶	۵/۰۳ \pm ۴/۹۵	خواب و اضطراب
۰/۰۰۰۱	۷/۲۰ \pm ۳/۲۲	۴/۶۰ \pm ۲/۴۷	۰/۳۵	۷/۳۰ \pm ۳/۳۶	۶/۷۳ \pm ۳/۵۸	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۳/۴۴ \pm ۴/۲۶	۱/۰۹ \pm ۱/۵۷	۰/۳۳	۳/۴۷ \pm ۴/۷۰	۱/۹۵ \pm ۳/۲۰	افسردگی

کمتر، سلامت عمومی بهتر و خودکارآمدی بیشتر مشاهده شد. اما رابطه معنی‌داری میان سلامت عمومی با شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و همچنین خودکارآمدی با شغل و وضعیت تأهل، سطح تحصیلات مشاهده نشد (جدول ۶).

بعد از مداخله با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون میان سلامت عمومی و خودکارآمدی همبستگی منفی $r = -0.057$ ($P = 0.0001$)، میان سلامت عمومی و تعداد فرزندان همبستگی مثبت $r = 0.31$ ($P = 0.01$) و میان خودکارآمدی و تعداد فرزندان همبستگی منفی $r = -0.26$ ($P = 0.03$) مشاهده شد. بدین صورت که در زنان دارای فرزند

جدول ۶: بررسی همبستگی پیرسون میان متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمون بعد از مداخله

متغیر	سن	تعداد فرزند	نمره خودکارآمدی	نمره
نمره خودکارآمدی	$r = -0.174$	-0.263	-	
P.value	۰/۱۶۶	۰/۰۳۴		
نمره سلامت عمومی	$r = 0.129$	0.316	-0.574	-
P.value	۰/۳۰۶	۰/۰۱۰	۰/۰۰۰۱	

و اضطراب $P = 0.01$ ، کارکرد اجتماعی $P = 0.02$ و افسردگی $P = 0.01$. همچنین مقایسه میانگین نمرات افسردگی و کارکرد اجتماعی در زنان مجرد و متأهل با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد میان افسردگی و کارکرد اجتماعی با وضعیت تأهل

پس از مداخله، مقایسه میانگین نمرات ابعاد سلامت در دو گروه سنی ۲۰-۳۰ و ۴۰-۳۱ براساس آزمون تی مستقل نشان داد که گروه سنی ۲۰-۳۰ سال از وضعیت مطلوب‌تری در همه ابعاد سلامت عمومی برخوردار بود (شکایات جسمانی $P = 0.01$ ، خواب

رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد ($P=0/03$) و مجرد بیشتر بود و زنان شاغل کارکرد اجتماعی نامطلوب‌تری داشتند. آزمون رگرسیون خطی نیز نشان داد از بین سازه‌های دارای همبستگی معنی‌دار با سلامت عمومی (شامل خودکارآمدی و تعداد فرزند)، خودکارآمدی به تنهایی تا ۳۷ درصد قادر به پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی بود ($P<0/0001$)، $R^2=0/37$ و با افزودن متغیر تعداد فرزندان میزان پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی فقط تا ۳۹ درصد افزایش یافت ($R^2=0/39$, $P<0/0001$).

بحث

پژوهش‌های انجام شده در ایران، نشان می‌دهند جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می‌برند و از وضعیت مساعد سلامتی برخوردار نبوده و همگام با زنان دیگر کشورها، اختلالات و آسیب‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی متعددی را تجربه می‌کنند (۲۲). خودکارآمدی یک درک رفتاری است که احتمال التزام به یک برنامه کاری و رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد (۲۳) و نقش اساسی در پذیرش، حفظ و دوام رفتارها دارد و مهم‌ترین فاکتور شخصی در تغییر رفتار می‌باشد (۲۴).

در این مطالعه، دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معنادار نداشتند و قبل از انجام مداخله آموزشی براساس تئوری خودکارآمدی، میان میانگین نمره سلامت عمومی دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. اما بعد از مداخله آموزشی نمره گروه مداخله در این زمینه نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش یافت که با نتایج مطالعه Stuijbergen و همکاران در زمینه

تأثیر مداخله به منظور ارتقاء خودکارآمدی برای ارتقاء رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان دارای سندرم فیبرومیالژیا همخوانی دارد (۲۵). بدین صورت که ارتقاء خودکارآمدی در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نقش دارد. این یافته نشان دهنده تأثیر مداخله انجام شده بر ارتقاء وضع سلامت عمومی زنان مورد بررسی است.

