

بررسی رابطه خودکارآمدی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و عوامل همراه آن در پرستاران

ابوالفضل محمدیگی^۱، زهره عنبری^۲، نرگس محمدصالحی^۳، آیدا مهدی پور^۴، ربابه احمدلی^۵، حسین انصاری^{*}

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی الگوی منحصر به فردی از ویژگی‌ها، رفتارها و عادات‌هایی است که هر فرد از خود نشان می‌دهد و به‌عنوان شاخصی از سلامت جسمی به شمار می‌رود. مطالعه حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و عوامل همراه در پرستاران قم انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش مقطعی - تحلیلی بر روی ۲۳۷ نفر از پرستاران شاغل در علوم پزشکی قم انجام شد. اطلاعات با استفاده از دو پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و پرسشنامه خودکارآمدی Shere گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، ضریب همبستگی و مدل رگرسیون خطی، با روش گام‌به‌گام صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد بررسی، ۳۲/۰۴ سال و ۷۰٪ مؤنث بودند. میانگین نمره کلی سبک زندگی و نمره خودکارآمدی به ترتیب برابر ۵۹/۱±۱۰ و ۷۲/۴۶±۹ به دست آمد. متوسط نمره کل سبک زندگی و برخی ابعاد آن شامل: مسئولیت‌پذیری، خودشکوفایی، حمایت اجتماعی و تغذیه در پرستاران با خودکارآمدی خوب، به‌طور معنی‌داری بالاتر بود ($p < 0/05$). همچنین بین حمایت اجتماعی و سن، رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/015$). مدل رگرسیونی نشان داد با افزایش خودکارآمدی، نمره سبک زندگی افزایش می‌یابد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، نمره سبک زندگی پرستاران کمی بالاتر از متوسط است و این گروه شغلی، خودکارآمدی بالایی در بهبود سبک زندگی خود دارند، اما مسئولیت‌پذیری بالا در حرفه پرستاری سبب کاهش فعالیت فیزیکی شده است.

کلید واژه‌ها: سبک زندگی؛ خودکارآمدی؛ پرستاران؛ چاقی؛ فعالیت حرکتی.

^۱مرکز تحقیقات آلاینده‌های محیطی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
^۲مرکز توسعه مطالعات و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
^۳مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
^۴مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
^۵مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

حسین انصاری، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
ansarih88@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۶

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Mohammadbeigi A, Anbari Z, Mohammadsalehi N, Mahdipour A, Ahmadli R, Ansari H. Study of the relationship between self-efficacy and health-promoting lifestyle and associated factors in nurses.

Qom Univ Med Sci J 2016;10(7):49-57. [Full Text in Persian]

مقدمه

خودکارآمدی به صورت اعتماد به قابلیت یک فرد در مدیریت، یک موقعیت سخت و طاقت فرسا تعریف می شود (۱). براساس تئوری شناختی اجتماعی؛ خودکارآمدی با اهداف، انتظارات و موانع محیطی درک شده در تنظیم محرکها، رفتارها و سلامتی مؤثر است (۲،۳). خودکارآمدی ادراک شده به عنوان باورهای افراد درباره قابلیت های خود برای ارائه سطوحی از عملکرد که رویدادهای زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد تعریف می شود (۱،۲). مطالعات نشان داده اند افرادی که دارای خودکارآمدی درک شده هستند، می توانند شرایط و وضعیت سلامت خود را بهبود دهند و در این مطالعات اثر خودکارآمدی با بهبود سبک زندگی، دیابت، کاهش وزن و استرس، همچنین کاهش تعداد دفعات مراجعه به پزشک و خدمات اوژانس همراه بوده است (۷-۳). سبک زندگی، الگوی منحصر به فردی از ویژگیها، رفتارها و عاداتهایی است که هر فرد از خود نشان می دهد (۸-۹). این رفتارها شامل: عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل، ایمن سازی و مقابله با بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت های خانواده و جامعه می باشد (۱۰،۱۱)، و در صورت وجود سبک زندگی غلط، فرد در معرض خطر بسیاری از بیماری های مزمن قرار می گیرد (۱۱،۱۲)، که به عنوان شاخصی از سلامت جسمی می تواند پیش بینی کننده سلامت فرد باشد (۱۳). سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی را براساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهمکنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی - اقتصادی حاصل می شود (۱۱). بیش از یک سوم موارد مرگ و میر در دنیا به دلیل چند رفتار تهدید کننده سلامتی بوده که ناشی از نادرستی سبک زندگی فردی و اجتماعی است و مهم ترین آنها شامل: رژیم غذایی نامناسب، فعالیت بدنی کم، استعمال سیگار و رفتار جنسی نامناسب است. کنترل عوامل خطر در سبک زندگی و عادات بهداشتی مانند تغذیه نادرست، فقدان فعالیت ورزشی، استعمال سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، تقریباً سبب کاهش حدود ۵۰٪ از مرگ های زود هنگام می شود (۴،۱۱).

