

Relationship between demographic factors and health self-efficacy in academic staff of Guilan University of Medical Sciences

N. Pourvakhshoori *

A. Pasha **

A. Ghanbari ***

Z. Atrkar-Roshan ****

*MSc. in Nursing, Lecturer of Nursing School, Guilan University of Medical Sciences and Rasht Islamic Azad University, Guilan, Iran

**MSc. in Nursing, Faculty of Midwifery and Nursing, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

***Assistant Professor of Nursing, Faculty of Midwifery and Nursing, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

****MSc. in Statistics, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

*Abstract

Background: Health behavior is considered as one of the major determinants of health and self-efficacy is an influencing factor in behavior. Self-efficacy is a person's belief over one's abilities for doing a certain behavior.

Objective: The aim of this study was to determine the self-efficacy of academic staff at Guilan University of Medical Science and its relation with demographic factors.

Methods: A total of 203 faculty members at Guilan University of Medical Science participated in this descriptive study in 2008. Data were collected by a two-part questionnaire completed by the study population, and analyzed using independent t-test and one way ANOVA.

Findings: The faculty members obtained an overall self-efficacy score of 84/1%. There was a significant relationship between the self-efficacy and both the number of children in family ($P=0.05$) and the monthly income ($P=0.025$).

Conclusion: The self-efficacy rate of faculty members was desirable. Regarding the modeling role of academic staff for students, self-efficacy must be considered as an influential factor in health-promoting programs.

Keywords: Self-efficacy, Health behavior, Demography

Corresponding Address: Negar Pourvakhshoori, Nursing and Midwifery Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

Email: nvakhshoori@gmail.com

Tel: + 98-131-2233721

Received: 9 Oct 2010

Accepted: 17 May 2011

ارتباط عوامل جمعیتی با خودکارآمدی بهداشتی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

سیده نگار پوروخشوری* افسانه پاشا** دکتر عاطفه قنبری*** زهرا عطرکار روشن****

*کارشناس ارشد آموزش پرستاری دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت
** مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
*** استادیار پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
**** مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان

آدرس نویسنده مسؤول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تلفن ۰۱۳۱-۲۲۳۳۷۲۱
Email: nvakhshoori@gmail.com
تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۲۷

* چکیده

زمینه: رفتارهای بهداشتی یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت هستند و یکی از عوامل مؤثر در رفتار، خودکارآمدی است. خودکارآمدی همان قضاوت فرد در مورد توانایی‌های خود در انجام عملی مشخص است.

هدف: مطالعه به منظور تعیین وضعیت خودکارآمدی انجام رفتارهای بهداشتی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ارتباط آن با عوامل جمعیتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی همبستگی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۲۰۳ نفر از اعضای هیأت علمی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش نامه‌ای شامل دو بخش بود که به روش خودایفا تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تحلیل شدند.

یافته‌ها: اعضای هیأت علمی در مجموع ۸۴/۱٪ نمره خودکارآمدی را کسب نمودند. بین خودکارآمدی و تعداد فرزندان ($P=۰/۰۵$) و متوسط درآمد ماهیانه ($P=۰/۰۲۵$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، خودکارآمدی اعضای هیأت علمی مطلوب بود. با توجه به الگو بودن این افراد برای دانشجویان، پیشنهاد می‌شود خودکارآمدی به عنوان یک متغیر مؤثر در رفتار، در برنامه‌های آموزش بهداشت به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، رفتار بهداشتی، عوامل دموگرافیک

* مقدمه

رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و متخصصین به منظور تحت تأثیر قرار دادن عوامل مؤثر بر رفتار، در پی شناخت این شبکه علیتی بوده و هستند. دامنه شبکه مذکور نیز به حدی وسیع است که از انسانی به انسان دیگر و از گروهی به گروه دیگر متفاوت است.^(۱)

رفتارهای بهداشتی یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت و عامل زمینه‌ای مهم، در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌هاست. ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری به طور مستقیم با این رفتارها در ارتباط هستند. این رفتارها، در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی مردم تأثیر بالقوه‌ای دارند و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های بهداشتی