همچنین قبل از انجام مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمره خودکارآمدی وجود نداشت. در حالی که بعد از مداخله آموزشی نمره گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش یافت که با یافته‌های مطالعه مرادی و همکاران با عنوان اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه زنان دچار ناتوانی جسمی - حرکتی (۲۶) و مطالعه Bernal با عنوان همبستگی خودکارآمدی و خود مراقبتی در میان بزرگسالان اسپانیایی مبتلا به دیابت همخوانی دارد (۲۷). این یافته‌ها بر تأثیر مداخله به کار رفته بر ارتقاء خودکارآمدی زنان مورد بررسی تأکید دارد. در مطالعه حاضر قبل از مداخله، دو گروه از نظر دسته‌بندی سلامت عمومی (مطلوب، تا حدی مطلوب، نامطلوب) و دسته‌بندی خودکارآمدی (ضعیف، متوسط، خوب) تفاوت معنی‌داری نداشتند، اما بعد از مداخله آموزشی این دسته‌بندی در گروه مداخله به طور معناداری بهبود یافت. به طوری که ۹۳/۸ درصد از سلامت عمومی مطلوب و ۸۶/۲ درصد از خودکارآمدی خوب برخوردار شدند. بنابراین مداخله براساس تئوری خودکارآمدی می‌تواند در ارتقاء دسته‌بندی سلامت عمومی و خودکارآمدی مؤثر باشد.

در مطالعه حاضر قبل از مداخله میانگین نمره ابعاد سلامت عمومی شامل شکایات جسمانی، خواب و اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشت. اما بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مداخله و کنترل از این جهت اختلاف معنادار مشاهده شد. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه قبلی و گودرزی با عنوان اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقاء سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله همخوانی دارد، البته در مطالعه قبلی بعد کارکرد اجتماعی بر اثر مداخله به کار رفته افزایش نیافته بود (۸) که می‌تواند به تفاوت شرایط زمانی و مکانی پژوهش و افراد نمونه مرتبط باشد. بنابراین مداخله براساس تئوری خودکارآمدی در ارتقاء وضع ابعاد سلامت عمومی در زنان مورد بررسی مؤثر بوده است.

در این پژوهش بین سلامت عمومی و خودکارآمدی همبستگی معکوس مشاهده شد. بدین صورت که با افزایش نمره خودکارآمدی، نمره سلامت عمومی کاهش می‌یافت به عبارتی دیگر وضعیت سلامت عمومی بهتر می‌شد که با یافته‌های مطالعه Legato تحت عنوان بررسی درک زنان از وضعیت سلامت عمومی شان همخوانی دارد (۷). این یافته بر این واقعیت تأکید دارد که با بهبود خودکارآمدی زنان مورد بررسی، سلامت عمومی آنان ارتقاء می‌یابد.

در این مطالعه بین افسردگی و وضعیت تأهل زنان مورد بررسی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت به این صورت که نمره افسردگی در زنان مجرد بالاتر بود. شاید در زنان مجرد (به ویژه آنان که تنها زندگی می‌کنند) به علت این که از حمایت‌های روانی و عاطفی کمتری برخوردارند، احتمال بروز افسردگی بیشتر است. این یافته با نتایج مطالعه

شاهرخی در بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان کارگر کارخانه‌های قزوین همخوانی داشت (۶). در مطالعه حاضر زنان شاغل از کارکرد اجتماعی نامطلوب‌تری برخوردار بودند که با نتایج مطالعه شاهرخی با عنوان بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان کارگر کارخانه‌های قزوین همخوانی دارد (۶). به نظر می‌رسد زنان شاغل با توجه به حجم و زمان کار روزانه برای اجرای سایر مسئولیت‌ها و وظایف (به عنوان همسر و مادر) گاهی فشار زیادی را متحمل می‌شوند و این امر عملکردهای اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. Larsen نیز معتقد است زنان شاغل گذشته از وظایف شغلی که گاه پرخطر و همراه با احتمال آسیب و اختلال بیش‌تری نسبت به مردان است، مسئولیت عمده‌ای در قبال فعالیت‌های بدون مزد خانگی دارند و این امر باعث فرسودگی آن‌ها می‌شود (۲۸).

