

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سبک زندگی سالم میانجیان سلامت شاغل در خانه‌های مشارکت مردم تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۴۰۳-۱۴۰۲

مرضیه خونانی^۱، داود شجاعی زاده^{۲*}، زهرا جلیلی^۳

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده فناوری و علوم پزشکی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده فناوری و علوم پزشکی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده فناوری و علوم پزشکی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
*نویسنده رابط: Shogae5@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۷

چکیده

زمینه و هدف: میانجیان سلامت وظیفه انتقال پیام‌های مرتبط با سبک زندگی سالم را به جامعه هدفی بر عهده دارند که از طرف آنها در خانه‌های مشارکت مردم انتخاب شده‌اند. اجرای مداخلات آموزش محور، می‌تواند خودکارآمدی میانجیان سلامت در انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را تقویت کند. هدف مطالعه، تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت میانجیان است.

روش کار: مطالعه به صورت نیمه تجربی و مداخله‌ای با طراحی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد. جامعه آماری شامل میانجیان سلامت در خانه‌های مشارکت مردم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۴ خانه مشارکت به عنوان گروه آزمون و مابقی به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. تعداد کل شرکت‌کنندگان ۷۴ نفر بود. برای گروه آزمون، ۴ جلسه آموزشی ۲ ساعته برگزار شد و مرور موضوعات، انجام تکالیف و پاسخگویی به سؤالات از طریق گروه آموزشی مجازی انجام شد. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه‌های استاندارد «خودکارآمدی» و «سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت» و تحلیل داده‌ها با SPSS 28 و آزمون‌های کای دو، تی، پیرسون و کولموگروف-اسمیرنوف صورت گرفت.

نتایج: پس از مداخله، نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (از $30/40 \pm 21/00$ به $168/31 \pm 24/71$) و خودکارآمدی سلامت (از $68/57 \pm 10/21$ به $84/57 \pm 11/84$) در گروه آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0/001$). بالاترین همبستگی معنی‌دار بین نمره کل سبک زندگی و خودکارآمدی مشاهده شد ($r = 0/741$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر نظریه خودکارآمدی می‌تواند موجب ارتقای رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در میانجیان سلامت شود و به عنوان راهبردی مؤثر در آموزش‌های سلامت محور مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: میانجیان سلامت، خانه مشارکت مردم در سلامت، نظریه خودکارآمدی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت

مقدمه

هدف اصلی در ارتقای سلامت، دستیابی به رفتارهای سالم در سبک زندگی است (۱). هر فردی در زندگی روزمره خود از الگو یا طرح رفتاری و نظم مشخصی در کار، نحوه گذران اوقات فراغت و نوع تفریحات، مدل دینداری و نظام باورها، استراحت، روابط جنسی، نحوه و الگوی مصرف، تغذیه، تحرک، رابطه با محیط زیست، زندگی اجتماعی، نحوه روابط با افراد خانواده و خویشاوندان و همسایگان و دوستان و غیره پیروی می‌کند که شیوه زندگی او را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین سبک یا شیوه زندگی نوعی انتخاب است (۲).

سازمان جهانی بهداشت اصطلاح سبک زندگی را الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهمکنش اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی حاصل می‌شود. این سازمان در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو عنوان کرد که در حال حاضر، ۶۰٪ از مرگ و میر جهانی (این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵٪ خواهد رسید) و ۸۰٪ مرگ و میر کشورهای در حال توسعه، به دلیل سبک زندگی ناسالم است (۳).

سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت از منابع با ارزش کاهش بروز بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنها و روشی جهت ارتقای کیفیت زندگی است؛ همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه مراقبت‌های بهداشتی است (۴،۵). بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری‌های قلب و عروق، انواع سرطان‌ها، پرفشاری خون، بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، اعتیاد و غیره که امروزه در اغلب کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، با دگرگونی‌های شیوه زندگی و سبک زندگی نامناسب افراد آن جامعه ارتباط دارد (۶).

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 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. از این میان خودکارآمدی به عنوان یکی از مهمترین عوامل در انجام رفتار به شمار می‌رود (۷).