خودکارآمدی، عامل مهمی در تصمیم‌گیری افراد برای پذیرش رفتارهای بهداشتی در گروه‌های مختلف سنی، نژادی و دارای سطوح مختلف سلامتی است. با وجود این خودکارآمدی فرد در انجام یک رفتار مشخص، لزوماً انجام رفتارهای دیگر را تضمین نمی‌کند. به عنوان مثال، مهارت‌هایی که نیاز به مدیریت استرس داشته و بیش‌تر جنبه روانی دارند، با آن دسته رفتارهای نیازمند به فعالیت‌های فیزیکی جسمانی و ورزش متفاوت هستند. در هر صورت، میزان بالای خودکارآمدی در یک رفتار بهداشتی خاص، تا حد زیادی با انجام آن رفتار همبستگی دارد.^(۴)

در زمینه ارتباط خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی، مطالعه‌های مختلفی بر روی گروه‌های سنی متفاوت انجام شده است. در همین زمینه، نتایج بررسی لارنس و همکاران همبستگی مثبت و معنی‌داری را بین رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی نشان داد.^(۵) نتایج بررسی‌های دیگر نیز تأییدکننده وجود این ارتباط است.^(۶) از این رو در طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت، در نظر گرفتن متغیرهای روان‌شناختی اهمیت دارد. به طوری که اگر انگیزه‌های رفتاری و عوامل شخصی در نظر گرفته نشود، کوشش برای تغییر رفتار بی‌نتیجه خواهد بود.^(۶)

بررسی‌های دیگر عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای بهداشتی نشان داده است که خودکارآمدی، اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و خودکارآمدی در برخی مطالعه‌ها، بیش از ۵۰ درصد پراکنش رفتارهای بهداشتی را تعیین می‌کند.^(۷)

الگوپردازی یک عامل مهم در فرآیند آموزش است که به افزایش یا کاهش تأثیر پیام بهداشتی منجر می‌شود. لذا معلمان بهداشتی باید سعی کنند به رفتارهای مثبت خود تکامل ببخشند.^(۸)

بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت

یکی از مشهورترین نظریه‌ها که در مورد چگونگی پیش‌بینی و شرح رفتار کاربرد دارد، نظریه یادگیری (ساخت) اجتماعی بندورا (۱۹۸۶) است. این نظریه، بر نقش اعتماد به نفس افراد در انجام رفتار خواسته شده از آن‌ها اشاره دارد و یکی از سازه‌های مهم آن خودکارآمدی است. به نظر بندورا (۱۹۸۷) 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 پیش‌بینی‌کننده 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.^(۳)

اگر درباره عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی انسان شناخت وجود داشته باشد، در ایجاد راهبردها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می‌سازند، موفقیت بهتری ایجاد می‌شود و شاخص‌های موفقیت به روش منطقی‌تری انتخاب می‌شوند. نظریه شناخت اجتماعی بندورا بیان می‌کند خودکارآمدی، عامل اولیه در ایجاد انگیزه و تلاش برای عملی کردن رفتار بهداشتی خاص است، بنابراین به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در انجام رفتار به شمار می‌رود.^(۳)

و انحراف معیار نمره‌ها بررسی شد. نمره‌های بالاتر از میانگین به عنوان خودکارآمدی مطلوب و نمره‌های پایین‌تر از میانگین، خودکارآمدی نامطلوب در نظر گرفته شد. پایایی (ثبات درونی) این بخش با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. نمونه‌گیری در مدت ۴ ماه انجام شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

از ۲۰۳ فرد مورد مطالعه، ۵۴/۸ درصد زن بودند. میانگین سنی آن‌ها $43/60 \pm 0/2$ سال بود. ۴۵/۳ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۹۳/۵ درصد متأهل و ۴۶/۷ درصد دارای دو فرزند بودند. ۶۲/۴ درصد درآمد ماهیانه کم‌تر از یک میلیون تومان داشتند. اکثر افراد (۵۱/۲ درصد) استادیار بودند و ۸۳/۱ درصد سابقه ابتلا به بیماری مزمن نداشتند. اکثر افراد مورد مطالعه (۴۸/۹ درصد)، نسبت به موارد ذکر شده در سؤال‌ها از خودکارآمدی نسبتاً بالایی برخوردار بودند و گزینه تا حدی یا کاملاً را انتخاب نمودند. میانگین نمره‌های قابل اکتساب سازه خودکارآمدی $52/79 \pm 6/53$ (دامنه ۲۱ تا ۶۳) به دست آمد (جدول شماره ۱).