در این پژوهش گروه سنی ۳۰-۲۰ سال از سلامت عمومی مطلوب‌تر در همه ابعاد سلامت عمومی برخوردار بودند. ولی در مطالعه اپیدمیولوژیک وضعیت سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال در جامعه شهری و روستایی شهرستان بروجن چنین نبود (۲۹). همچنین مطالعه شریفی و همکاران با عنوان سلامت روان و ارتباط آن با متغیرهای جمعیتی در خانواده-های مراجعه کننده به مرکز بهداشت شیراز نیز نتایج متفاوت با نتایج این مطالعه در برداشته است (۳۰). در مطالعه Harpham و Snoxell با عنوان بررسی اختلالات روانی در جمعیت شهری جوان در کلمبیا (۳۱) و مطالعه Winzaer و Brucefors در مورد این که آیا مداخله کوتاه مدت منجر به ارتقاء سطح سلامت عمومی و روانی در میان بزرگسالان می‌شود، نیز یافته‌ها با نتایج این مطالعه متفاوت بوده است

براساس تئوری خودکارآمدی در ارتقاء سلامت عمومی زنان مورد بررسی مؤثر بوده است و این تئوری با توجه به اجزاء آن می‌تواند پایه و اساسی برای مداخلات آموزشی در این زمینه باشد. لذا برای ارتقاء رفتارهای بهداشتی و در نهایت پیشگیری از مشکلات جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی، به کارگیری برنامه آموزشی که در این مطالعه طراحی و به کار گرفته شده است به عنوان یک الگو توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز ارتقاء سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره ۱۹۴۲۴ است. همچنین نویسندگان مقاله از همکاری کارکنان مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ شهرستان چالوس و زنان مراجعه کننده به این مرکز که در این مطالعه شرکت کردند، سپاسگزاری می‌کنند.

(۳۲). تفاوت در نتایج این مطالعه با مطالعات ذکر شده از نظر بهتر بودن سلامت روانی یا سلامت عمومی در گروه سنی ۲۰-۳۰ و یا تأثیر مداخله بر ارتقاء بُعد سلامت روانی یا سلامت عمومی در این گروه سنی می‌تواند به تفاوت در نمونه مورد بررسی، شرایط پژوهش از نظر نوع مداخله، تئوری به کار رفته در مداخله و تفاوت در روش مداخله مربوط باشد.

همکاری کم زنان منطقه، درست پر نکردن اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه از طرف زنان و عدم تکمیل کامل پرسشنامه از مشکلات این مطالعه بود که راهکارهایی مانند گفتگو برای جلب همکاری زنان مورد بررسی، تکرار و تفهیم سؤال و پیگیری کامل کردن پرسشنامه برای حل این مشکل به کار رفت. همچنین تعمیم‌دهی محدود و وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط مکانی و زمانی از محدودیت‌های این مطالعه است.

نتیجه‌گیری

در نهایت این مطالعه نشان داد مداخله طراحی شده

References

1. Parvizi S, Seyed Fatemi M, Kiani KD. Family dynamism & women's health. J Women's Soci Psychol Stud Quarterly 2009; 7(2): 45-57. [In Persian]
2. Hern EM. Definition of women's health with male words. Journal of Women. 2006; [Online, cited June 24, 2006]; Available from: <http://www.Women. Ire / health>
3. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. 2000; [Online, cited June 21, 2000] Available from: <http://www.who.int>.
4. Mohseni Tabrizi M. Medical Sociology. 1 ed. Tehran: Tahoori publication; 1998. [In Persian]
5. Smyke P. Women & Health. 1 ed. London: Zed book; 1991.
6. Shahrokhi A. General health status of female workers in Qazvin factories 2001. J Qazvin Univ of Med Sci 2003; 7(4): 32-5.
7. Marianne J, Legato MJ, Padus E, Slaughter ED. Women's perceptions of their general health, with special reference to their risk of coronary artery disease: results of a national telephone survey. J Women Health 1997; 6(2): 189-98.
8. Ghanbari Zarandi Z, Goodarzi M. The effectiveness of group consultation by meaning therapy on improving general health in earthquake injured women. J Women's Res 2008; 2(4): 57-66. [In Persian]
9. Rafieifar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M, Dejpasand S, Tehrani Banihashemi A, Mohammadi Z, et al. The comprehensive system increasing the