خودکارآمدی عبارتست از اعتمادی که شخص به توانایی اش برای پیگیری یک رفتار دارد و نقشی محوری در تغییر رفتار ایفا می‌کند (۸). این مفهوم اولین بار توسط Albert Bandura در سال ۱۹۷۷ به عنوان مهمترین عامل تعیین کننده برای تغییر رفتار مطرح شد زیرا می‌تواند بر انتخاب فرد در مراحل اتخاذ رفتار تأثیر بگذارد و باعث شود فرد تلاش بیشتری برای دستیابی به عمل، صرف کند و در برابر مشکلات و موانع استقامت کند (۱). او 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. (۴،۷) چهار منبع عمده برای خودکارآمدی وجود دارد که عبارتند از: موفقیت در عملکرد، تجارب جانشینی، تشویق کلامی، برانگیختگی عاطفی (۶).

مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی با انواع رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، مانند ترک سیگار، رژیم غذایی و فعالیت بدنی مرتبط است. همچنین منجر به خودمدیریتی بهتر، افزایش امید به زندگی و تنظیم رفتارهای بهداشتی می‌شود (۱).

مشارکت مردم در سلامت اولین بار در بیانیه آلماتا (سی‌امین مجمع جهانی بهداشت) به عنوان یکی از اصول دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه مطرح شد که منجر به افزایش سواد سلامت و توانمندی‌های فردی، ارتقای سلامت فردی با افزایش رضایت از مشارکت داوطلبانه، افزایش

مردم (به عنوان میانجیان سلامت) یافت نشد؛ بنابراین نیاز به انجام مداخله آموزشی طراحی شده مبتنی بر استراتژی‌ها و مدل‌های علمی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، احساس می‌شد. همین دلایل منجر به شکل‌گیری مطالعه حاضر شد تا تأثیر استفاده از نظریه خودکارآمدی به عنوان یکی از مداخلات آموزشی کاربردی در علم آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت اعضای خانه مشارکت مردم دانشگاه علوم پزشکی تهران، به عنوان میانجیان سلامت، سنجیده شود.

روش کار

این پژوهش به صورت مطالعه «مداخله‌ای نیمه تجربی» با دو گروه مداخله و کنترل و با هدف بررسی «تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت میانجیان سلامت خانه مشارکت مردم در سلامت، تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲» انجام شد. جامعه آماری مورد نظر در مطالعه، اعضای خانه‌های مشارکت مردم در سلامت، تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان میانجیان سلامت بودند. حجم نمونه این پژوهش بر اساس مطالعات مشابه قبلی (۱) برآورد شد و با در نظر گرفتن فرمول میانگین تفاوت بین دو گروه و فرمول زیر، برای هر گروه حداقل تعداد نمونه ۳۴ نفر به دست آمد که با احتساب ریزش ۱۰٪، در هر گروه ۳۷ نفر و مجموعاً ۷۴ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(Z_1 + Z_2)^2 (2S^2)}{d^2} = \frac{(1.645 + 0.84)^2 (2S^2)}{0.36 S^2}$$

Z_1 = ضریب اطمینان ۹۰ درصد برابر ۱/۶۴۵ است؛

Z_2 = ضریب توان آزمون ۸۰ درصد برابر ۰/۸۴ است؛

d = حداقل تفاوت میانگین هر یک از متغیرها بین دو گروه است که اختلاف را معنادار نشان می‌دهد و ۰/۶۵ در نظر گرفته می‌شود؛
 S = برآوردی از متوسط انحراف معیار هر یک از متغیرهاست.

در زمان مطالعه ۹ خانه مشارکت مردم در سلامت در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران فعالیت داشتند. این مطالعه بر روی کلیه جمعیت آماری انجام

حمایت‌های اجتماعی در راستای افزایش ارتباطات اجتماعی و سهولت دسترسی و پوشش خدمات برای گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت می‌شود (۹).

«خانه مشارکت مردم در سلامت»، به منظور جلب مشارکت‌های مردمی به عنوان یکی از اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) و حلقه مفقوده اجتماعی شدن نظام سلامت و با هدف توانمندسازی مردم در ارتقای سلامت خود، با مشارکت میانجیان مردمی، تأسیس شده است (۹، ۱۰). اعضای خانه مشارکت‌های مردمی (میانجیان سلامت)، نمایندگان تشکلهای مردمی هستند که پیام‌های سلامت را به مردم منتقل می‌کنند و با همکاری واسطه‌های شبکه، مطالبات مردم را مطرح و پیگیری می‌کنند (۹). اعضای این تشکل از ۲۱ نماینده منتخب منجمله: نماینده اصناف، هیأت‌های مذهبی، ورزشکاران، کارگران، رابطین بهداشتی، دانش‌آموزان، انجمن‌های اولیا و مربیان، NGOها و غیره تشکیل شده است (۱۰). «توزیع نظام‌مند پیام‌های شیوه زندگی سالم و دریافت بازخوردها» از وظایف مهم آنهاست و انتظار می‌رود خود الگوی سلامت محوری در خانواده، محله‌ای که در آن زندگی می‌کنند و محل کار باشند (۱۱).