همچنین می توان با تعدیل رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب، از ۸۰٪ بیماری های قلبی - عروقی و ۹۰٪ دیابت نوع ۲ جلوگیری کرد. همچنین یک سوم موارد سرطان ها با بهبود تغذیه، کنترل وزن و انجام فعالیت بدنی و یک سوم دیگر با دوری از مصرف سیگار قابل پیشگیری است و ۵۳٪ از علل مرگ و میر افراد نیز با سبک زندگی آنها ارتباط دارد (۱۱،۱۴). مطالعات مختلف، نقش خودکارآمدی را در بهبود استرس، سلامت روان و سلامت عمومی نشان داده اند (۶،۱۵،۱۶)، اما نقش خودکارآمدی در سبک زندگی سالم و ارتقادهنده سلامت، نامشخص است (۱۶،۱۷). لذا مطالعه حاضر بر روی نمونه ای از پرستاران دانشگاه علوم پزشکی که از همگنی بیشتری نسبت به جامعه برخوردارند، با هدف تعیین خودکارآمدی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و عوامل همراه در پرستاران قم انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش مقطعی - تحلیلی بر روی ۲۳۷ پرستار شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه گیری به صورت متناسب با حجم انتخاب شده بود. نمونه لازم جهت مطالعه براساس نتایج مطالعات قبلی (۱۸) و با در نظر گرفتن نمره سبک زندگی سالم برابر با 0.17 ± 0.67 و خطای نوع اول برابر با ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۲۵، حداقل حجم نمونه لازم برابر با ۱۷۸ نفر تعیین شد که با توجه به در دسترس بودن جامعه پژوهش، حداقل تا ۲۳۷ نفر بررسی شدند. فرمول مورد استفاده در تعیین حجم نمونه به قرار زیر بود:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{d^2}$$

داده ها با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت که روایی و پایایی آن توسط محمدی زیدی و همکاران تأیید شده است، انجام شد (۱۱). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت می تواند توسط پروفایل سبک زندگی ارتقای سلامت

(Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLPII)

اندازه گیری شود که این ابزار به طور گسترده در تحقیقات سلامت (۱۱،۱۳،۱۷)، استفاده و روایی و پایایی آن در جمعیت های متنوع گزارش شده است (۱۱) و روایی و پایایی آن در ایران نیز به اثبات

همکاران (۲۳) به سه گروه ضعیف (۴۰-۱۷)، متوسط (۶۵-۴۰) و خوب (بیشتر از ۶۵) تقسیم‌بندی شد. پروتکل طرح به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسید و چنانچه فردی حاضر به مشارکت نبود از مطالعه حذف می‌شد. پس از تصویب طرح و هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه، از هر بیمارستان به تناسب تعداد پرستاران شاغل، نمونه‌گیری انجام گرفت و پس از توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری داده‌های طرح، در تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، نمره سبک زندگی و ابعاد آن بر مبنای درصد محاسبه گردید. از آزمون تی مستقل در تحلیل آماری (برای مقایسه میانگین نمره سبک زندگی و خودکارآمدی در زیرگروه‌های مورد مطالعه) و ضریب همبستگی پیرسون (برای تعیین همبستگی بین نمره خودکارآمدی و سبک زندگی) استفاده شد. پس از بررسی تک‌متغیره، به منظور حذف اثر متغیرهای مخدوش‌کننده (تحصیلات، سن، جنس، وضعیت تأهل، شاخص توده‌بدنی و مصرف دخانیات)، از مدل رگرسیون خطی با روش گام‌به‌گام رو به جلو استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سن افراد مورد بررسی، $32/0 \pm 6/6$ سال و $70/0\%$ مؤنث بودند. از نظر وضعیت تأهل، $66/2\%$ متأهل و از نظر تحصیلات، 18 نفر ($7/6\%$) دیپلم، 20 نفر ($8/4\%$) فوق‌دیپلم، 183 نفر ($77/2\%$) لیسانس، 13 نفر ($5/5\%$) کارشناس ارشد و 3 نفر ($1/3\%$) در مقطع دکتری بودند. میانگین نمایه توده‌بدنی و میانگین سابقه کاری شرکت‌کنندگان به ترتیب $24/3 \pm 3/8$ و $8/3 \pm 6/6$ بود. همچنین میانگین نمره کلی سبک زندگی و نمره خودکارآمدی پرستاران مورد مطالعه، $59/1 \pm 10/0$ و $72/5 \pm 9/1$ به دست آمد.