در این بررسی تفاوت معنی‌دار آماری از نظر میانگین نمره خودکارآمدی مرتبط با رفتارهای بهداشتی اعضای هیأت علمی با توجه به متوسط درآمد ماهیانه ($P=0/025$) و تعداد فرزند ($P=0/05$) وجود داشت. افرادی که متوسط درآمد ماهیانه کم‌تر از ۲ میلیون تومان و بیش‌تر از ۲ فرزند داشتند، میانگین نمره خودکارآمدی بیش‌تری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند (جدول شماره ۲).

خودکارآمدی انجام رفتارهای بهداشتی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ارتباط آن با برخی عوامل جمعیتی انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی همبستگی در سال ۱۳۸۷ بر روی تمام اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد که ۲۰۳ نفر در مطالعه شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود که به روش خود-ایفا تکمیل شد. جهت کسب اعتبار علمی پرسش‌نامه از اعتبار محتوا استفاده شد. به این صورت که پرسش‌نامه در اختیار ۱۱ تن از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت قرار گرفت و پس از جمع‌آوری پیشنهادهای و انجام اصلاحات لازم، پرسش‌نامه نهایی تنظیم شد. پرسش‌نامه شامل ۲۹ سؤال در دو بخش بود: بخش اول حاوی ۸ سؤال مشخصه‌های جمعیتی (جنس، سن، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، متوسط درآمد ماهیانه، رتبه علمی و سابقه بیماری مزمن) و بخش دوم پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال و بخشی از نسخه تغییر یافته SRAFHP (توانایی خود درجه‌بندی شده برای عملکردهای بهداشتی) بکر و همکاران بود.

این پرسش‌نامه، باورهای خودکارآمدی درک شده برای رفتارهای بهداشتی را اندازه‌گیری می‌کرد و توانایی افراد برای انجام رفتارهای بهداشتی را می‌سنجید. خودکارآمدی در این پرسش‌نامه، شامل خودکارآمدی انجام رفتارهای بهداشتی در زمینه عادت‌های تغذیه‌ای، مدیریت تنش و فعالیت‌های جسمانی بود. پاسخ به این سؤال‌ها براساس مقیاس سه گزینه‌ای (اصلاً، تا حدی، کاملاً) بود و به هر سؤال ۱ تا ۳ نمره داده می‌شد. بنابراین دامنه نمره‌ها ۲۱ تا ۶۳ بود. با توجه به مطالعه‌های انجام شده در این زمینه، خودکارآمدی بر مبنای مقایسه میانگین