آموزش مناسب و تأثیرگذار مفاهیم سلامتی در جهت تغییر رفتار می‌تواند یکی از راه‌های اصلی توانمندسازی میانجیان سلامت باشد تا هم خود در راستای ارتقای سلامت و بهبود سبک زندگی توانمند شوند و هم طبق نقشی که برایشان تعریف شده است، با استفاده از نفوذ و جایگاه اجتماعی خود، موجبات توانمندسازی گروه‌های مخاطبی که به نمایندگی از آنها در خانه مشارکت مردم، قبول مسئولیت کردند را نیز فراهم آورند. به نظر می‌رسد استفاده از فاکتورهای نظریه خودکارآمدی بر توانمندی میانجیان سلامت خانه مشارکت مردم در ارتقای سبک زندگی سالم خود و نیز به عنوان یک مروج برای انتقال پیام‌های مرتبط با سبک زندگی به گروه‌هایی که با آنها در ارتباط هستند، مؤثر باشد. با توجه به بررسی‌ها انجام شده، مطالعه مداخله آموزشی بر روی اعضای خانه مشارکت

قابل محاسبه است. ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرشاخه‌ها در محدوده ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شد؛ (۱۳) ج- «پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی»: این پرسشنامه که توسط انصاری (۱۳۸۹) طراحی و تدوین شد با ۲۰ گویه در طیف پنج گزینه‌ای مقیاس لیکرت از کاملاً مخالف (امتیاز ۱) تا کاملاً موافق (امتیاز ۵) به سنجش نمره کلی خودکارآمدی را در محدوده ۲۰ تا ۱۰۰، می‌پردازد. سه مؤلفه خودکارآمدی یعنی «پشتکار، خودتنظیمی و تلاش» در این پرسشنامه قابل سنجش هستند.

برای انجام پژوهش ابتدا پس از اخذ مجوزها و دریافت کد اخلاق، هماهنگی‌های لازم با مسئول راه‌اندازی خانه‌های مشارکت مردم در سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت انجام مطالعه صورت پذیرفت. در مرحله بعد، افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، در مورد فرایند مطالعه و نیز محرمانه نگه داشتن اطلاعات، توجیه شدند تا با رضایت در مطالعه شرکت کنند. سپس اطلاعات، جمع‌آوری و پرسشنامه‌ها قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه مداخله و کنترل توزیع و پیش‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. در مرحله بعد با گروه آزمون، هماهنگی‌های لازم جهت برگزاری جلسات آموزشی (زمان و مکان) صورت پذیرفت و جدول زمان‌بندی جلسات آموزشی تدوین و اعلام شد. طبق برنامه‌ریزی انجام شده گروه آزمون به دو گروه تقسیم شدند که برای هر گروه چهار جلسه آموزشی ۲ ساعته (۱۲۰ دقیقه‌ای)، مجموعاً هشت جلسه آموزشی ۲ ساعته (۱۶ ساعت) برگزار شد. در هر جلسه آموزشی یک یا دو مفهوم از شش بُعد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مورد نظر در این مطالعه شامل: مفهوم سلامت و ابعاد آن، سبک زندگی سالم و اهمیت آن، مسئولیت در مورد سلامت، تغذیه سالم، فعالیت بدنی، ارتباط بین فردی، خودشکوفایی و مدیریت استرس با به کارگیری از استراتژی‌های نظریه خودکارآمدی، شامل: موفقیت در عملکرد، تجربیات جانشینی، قانع‌سازی کلامی (تشویق) و برانگیختگی فیزیولوژیکی آموزش داده شد.

پذیرفت و بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده ۴ خانه مشارکت مردم به عنوان گروه مداخله و مابقی خانه‌های مشارکت مردم به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. سپس از لیست میانجیان سلامت، نمونه‌های مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه، عضویت در خانه مشارکت مردم در سلامت مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، حداقل یک ماه فعالیت در خانه مشارکت مردم در سلامت، تمایل به همکاری و شرکت در مطالعه، حضور مستمر و متوالی در آموزش بود. افراد در صورت بیش از یک جلسه غیبت در کلاس‌های آموزشی، عدم شرکت در یکی از مراحل پیش‌آزمون یا پس‌آزمون، خروج از عضویت خانه مشارکت مردم، از مطالعه حذف شدند.

برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه «متغیرهای دموگرافیک» و دو پرسشنامه استاندارد شده «پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (والکر)» و «پرسشنامه خودکارآمدی (۲۰ سؤالی)» استفاده شد: الف- «پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک»: شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، سابقه عضویت در خانه مشارکت مردم در سلامت است؛ ب- «پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (والکر)»: محمدی زیدی و همکارانش «روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را در مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران در اسفند ماه سال ۱۳۹۰ منتشر نمودند (۱۲، ۱۳) در مطالعه حاضر، این پرسشنامه استاندارد شده به عنوان یکی از ابزار سنجش مورد استفاده قرار گرفت که شامل ۵۲ گویه با شش بُعد تغذیه با ۷ سوال، فعالیت بدنی با ۷ سوال، مسئولیت‌پذیری در سلامت با ۱۳ سوال، مدیریت استرس با ۶ سوال، روابط (حمایت) بین فردی با ۸ سوال و رشد معنوی و خودشکوفایی با ۱۱ سوال است. به هر گویه در این پرسشنامه نمره ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) داده می‌شود. نمره کلی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در محدوده ۵۲ تا ۲۰۸ است و برای هر بُعد، نمره جداگانه

توسط هر دو گروه آزمون و کنترل میانجیان سلامت، اطلاعات جهت تحلیل و ارزیابی تأثیر مداخله جمع‌آوری شد (پس آزمون).

بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها ابتدا وارد نرم‌افزار SPSS 28 شد. سپس تجزیه و تحلیل لازم انجام گرفت. ابتدا توصیف داده‌های کیفی با استفاده از شاخص‌های فراوانی و درصد به تفکیک گروه کنترل و آزمون انجام شد و مقایسه توزیع آن در دو گروه با استفاده از آزمون کای دو انجام شد. سپس نرمال بودن داده‌های میانگین برای قبل و بعد از مداخله در هر دو پیامد مورد سنجش این مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. سپس با توجه به نرمال بودن داده‌ها، مقایسه میانگین در گروه‌های کنترل و مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل و مقایسه میانگین قبل و بعد هر سازه، با استفاده از آزمون تی زوجی انجام شد. در نهایت، ارتباط بین سازه‌های خودکارآمدی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. تمام تحلیل‌ها در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد.

نتایج

در مجموع ۷۴ میانجی سلامت در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی و انحراف معیار آنها در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $44/59 \pm 12/69$ و $47/54 \pm 14/26$ سال بود. با توجه به اطلاعات جدول ۱، به‌طور کل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک، در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و همگن بودند (آزمون کلمونوگراف-اسمیرنوف). اکثر افراد در هر دو گروه مرد، متأهل، دارای تحصیلات فوق دیپلم و کارشناسی با سابقه عضویت ۱ تا ۲ سال در خانه مشارکت بودند. وضعیت نمایه توده بدنی نیز با مقدار $0/509 =$ کای دو و $p=0/917$ ، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و بالاترین فراوانی مربوط به نمایه توده بدنی ۳۰-۲۵ (اضافه وزن) در هر دو گروه آزمون بود (جدول ۱). همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد با استفاده از آزمون آماری تی زوجی، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات تمام شش بُعد مورد سنجش سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، قبل و بعد از مداخله در

روش‌های آموزشی به کار گرفته شده در جلسات آموزشی، سخنرانی تعاملی، بحث گروهی و کارگروهی بود. ابزارهای آموزشی مورد استفاده نیز اسلاید آموزشی، بسته آموزشی که شامل فیلم‌ها، دفترک‌های آموزشی، کاربرگ‌های آموزشی، کاربرگ‌های ارزشیابی و پوستره‌های آموزشی بودند.

به منظور افزایش خودکارآمدی شرکت‌کنندگان، از آنها خواسته شد تجربیات موفق خود را با دیگران به اشتراک بگذارند. بدین منظور از میانجیان سلامتی که روش‌های مؤثر برای فعالیت‌بدنی و یا ارتباطات مؤثر را اجرا کرده بود، دعوت شد تا تجربیات خود را ارائه کنند و به سؤالات پاسخ دهد (تجارب تسلط و الگوهای نقش آفرینی). مشاوره انفرادی نیز برای تقویت شرکت‌کنندگانی که در اجرای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت موفق نبودند، انجام شد و از آنها خواسته شد که اهداف خود را به مراحل کوچکتر و دست‌یافتنی تقسیم کنند و پس از موفقیت در هر مرحله، تشویق شدند. همچنین به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد تا در مورد افکار، احساسات و تجربیات خود در انجام پیروی از یک رژیم غذایی سالم و انجام تکنیک‌های مدیریت استرس، بازخورد خود را بیان کنند.