میانگین نمره سبک زندگی برابر با $59/8 \pm 10$ بود که بالاتر از حد متوسط می‌باشد و بالاترین نمره سبک زندگی مربوط به حیطه مسئولیت‌پذیری و پایین‌ترین سطح آن نیز مربوط به فعالیت فیزیکی گزارش شد. همچنین اختلاف معنی‌داری در نمره کلی سبک زندگی و برخی ابعاد آن (شامل: مسئولیت‌پذیری، خودشکوفایی، حمایت اجتماعی و تغذیه در بین پرستاران شرکت‌کننده) برحسب وضعیت خودکارآمدی مشاهده گردید، به نحوی که متوسط نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در

رسیده است (۱۸،۱۱). HPLP II نسخه اصلاح‌شده HPLP است که به وسیله Walker و همکاران (۱۹) ارائه شده و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایتمندی فردی عمل می‌کنند، اندازه‌گیری می‌کند. به طور کلی نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر زیرشاخه (۹-۸ آیتم) محاسبه شده است. Walker و Hill-polerecky (۲۰)، برای ابزار HPLP II آلفای کرونباخ، $0/94$ و برای ۶ زیرشاخه آن، طیف $0/79-0/94$ را گزارش کردند. پایایی آزمون ۳ هفته‌ای برای کل ابزار نیز $0/89$ بود (۲۰). ابزار اصلی پژوهش حاضر، پروفایل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت Walker و همکاران است که نسخه انگلیسی آن شامل ۵۲ آیتم است (۲۰)، اما این پرسشنامه در ایران با ۴۸ سؤال توسط محمدی زیدی تأیید شده (۱۱)، که با استفاده از قالب پاسخ ۴ نقطه‌ای (۱=هرگز، ۲=برخی اوقات، ۳=اغلب و ۴=همیشه و به طور معمول) پاسخ داده می‌شود. این ابزار رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در ۶ بُعد شامل: تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۶ سؤال)، ورزش (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۵ سؤال)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۱۰ سؤال)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۷ سؤال)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۷ سؤال)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، در پی پیشرفت فردی بودن، تجربه خودآگاهی و رضایتمندی با ۱۳ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند (۱۱).

پرسشنامه خودکارآمدی Sherer. این مقیاس توسط Sherer و همکاران (سال ۱۹۸۲) (۲۱) ساخته شده که شامل ۱۷ ماده است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه خودکارآمدی بدین صورت است که به هر ماده، از ۵-۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. امتیاز آیتم‌های شماره ۱، ۱۳، ۸، ۹، ۳ و ۱۵ از راست به چپ، و بقیه ماده‌ها به صورت معکوس؛ یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. این مقیاس دارای حداکثر نمره، ۸۷ و حداقل نمره، ۱۷ می‌باشد. پایایی و روایی این پرسشنامه توسط نویدیان و همکاران (۲۲) به اثبات رسیده است. نمره خودکارآمدی به دست آمده از افراد براساس روش به کاررفته در مطالعه باقری و

پرستاران با خودکارآمدی خوب، به طور معنی داری بالاتر بود (p < 0/05). نمره سبک زندگی در ابعاد مدیریت استرس و فعالیت فیزیکی، ارتباطی با خودکارآمدی نشان نداد (p > 0/05) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، ابعاد آن و مقایسه پرستاران مورد مطالعه بر حسب وضعیت خودکارآمدی

سبک زندگی و ابعاد آن	نمره کل	خودکارآمدی متوسط (n=191)	خودکارآمدی خوب (n=46)	pvalue
مسئولیت پذیری	66/3±13/21	61/5±13/85	69/5±11/75	<0/001
خودشکوفایی	59/7±12/34	55/85±12/42	62/3±11/6	<0/001
حمایت اجتماعی	63/9±12	60/3±11	66/33±12/1	<0/001
مدیریت استرس	56/37±13/41	54/53±14/1	57/6±12/84	0/083
فعالیت فیزیکی	48/86±18/72	48/5±18/9	49/1±18/7	0/815
تغذیه	59/39±12/51	55/86±11/97	61/7±12/35	<0/001
نمره کل سبک زندگی	59/1±9/99	56/1±10/6	61/1±9/05	<0/001