جدول ۱- توزیع افراد مورد مطالعه برحسب پاسخ به سؤالهای آزمون خودکارآمدی

میانگین نمره	جمع		بدون پاسخ		کاملا		تا حدی		اصلا		سؤال
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲/۸۷±۰/۳۳۶	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۸۷/۱	۱۷۵	۱۲/۹	۲۶	-	۰	۱- به دست آوردن غذای بهداشتی و سالم متناسب با وضعیت مالی
۲/۵۸±۰/۵۱۵	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۵۸/۷	۱۱۸	۴۰/۳	۸۱	۱/۰	۲	۲- برقراری یک رژیم غذایی متعادل
۲/۵۳±۰/۵۳۹	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۵۵/۲	۱۱۱	۴۲/۸	۸۶	۲/۰	۴	۳- توجه به حفظ وزن مناسب
۲/۸۷±۰/۳۷۰	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۸۷/۶	۱۷۶	۱۱/۴	۲۲	۱/۰	۲	۴- مسواک زدن مرتب دندانها
۲/۶۹±۰/۵۱۶	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۷۱/۱	۱۴۳	۲۶/۴	۵۳	۲/۵	۵	۵- نوشیدن آب در حد نیاز روزانه
۲/۴۴±۰/۶۳۳	۱۰۰	۲۰۳	-	۶	۵۱/۳	۱۰۱	۴۱/۱	۸۱	۷/۶	۱۵	۶- تعیین آنچه که می‌توان جهت تمدد اعصاب به کار برد
۲/۵۷±۰/۵۸۱	۱۰۰	۲۰۳	-	۴	۶۱/۳	۱۲۲	۳۴/۲	۶۸	۴/۵	۹	۷- توانایی حفظ خود از احساس تنهایی
۲/۴۴±۰/۵۶۴	۱۰۰	۲۰۳	-	۴	۴۷/۷	۹۵	۴۸/۷	۹۷	۲/۵	۷	۸- صحبت با دوستان و خانواده در مورد چیزهایی که باعث رنجش و ناراحتی شما می‌شود و در میان گذاشتن مشکلات خود با آنان
۲/۴۵±۰/۵۱۸	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۴۵/۸	۹۲	۵۳/۲	۱۰۷	۱/۰	۲	۹- کنار آمدن با تنش
۲/۳۹±۰/۵۴۷	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۴۲/۳	۸۵	۵۴/۷	۱۱۰	۳/۰	۶	۱۰- توانایی ایجاد تغییراتی در زندگی برای کاهش تنش
۲/۲۱±۰/۶۰۵	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۳۰/۸	۶۲	۵۹/۲	۱۱۹	۱۰/۰	۲۰	۱۱- انجام ورزش‌هایی که برایتان مناسب است
۲/۱۵±۰/۶۰۶	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۲۶/۹	۵۴	۶۱/۲	۱۲۳	۱۱/۹	۳۴	۱۲- برنامه‌ریزی برای گنج‌آیند ورزش به عنوان بخشی از برنامه عادی و معمول زندگی
۲/۲۴±۰/۶۹۷	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۳۹/۳	۷۹	۴۵/۸	۹۲	۱۴/۹	۳۰	۱۳- یافتن راه‌هایی برای لذت بردن از ورزش
۲/۱۹±۰/۶۶۶	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۳۳/۳	۶۷	۵۲/۲	۱۰۵	۱۴/۴	۲۹	۱۴- یافتن مکان‌های در دسترس جهت انجام ورزش
۲/۶۸±۰/۵۱۲	۱۰۰	۲۰۳	-	۸	۷۰/۳	۱۳۷	۲۷/۲	۵۳	۲/۶	۵	۱۵- متوقف کردن ورزش در صورتی که احساس می‌کنید حالتان رو به وخامت است
۱/۹۸±۰/۶۶۳	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۲۰/۹	۴۲	۵۶/۲	۱۱۳	۲۲/۹	۴۶	۱۶- انجام ورزش‌های کششی
۲/۵۵±۰/۵۶۷	۱۰۰	۲۰۳	-	۸	۵۸/۵	۱۱۴	۳۷/۹	۷۴	۳/۶	۷	۱۷- محافظت کردن خود از صدمه در هنگام ورزش
۲/۶۶±۰/۴۹۶	۱۰۰	۲۰۳	-	۱۱	۶۷/۲	۱۲۹	۳۱/۸	۶۱	۱/۰	۲	۱۸- توجه به تغییرات منفی در وضعیت بدن
۲/۸۶±۰/۳۴۹	۱۰۰	۲۰۳	-	۴	۸۵/۹	۱۷۱	۱۴/۱	۲۸	-	-	۱۹- مصرف صحیح داروها
۲/۵۶±۰/۵۹۱	۱۰۰	۲۰۳	-	۶	۶۱/۴	۱۲۱	۳۳/۵	۶۶	۵/۱	۱۰	۲۰- آگاهی از حقوق خود و دفاع مؤثر برای کسب آن
۲/۵۳±۰/۵۲۹	۱۰۰	۲۰۳	-	۲	۵۴/۷	۱۱۰	۴۳/۸	۸۸	۱/۵	۳	۲۱- گرفتن کمک از دیگران در زمان نیاز
۵۲/۷۹±۶/۵۳	میانگین نمره افراد مورد مطالعه در بخش خودکارآمدی										
۲/۵۱±۰/۳۱	میانگین امتیاز مجموع گویه‌ها										