- ability of self-care in people. 1 ed. Ghom: Bedoone Marz Researchers Institution; 2005. [In Persian].
10. Aalto AM, Uutela A, Aro AR. Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Educ Couns* 1997; 30(3): 215-25.
 11. Rosenstock LM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Qual* 1988; 15(2): 175-83.
 12. Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness, In Locke EA (Ed). *Handbook of principles of organization behavior*. 2 ed. New York: Wiley; 2009.
 13. Mohammadi N, Rafieifar Sh, Aghamollaei T, Akbari M, Aminshokravi F, Ayar S, et al. A comprehensive text book in health education. 1 ed. Tehran: Mehr Ravash Press; 2005. [In Persian]
 14. Carson VB. *Mental health nursing*. 2 ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
 15. Zedlin A, Pajares F. Self-efficacy beliefs of women in mathematical, scientific and technological careers. *Am Educ Res J* 2000; 37(1): 215-48.
 16. Fitzgerald ST. Self-Efficacy Theory. Implications for the occupational health nurse. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 1991; 39(12):552-7.
 17. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1):139-45.
 18. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1): 139- 45.
 19. Palahang H, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological study of mental disorder in urban and urban areas of Soumaahsara city- Gilan. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 1996; 8: 19-27. [In Persian]
 20. Moeini B. The effect of stress management training methods on the adolescent's mental Health, based on applying health belief model with social marketing approach in Tehran [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modarres University; 2007. [In Persian]
 21. Schwarzer R. Perceived self-efficacy of teachers: longitudinal findings with a new instrument. *Zeitschrift fur Pädagogische Psychol* 2000; 14(1): 12-25.
 22. Ogburn T, Voss C, Espey E. Barriers to women's health: why is it so hard for women to stay healthy? *Med Clin North Am* 2009; 36(4): 737-72.
 23. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall Health; 2010.
 24. Bandura A. *Social learning theory*. 1 ed. Oxford, England: Prentice Hall; 1977.
 25. Stuijbergen AK, Blozis SA, Becker H, Phillips L, Timmerman G, Kullberg V, Taxis C, Morrison J. A randomized controlled trial of a wellness intervention for women with fibromyalgia syndrome. *Clin Rehabil* 2010; 24(4): 305-18.
 26. Moradi A, Amiri S, Malek pur M, Molavi H, Noori A. The effectiveness of self- efficacy group educational at quality of life & efficiently behavior in women by physical- motive disability. *Soc Psychol Women Stud* 2010; 3(7): 71-98.
 27. Bernal H, Woolly S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *Diabetes Educ* 2000; 26(4): 673-80.
 28. Larsen RC. Woman and occupation health and safety, woman and work, is enough being done? [Online, cited September 5, 2003]; Available from: <http://www.Ohsrep.org.au>
 29. Khosravi Sh. An epidemiological study of mental health disorders in urban and rural Brojen city in Chaharmahalobakhtiari state [MSc Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1994. [In Persian]
 30. Sharafi F, Joulaei M, Kadivar MR, Rajaeefard AR. Mental health status and related demographic variables of families referring to Shiraz health center 2002. *Armaghan Danesh* 2004; 9(35): 74-86. [In Persian]
 31. Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodrlyuze C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 161-7.
 32. Winzer R, Brucefors AB. Does a short-time intervention promote mental and general health among adults? An evaluation of counseling. *BMC Public Health* 2007; 7: 319.

The Effect of Educational Intervention Based on Self-efficacy Theory on General Health Status of Women in Chaloos, Iran

Mahnaz Solhi¹, Seyedeh Somayeh Kazemi², Jamshid Yazdani³

Abstract

Background: Self-efficacy is one of the factors which is effective on promoting general health. The aim of this research was to determine the effect of an educational intervention based on self-efficacy theory on general health status of women.

Methods: The study is an interventional study carried out on 130 women visiting a health center who were randomly divided into experimental and control groups of 65 people. The data collection instruments were the standard General Health Questionnaire (GHQ-28) and standard Self-efficacy questionnaire (GSE). The educational intervention was designed based on the results from the initial test and the self-efficacy theory and was performed in two educational sessions lasting 60 and 55 minutes by group discussion, short lecture, questions and answers, demonstration, guidance, consultation and pamphlet. One month after the intervention, post tests were done. Data were analyzed and compared in SPSS 19 software by chi square, Correlation Co-efficient, Independent T and Exact Fisher tests.

Results: Before the intervention, there was no significant difference between the mean of general health; self-efficacy and general health dimension scores between groups. But there were significant differences after intervention (respectively $P=0.0001$, $P=0.045$ and $P=0.0001$). There were significant inverse correlations between general health and self-efficacy and self-efficacy and number of children, but direct correlations between general health and number of children, after intervention.

Conclusion: In designing interventions for improving women's general health it is better to focus on their self-efficacy.

Keywords: General health, Self-efficacy, Women, Educational intervention

1- Associate Professor, Department of Health Services and Health Education, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc, Diseases Unit, Chaloos Health Network, Chaloos, Iran

3- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Corresponding Author: Seyedeh Somayeh Kazemi **Email:** somayeh.kazemi7@gmail.com

Address: The Diseases Unit of Chaloos Health Network, Chaloos, Mazandaran, Iran

Tel: 0115-2221635 **Fax:** 0115-2221463