بین نمره کل سبک زندگی، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، حمایت اجتماعی و خودشکوفایی در پرستاران مجرد و متأهل، اختلاف آماری معنی داری وجود داشت که نشان می داد ابعاد سبک زندگی در پرستاران مجرد، بالاتر از پرستاران متأهل بوده است، اما اختلاف معنی داری بین نمره پرستاران در ابعاد مسئولیت پذیری، تغذیه و نمره خودکارآمدی دیده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن در پرستاران مورد مطالعه با وضعیت تأهل

سبک زندگی و ابعاد آن	متأهل (n=107)	مجرد (n=80)	pvalue
مسئولیت پذیری	65/8±13/1	66/6±13/4	0/671
خودشکوفایی	58/3±12/6	61/8±11/0	0/039
حمایت اجتماعی	62/1±11/4	67±12/3	0/003
مدیریت استرس	54/3±12/8	60/6±13/7	0/001
فعالیت فیزیکی	45/4±17/4	55/7±19/6	<0/001
تغذیه	58/7±13/1	60/3±11/1	0/340
نمره کل سبک زندگی	57/4±9/13/1	62±9/6	0/001
خودکارآمدی	71/6±8/8	74/0±9/6	0/058

در بین آیتم های سبک زندگی تنها اختلاف معنی دار بین دو جنس در نمره خودشکوفایی وجود داشت، اما نمره خودکارآمدی و سایر ابعاد سبک زندگی با جنسیت رابطه ای نشان نداد. همچنین بین نمره سبک زندگی، ابعاد آن و نمره خودکارآمدی، متغیرهای

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی، سبک زندگی خودارتقادهنده سلامت و ابعاد آن در پرستاران مورد مطالعه با جنسیت

سبک زندگی و ابعاد آن	مذکر (n=71)	مؤنث (n=166)	pvalue
مسئولیت پذیری	66/3±13/7	66/2±13	0/963
خودشکوفایی	57/1±14/4	60/8±11/1	0/034
حمایت اجتماعی	62/7±12/7	64/4±11/6	0/320
مدیریت استرس	57/5±14/9	55/8±12/6	0/383
فعالیت فیزیکی	48/4±19/3	49/0±18/4	0/837
تغذیه	58/6±12	59/7±12/7	0/528
نمره کل سبک زندگی	58/4±11/4	59/3±9/3	0/532
خودکارآمدی	71/9±8/9	72/7±9/2	0/542

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون (جدول شماره ۴)، در رابطه بین سن با آیت‌های سبک زندگی و خودکارآمدی مشخص گردید بین حمایت اجتماعی با سن ($p < 0/015$) و نمایه توده‌بدنی

همبستگی معکوس معنی‌داری وجود دارد، اما بین سایر آیت‌های سبک زندگی و خودکارآمدی با سن، همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد ($p < 0/05$).

جدول شماره ۴: آنالیز همبستگی بین خودکارآمدی، سبک زندگی، ابعاد آن با سن و شاخص توده‌بدنی

سن	مسئولیت‌پذیری	خودشکوفایی	حمایت اجتماعی	مدیریت استرس	فعالیت فیزیکی	تغذیه	نمره کل سبک زندگی	خودکارآمدی
r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)	r(pvalue)
۰/۰۸۹(۰/۱۷۴)	-۰/۰۷۹(۰/۲۲۶)	-۰/۱۵۸(۰/۰۱۵)*	-۰/۰۲۹(۰/۶۵۲)	-۰/۱۱۴(۰/۰۸۰)	-۰/۰۴۴(۰/۵۰)	-۰/۱۱۹(۰/۰۶۸)	۰/۰۰۷(۰/۹۱۲)	
-۰/۰۸۷(۰/۱۸۴)	-۰/۰۳۸(۰/۵۶۲)	-۰/۱۴۶(۰/۰۲۵)*	-۰/۰۸۲(۰/۲۰۸)	-۰/۰۹۹(۰/۱۲۹)	-۰/۰۵۸(۰/۳۷۱)	۰/۱۱۸(۰/۰۷۱)	-۰/۰۷۰(۰/۲۸۱)	

همچنین سبک زندگی در افراد سیگاری به میزان ۰/۷۳ کمتر از افراد غیرسیگاری بود و رابطه معکوس معنی‌داری بین مصرف سیگار و نمره سبک زندگی دیده شد. به علاوه، نمره سبک زندگی مجردها، به طور معنی‌داری از متاهلین بالاتر بود ($p < 0/05$).