جدول ۲- مقایسه نمره خودکارآمدی افراد مورد مطالعه برحسب برخی متغیرهای جمعیتی

آزمون و قضاوت	میانگین نمره	تعداد	متغیرهای جمعیتی	
			جنس	سن
t = ۱/۰۱۸ df = ۱۷۲, NS	۵۲/۳۱±۶/۷۶	۹۸	زن	سن
	۵۲/۳۲±۶/۱۶	۷۶	مرد	
F = ۰/۷۶۲ df = ۲, NS	۵۲/۰۸±۷/۵۰	۵۷	۳۰-۴۰ سال	مدرک تحصیلی
	۵۲/۱۷±۶/۱۴	۹۳	۴۰-۵۰ سال	
	۵۱/۶۳±۵/۵۷	۲۲	۵۰-۶۰ سال	
F = ۱/۹۷۹ df = ۳, NS	۵۴/۸۰±۰/۶۷	۱۵	فوق تخصص	وضعیت تأهل
	۵۲/۲۸±۷/۸۷	۶۱	تخصص و فلوشیپ	
	۵۰/۴۳±۴/۴۰	۲۳	دکترای PhD	
	۵۲/۵۳±۶/۴۲	۷۹	کارشناسی ارشد	
t = -۰/۳۷۷ df = ۱۷۴, NS	۵۲/۷۵±۶/۵۳	۱۶۴	متاهل	درآمد ماهیانه (میلیون تومان)
	۵۲/۵۰±۷/۳۵	۱۲	مجرد	
P = ۰/۰۲۵	۵۲/۵۴±۶/۱۸	۸۳	< ۲	تعداد فرزندان
	۵۱/۳۱±۵/۰۴	۵۱	>= ۲	
P = ۰/۰۵	۵۱/۳۶±۷/۷۳	۶۵	< ۲	رتبه علمی
	۵۲/۴۹±۵/۵۹	۱۰۹	>= ۲	
	۵۲/۴۰±۰/۸۹	۵	استاد و دانشیار	
F = ۰/۷۳۶ df = ۲, NS	۵۲/۲۵±۶/۸۳	۹۲	استادیار	سابقه بیماری مزمن
	۵۲/۴۴±۶/۳۷	۸۱	مری	
t = ۱/۰۸۵ df = ۱۵۸, NS	۵۱/۰۸±۵/۴۵	۲۳	بلی	
	۵۲/۷۱±۶/۹۳	۱۳۷	خیر	

* بحث و نتیجه گیری:

در این بررسی میانگین نمره خودکارآمدی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان $52/79 \pm 6/53$ (دامنه ۲۱ تا ۶۳) و میانگین امتیاز مجموع گویه‌ها $2/51 \pm 0/31$ (دامنه ۱ تا ۳) به دست آمد و $83/66$ درصد افراد مورد مطالعه امتیاز مطلوب را کسب کردند.

مروتی در مطالعه‌ای به منظور بررسی ارتباط خودکارآمدی با رفتارهای ارتقای سلامت در سالمندان انجام داد از ابزار SRAFHP تغییر یافته استفاده نمود. میانگین نمره خودکارآمدی سالمندان در آن مطالعه $53/41 \pm 10/74$ (دامنه ۲۸ تا ۸۴) و میانگین امتیاز مجموع گویه‌ها $1/91 \pm 0/38$ (دامنه ۱ تا ۳) بود و اکثر افراد مورد مطالعه ($63/66$ درصد) نمره مطلوب را کسب نمودند که پایین‌تر از امتیاز مطلوب مطالعه حاضر بود.^(۶)

جونز در مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان خودکارآمدی بهداشتی در ناشنوایان انگلیسی، با انجام یک کارآزمایی بالینی، تأثیر برنامه آموزشی را بر میزان خودکارآمدی در دو گروه شاهد و آزمون سنجید. میزان خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه شاهد $85/27 \pm 13/20$ با دامنه ۲۸ تا ۱۴۰ (76 درصد) و در گروه آزمون $65/85 \pm 18/06$ ($58/5$ درصد) و این میزان بعد از مداخله، در گروه شاهد $80/78 \pm 1/64$ (72 درصد) و در گروه آزمون $83/90 \pm 2/17$ (75 درصد) گزارش شد که پایین‌تر از مطالعه حاضر بود.^(۹)

میانگین نمره خودکارآمدی مردان آمریکایی ۴۵ سال به بالا، در مطالعه ولشیر $101/62 \pm 18/38$ (دامنه ۲۸ تا ۱۴۰) بود که $72/6$ درصد امتیاز مطلوب را کسب نمودند.^(۱۰) در مطالعه مظلومی نیز که با هدف بررسی ارتباط اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی دانشجویان انجام شد، نمره خودکارآمدی دانشجویان $18/7 \pm 5/5$ (دامنه صفر تا ۳۰) گزارش شد که در حد متوسط بود.^(۳) بالا بودن خودکارآمدی برای انجام رفتارهای بهداشتی در اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌تواند به دلیل آن باشد که این افراد در

خود توانایی انجام رفتارهای بهداشتی را می‌بینند. از طرفی شاید وضعیت مالی مناسب، تدریس و الگو بودن برای جمع کثیری از افراد و دانشجویان، در بالا بردن خودکارآمدی آنان نقش داشته است.