نتایج مدل رگرسیونی خطی نشان داد (جدول شماره ۵)، به ازای هر ۱ نمره در افزایش خودکارآمدی، مقدار نمره سبک زندگی به میزان ۰/۲۶ افزایش می‌یابد و افزایش خودکارآمدی، همبستگی مثبت معنی‌داری با سبک زندگی نشان داد.

جدول شماره ۵: نتایج مدل رگرسیون خطی در ارتباط خودکارآمدی و سایر متغیرهای مورد بررسی بر سبک زندگی

مدل‌های گام‌به‌گام رو به جلو	متغیر	ضریب بتا	pvalue	دامنه اطمینان
				حد پایین
خودکارآمدی	۰/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵	۰/۴۳
شاخص توده‌بدنی	-۰/۵۱۲	۰/۶۲۱	-۲/۳۴	۱/۵۳
مرد بودن	۰/۵۴۹	۰/۷۰۹	-۲/۳۴	۳/۴۴
مجرد بودن	۲/۴	۰/۰۹۴	۱/۶۴	۲/۳
تحصیلات	-۰/۳۲۶	۰/۷۴۴	-۲/۳	۱/۶
مصرف دخانیات	-۷/۲۲	۰/۰۲۵	-۱۳/۵	-۰/۹۱۷
سن	-۰/۰۹	۰/۴۴	-۰/۳۱۲	۰/۱۳۶
خودکارآمدی	۰/۲۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۲۶	۰/۴۰۱
مصرف دخانیات	-۷/۳	۰/۰۱۸	-۱۳/۴	-۱/۳
مجرد بودن	۲/۹	۰/۰۲۲	۰/۴۳	۵/۴۲

به میزان ۰/۲۶ افزایش می‌یابد و افزایش خودکارآمدی، همبستگی مثبت معنی‌داری با سبک زندگی دارد. در مطالعه حاضر، پایین‌ترین سطح نمره سبک زندگی مربوط به فعالیت فیزیکی بود. سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی غیرفعال و مصرف رژیم غذایی دارای چربی و کالری زیاد را علت اصلی همه‌گیری چاقی اعلام کرده است، البته چاقی از عوامل خطرزای مهم بیماری‌های قلبی - عروقی است که با بیماری‌هایی نظیر دیابت، فشارخون، اختلالات چربی خون و بعضی سرطان‌ها نیز ارتباط دارد (۲۸، ۲۷). اضافه وزن و چاقی از نظر بالینی یک نشانه پایدار بوده که در بیشتر موارد با بازگشت همراه است و برای رهایی از آن باید به تنظیم مجموعه عادات غذایی و اصلاحات رفتاری که موجب افزایش احساس خودکارآمدی می‌شود نیز توجه کرد (۷-۵).

میانگین نمره سبک زندگی در جامعه مورد مطالعه، بالاتر از متوسط به دست آمد و بالاترین نمره سبک زندگی مربوط به حیطه مسئولیت‌پذیری بود. از آنجا که براساس مطالعات گذشته مشخص شده است دانش پرستاران در حیطه‌های سبک زندگی سالم، نسبتاً بالا می‌باشد (۲۵، ۲۴، ۸) و در این مطالعه نیز بالاتر از حد متوسط به دست آمد، لذا بالا بودن سطح دانش پرستاران، درخصوص عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و مرتبط با سبک زندگی سبب بالا رفتن نمره سبک زندگی آنها در حیطه مسئولیت‌پذیری آنها نسبت به ارتقای سبک زندگی سالم می‌شود (۲۶، ۹). نتایج مدل رگرسیونی در مطالعه حاضر نشان داد به ازای هر ۱ نمره در افزایش خودکارآمدی، مقدار نمره سبک زندگی

همچنین مطالعات نشان داده‌اند بین سبک زندگی و برخی خصوصیات رفتاری (مانند پرخاشگری، خصومت، حالت دفاعی داشتن و فردگرایی)، رابطه معنی‌داری وجود دارد. افرادی که سبک زندگی سالم دارند، کمتر دارای ویژگی‌های منفی شخصیتی هستند، همچنین افرادی که دارای خواب منظم، ورزش و عادات غذایی مناسب هستند، سازش عاطفی بالاتری داشته و از اختلال‌های روانی و جسمی کمتری رنج می‌برند (۱۵) (۳۵-۳۳).
براین اساس می‌توان بیان کرد بسیاری از بیماری‌های مزمن قابل پیشگیری بوده و ساده‌ترین و ارزان‌ترین راه مقابله با آنها نیز پیشگیری اولیه و تصحیح سبک زندگی می‌باشد (۲۹، ۳۴).

براساس نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر مشخص گردید نمره سبک زندگی پرستاران، کمی بالاتر از حد متوسط است و این گروه شغلی خودکارآمدی بالایی در بهبود سطح زندگی خود دارند، اما مسئولیت‌پذیری بالا در حرفه پرستاری سبب کاهش فعالیت فیزیکی شده است. همچنین پرستاران با خودکارآمدی خوب؛ نمره سبک زندگی بالاتری در مسئولیت‌پذیری، خودشکوفایی، حمایت اجتماعی و تغذیه از نظر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دارند. بنابراین، به‌نظر می‌رسد استرس‌های شغلی و زندگی، تأثیر معکوسی بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت داشته باشند و این مسئله، به‌خصوص در پرستاران سیگاری و متأهل نیز بیشتر دیده می‌شود. لذا برنامه‌های مداخله‌ای، به‌منظور کاهش استرس کاری، افزایش مهارت‌های زندگی و خودکارآمدی در پرستاران می‌تواند سبک زندگی آنها را در همه ابعاد ارتقا دهد.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این مطالعه، گرچه خودکارآمدی پرستاران در سطح بالایی قرار دارد، اما به دلیل مسئولیت حرفه‌ای سنگین و وظایف محوله به آنها، همچنین مسئولیت‌پذیری آنان در انجام وظایف، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در پرستاران به‌شدت متأثر شده است و این پدیده بیش از هر چیزی بر فعالیت فیزیکی و تغذیه پرستاران تأثیر گذاشته که این مسئله در پرستاران متأهل، بیشتر ملموس است. لذا برنامه‌ها و مداخلات آموزشی، به‌منظور ارتقای سبک زندگی پرستاران پیشنهاد می‌شود.

در مطالعه حاضر براساس نتایج مدل نهایی، رابطه معکوس معنی‌داری بین مصرف سیگار و نمره سبک زندگی دیده شد و نمره سبک زندگی مجردها، به‌طور معنی‌داری از متأهلین بالاتر بود. در مطالعات زیادی به این نتیجه رسیده‌اند که باورهای خودکارآمدی، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای وابسته به سلامتی شامل: مهار وزن، رفتار خوردن، ورزش و ترک سیگار است (۲، ۴، ۷، ۲۹).
همچنین نقش خودکارآمدی در بهبود فعالیت فیزیکی اثبات شده است (۱۶، ۱۷). در مطالعات مختلف، نقش وضعیت تأهل در ابتلا، میرایی از بیماری‌ها و بهره‌مندی از خدمات سلامت نشان داده شده است. زنان متأهل به‌مراتب بیش از سایرین به دلیل نیازهای درک شده از خدمات سلامت استفاده می‌کنند که این اختلاف می‌تواند متأثر از فرصت بیشتر در مجردها نسبت به متأهلین باشد (۳۰، ۳۱). به‌علاوه، کسانی که سبک زندگی سالم را انتخاب می‌کنند رفتارهای خطرپذیر کمتری دارند (۱۳). در مطالعه حاضر، متوسط نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در نمره کل سطح زندگی و برخی ابعاد آن (شامل: مسئولیت‌پذیری، خودشکوفایی، حمایت اجتماعی و تغذیه در پرستاران) با خودکارآمدی خوب، به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند بین سبک زندگی، خودکارآمدی و اختلالات روان‌شناختی، رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد (۱۵، ۳۲، ۳۳) و خودکارآمدی در سبک زندگی، به‌ویژه در موقعیت‌های سه‌گانه (فشار اجتماعی، دسترسی به مواد غذایی و تجربه هیجان‌های مثبت) در افراد چاق نسبت به افراد با وزن طبیعی، پایین‌تر بوده است (۱۵، ۱۶). براساس نتایج حاضر، نمره سبک زندگی در بُعد مدیریت استرس در پرستاران، ارتباطی با خودکارآمدی نشان نداد. علت این رابطه را می‌توان به فشار و استرس‌های کاری در پرستاران، به‌ویژه در پرستاران با شیفت چرخشی دانست. محمدی زیدی و همکاران نیز نشان دادند شایع‌ترین حوادث استرس‌زا بین بیماران به ترتیب احساس فشار کاری، ۴۷/۷٪؛ نارضایتی شغلی، ۲۷/۳٪؛ دلواپسی و اضطراب، ۷۷/۳٪ و تندخویی، ۶۵/۹٪ می‌باشد. در این مطالعه این مشکلات در بیمارانی بررسی شد که وضعیت سبک زندگی در ۹۵/۵٪ آنان مختل و یا در سطح متوسط قرار داشت (۱۱). لذا به‌نظر می‌رسد بهبود سبک زندگی در نتیجه خودکارآمدی می‌تواند در بسیاری از هیجانانگیز و مدیریت استرس مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