در مطالعه پارک و کالاکان، ارتباط بین درآمد ماهیانه و خودکارآمدی، مثبت و معنی‌دار بود.^(۱۱) در پژوهش حاضر، در گروه با درآمد ماهیانه زیر ۲ میلیون تومان، خودکارآمدی بالاتری مشاهده شد. دلیل این تفاوت شاید تعداد نمونه‌ها در گروه پایین‌تر از ۲ میلیون تومان باشد. همچنین شاید تعداد بیش‌تر اساتید علوم بهداشتی در گروه زیر ۲ میلیون تومان، در میزان انجام رفتارهای بهداشتی و در نتیجه، خودکارآمدی آنان برای انجام رفتارهای بهداشتی، نسبت به گروه دارای درآمد بالای ۲ میلیون تومان که پزشکان فوق تخصص بودند، تأثیر گذاشته باشد. همچنین بالاتر بودن خودکارآمدی افراد دارای ۲ یا بیش از ۲ فرزند نیز شاید ناشی از تعداد نمونه‌ها در این گروه باشد.

با توجه به این که میزان خودکارآمدی رفتارهای بهداشتی اعضای هیأت علمی در این بررسی مطلوب به دست آمده است، پیشنهاد می‌شود جهت ارتقای رفتارهای بهداشتی مثل ورزش، کنترل تنش، رفتارهای بهداشتی دهان و دندان و عادات‌های غذایی مناسب در اعضای هیأت علمی، برنامه جامعی با مشارکت مرکز توسعه آموزش دانشگاه، معاونت آموزشی و جلب مشارکت خود اعضای هیأت علمی، طراحی و در سطح دانشگاه به اجرا درآید تا بدین وسیله بتوان، با ارتقای رفتارهای بهداشتی در این گروه باعث اشاعه هرچه بیش‌تر این رفتارها در سطح جامعه و مردم شد. بدیهی است این برنامه‌ها، باید بر مبنای ارتقای خودکارآمدی اعضای هیأت علمی انجام شود.

* سپاس‌گزاری:

از همکاری خانم مجد تیموری و اعضای هیأت علمی شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌شود.

* مراجع:

1. Chiuve SE, McCullough MJ, Sack FM, Rimm EB. Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men. *J Am Heart Asso*. 2006; 114: 160-7
2. Peyman N, Heydarnia A, Ghofranipour F, et al. Survey of relationship between self-efficacy and reproductive behaviors of Mashhad women. *Med J Reproduct & Infertil* 2006 Spring; 8 (1): 78-90 [In Persian]
3. Mazloomi S, Mehri A, Morowati M. Relationship between self-esteem and self-efficacy with health behaviors of students of Yazd University of Medical Science (2004). *J Devel Steps Med Edu* 2005; 3 (2): 111-7 [In Persian]
4. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A Meta-analysis of predictors of positive health practices. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36 (2): 102-8
5. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care* 2006 Apr; 29 (4): 823-9
6. Morowatisharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, et al. Self-efficacy and health promotion behaviors of older adults in Iran. *Social Behav Perss* 2006; 34 (7): 759-68
7. Luszczynska A, Mazurkiewicz M, Ziegelmann JP, et al. Self-efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: A cross-lagged panel analysis over a two-year period. *Psycho Sport Exercise* 2007; 8: 247-60
8. Phipps W. *Medical-surgical nursing*. 7th ed. St Louis: Mosby; 2003. 55-227
9. Jones EG. Self-efficacy for health-related behaviors among deaf adults. *Res Nurs Health* 2007; 30: 185-92
10. Welshimer KJ. Health-promoting behaviors in men age 45 and above. *Inter J Men`s Health* 2006; 22: 35-47
11. Park SI, Cho BH. A study on the activities of daily living, self-efficacy and the health promoting behaviors in stroke patients. *Kor J Rehab Nurs* 2004; 7 (2): 149-58
12. Callaghan D. Basic conditioning factors influences on adolescents healthy behaviors, self-efficacy and self-care. *Issues Comprehen Pediatric Nurs* 2006; 29: 191-204