رساند و مورد حمایت مالی قرار داد سپاسگزاری می‌گردد.

همچنین از تمامی پرستاران مورد مطالعه نیز کمال تشکر را داریم.

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم که طرح

تحقیقاتی این مقاله را (با شماره ۹۴۵۴۸، سال ۱۳۹۴) به تصویب

References:

1. Nedeljkovic M, Wepfer V, Ausfeld-Hafter B, Wirtz PH, Streitberger KM. Influence of general self-efficacy as a mediator in Taiji-induced stress reduction-Results from a randomized controlled trial. *Eur J Integr Med* 2013;5(3):284-90.
2. French DP. Self-Efficacy and Health. In: Wright JD, editor. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2015. p. 509-14.
3. Kobau R, DiIorio C. Epilepsy self-management: A comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4(3):217-25.
4. Matsuo T, Murotake Y, Kim MJ, Akiba T, Shimojo N, Kim MK, et al. High general self-efficacy is associated with less weight loss under a supervised dietary modification program. *Obes Res Clin Pract* 2010;4(2):e83-e162.
5. Priesack A, Alcock J. Well-being and self-efficacy in a sample of undergraduate nurse students: A small survey study. *Nurse Educ Today* 2015;35(5):e16-20.
6. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care* 2006;29(4):823-9.
7. Shin H, Shin J, Liu P-Y, Dutton GR, Abood DA, Ilich JZ. Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutr Res* 2011;31(11):822-8.
8. Alpar ŞE, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Educ Pract* 2008;8(6):382-8.
9. Ochieng BM. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. *Br J Community Nurs* 2006;11(2):78-81.
10. Pirzadeh A, Sharifirad G, Kamran A. Healthy lifestyle in teachers. *J Educ Health Promot* 2012;1:46.
11. Mohammadi Zeydi E, Heidar Nia A, Haji Zadeh E. The study of cardiovascular patient's lifestyle. *Daneshvar* 2006;61(13):49-56. [Full Text in Persian]
12. Ahmadnia E, Shakibazadeh E, Khooshehcheen T. Life style-related osteoporosis preventive behaviors among nursing and midwifery students. *Hayat* 2009;15(4):Pe50-Pe9, en84. [Full Text in Persian]
13. Baghianimoghadam M, Ehrampoush M, Ardian N, Soltani T. A research about health promoting activities (lifestyle) at employees. *Occup Med Q J (Shahid Sadooghi Univ Med Sci)* 2013;5(3):79-87. [Full Text in Persian]
14. CHarkazi A, SHahnazi H, Ekrami Z. Lifestyle of teachers working in Gorgan City in 2009. *Health Sys Res* 2010;6(3):522-31. [Full Text in Persian]
15. Wu A, Tang C-kk, Kwok T. Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging Ment Health* 2004;8(1):21-8.
16. McAuley E, Konopack JF, Motl RW, Morris KS, Doerksen SE, Rosengren KR. Physical activity and quality of life in older adults: Influence of health status and self-efficacy. *Ann Behav Med* 2006;31(1):99-103.
17. Ashford S, Edmunds J, French DP. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol* 2010;15(Pt 2):265-88.

18. KheirJoo E, Jomehri F, Ahadi H, Farshbaf Manisefat F. Comparison of health promoting lifestyle of female rheumatoid arthritis patients with healthy women and relationship with demographic. *Knowl Res Appl Psychol* 2013;13(50):6.-10. [Full Text in Persian]
19. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987;36(2):76-81.
20. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center; 1996:120-26.
21. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychol Rep* 1982;51(2):663-71.
22. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizade MS, Poursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. *J Behav Sci* 2009;3(3):217-22. [Full Text in Persian]
23. Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Ebrahimi MJ, Heidari-Fard J, Yanj J, Golchinmehr S. The Relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in community-dwelling elderly in Sari, Iran, 2012. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013;23(101):38-47. [Full Text in Persian]
24. Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle. *BMC Nurs* 2014;13(1):38.
25. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? *Appl Nurs Res* 2009;22(3):211-5.
26. Yeh L, Chen CH, Wang CJ, Wen MJ, Fetzer SJ. A preliminary study of a healthy-lifestyle-promoting program for nursing students in Taiwan. *J Nurs Educ* 2005;44(12):563-5.
27. Eshrati B, Hasanzadeh J, Beigi AM. Calculation of population attributable burden of excess weight and obesity to non-contagious diseases in Markazi province of Iran. *Koomwsh* 2010;11(2):83-90. [Full Text in Persian]
28. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Moemenbellah-Fard MD. Estimation of the regional burden of non-communicable diseases due to obesity and overweight in Markazi province, Iran, 2006-2007. *J Cardiovasc Dis Res* 2012;3(1):26-31.
29. Manley D, Cowan P, Graff C, Perlow M, Rice P, Richey P, et al. Self-Efficacy, Physical Activity, and aerobic fitness in middle school children: Examination of a pedometer intervention program. *J Pediatr Nurs* 2014;29(3):228-37.
30. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in Markazi Province of Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15(5): 363-70.
31. Kavosi Z, Mohammadbeigi A, Ramezani-Doroh V, Hatam N, Jafari A, Firoozjahantighi A. Horizontal inequity in access to outpatient services among Shiraz City residents, Iran. *J Res Health Sci* 2015;15(1):37-41.
32. Hill K, Startup M. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Res* 2013;206(2-3):151-7.
33. Negovan V, Sterian M, Martin OP. Interparental relationships and preparatory class children's self-esteem and self-efficacy. *Procedia Soc Behav Sci* 2015;187:637-41.
34. Brands I, Köhler S, Stapert S, Wade D, van Heugten C. Influence of self-efficacy and coping on quality of life and social participation after acquired brain injury: A 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95(12):2327-34.
35. Tabatabaei S, Jashani N, Mataji M, Afsar NA. Enhancing staff health and job performance through emotional intelligence and self-efficacy. *Procedia Soc Behav Sci* 2013;84:1666-72.

Original Article

Study of the Relationship Between Self-efficacy and Health-Promoting Lifestyle and Associated Factors in Nurses

Abolfazl Mohammadbeigi¹, Zohreh Anbari², Narges Mohammadsalehi³, Aida Mahdipour⁴,
Robabeh Ahmadi³, Hossein Ansari^{5*}

¹Research Center for Environmental Pollutants, Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Education Development Center, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

³Health Policy & Promotion Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴Health Policy & Promotion Research Center, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁵Health Promotion Research Center, Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

*Corresponding Author:
Hossein Ansari, Health Promotion Research Center, Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Email:
ansarih88@gmail.com

Received: 14 Jan, 2016

Accepted: 25 Apr, 2016

Abstract

Background and objectives: Lifestyle is a unique pattern of behaviours, habits and characteristics that are exhibited by any people and is used as an indicator of physical health. The current study was conducted to investigate self-efficacy and healthy-promoting lifestyle and associated factors in nurses in Qom.

Methods: This analytical cross-sectional study was conducted on 237 nurses working in healthcare centers affiliated with the Qom University of Medical Sciences. Data were gathered by two standard questionnaires, Health-Promoting Lifestyle Profile and Sherer et al. general self-efficacy scale, and analysed by independent t-test, correlation coefficient, and stepwise linear regression model.

Results: The mean age of participants was 32.04 years and 70% of them were female. The mean score of lifestyle and self-efficacy was 59.8±10 and 72.46±9, respectively. The total mean score of lifestyle and some associated domains including responsibility, self-actualization, social protection and nutrition was significantly higher in the nurses who had good self-efficacy (p<0.05). Furthermore, there was a significant relationship between social protection and age (p<0.015). The regression model showed that with increase in self-efficacy, healthy lifestyle score increased (p<0.05).

Conclusion: According to this study, the mean score of lifestyle was derived slightly higher than average level in the nurses. Nurses may have high self-efficacy to improve their lifestyle. Nevertheless, heavy responsibility in nursing profession has caused decrease in physical activity.

Keywords: Lifestyle; Self efficacy; Nures; Obesity; Motor activity.