توسط یک روانشناس تکنیک‌هایی همچون آرام‌سازی و تنفس دیافراگمی برای افزایش مهارت مدیریت احساسات، خلق و خوی و فیزیولوژی آموزش داده شد و از روش ایفای نقش برای مباحثی همچون ارتباط مؤثر استفاده شد.

گروه آموزشی مجازی برای گروه آزمون در پلتفرم ایستا تشکیل گردید و کلیه مستندات و مطالب آموزشی ارائه شده در جلسات حضوری جهت مرور موضوعات، انجام تکالیف، ادامه تعامل و پاسخگویی به ابهامات و سؤالات فراگیران با هدف استمرار و پایداری آموزشی به اشتراک گذاشته شد که مورد استقبال نیز قرار گرفت. لازم به ذکر است که در تمام طول مدت مداخله، میانجیان سلامت گروه کنترل از اجرای برنامه آموزشی مربوطه بی‌اطلاع بودند. در پایان دوره نیز مجدداً با تکمیل پرسشنامه‌های اولیه یکسان

بحث

در این پژوهش که با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت انجام شد، استفاده از استراتژی‌های ارتقای خودکارآمدی، منجر به افزایش معنی‌دار نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت شد. نتایج مطالعه نشان داد که نمره کلی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه مداخله پس از اجرای برنامه آموزشی به طور معنی‌داری افزایش یافته است که نشان دهنده تأثیر مثبت برنامه آموزشی است. شش بُعد رشد معنوی و خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و فعالیت بدنی و تغذیه تفاوت آماری معنی‌داری را قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان دادند. مطالعه مشابه عباسی نیز بهبود مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در معلمان، قبل و بعد از مداخله نشان داد (۱). همچنین یافته‌های مطالعات جهانی افتخاری بر روی زنان داوطلب سلامت شهر نیشابور (۴) حیدری بر سبک زندگی دبیران شهر زنجان (۱۴) و مطالعه امین بر اتخاذ رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت توسط زنان مبتلا به دیابت (۱۵) با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر همخوانی داشت. یافته‌های این مطالعه بین تمام سازه‌های خودکارآمدی و ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، همبستگی مستقیم و معنی‌داری را گزارش کرد؛ به طوری که با افزایش میانگین نمره هر کدام از سازه‌های خودکارآمدی، میانگین نمره ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت هم افزایش پیدا کرد؛ این اختلاف از نظر آماری برای تمام ارتباطات معنی‌دار بود. این مشاهدات نشان می‌دهد که بهبود مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با خودکارآمدی مرتبط است؛ مطالعه‌ای که توسط میرغفوروند انجام شد نیز نشان داد بین خودکارآمدی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و زیر دامنه‌های آن همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (۱۶). مطالعه امیری و همکاران، رابطه معناداری بین سلامت و بهزیستی و خودکارآمدی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را نشان داد (۱۷). نتایج این مطالعات و سایر پژوهش‌ها (۴، ۱) نشان داد که سبک زندگی و زیرمجموعه‌های آن ارتباط تنگاتنگی با خودکارآمدی افراد دارد.

بر اساس نتایج، نمره مسئولیت‌پذیری و خودشکوفایی افراد در گروه آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافته است، در حالیکه در گروه

گروه آزمون گزارش شد. بالاترین اختلاف مربوط به بُعد تغذیه ($t=7/608$ و $p=0/001$) و مسئولیت‌پذیری در سلامت ($t=7/608$ و $p=0/001$) است؛ در حالیکه این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبود (جدول ۲).

تفاوت معنی‌داری بین سازه‌های خودکارآمدی یعنی تلاش، خودتنظیمی و پشتکار، قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله، گزارش شد ($p=0/001$) اما در گروه کنترل تفاوت معنی‌دار به دست نیامد.

میانگین نمره کل سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه مداخله قبل از مداخله $30/21 \pm 4/00$ بود و بعد از مداخله به طور معنی‌داری به $38/31 \pm 2/71$ رسید ($p<0/001$)؛ در حالیکه در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/749$). میانگین نمره کل سازه خودکارآمدی در گروه مداخله قبل از مداخله $68/57 \pm 10/21$ بود و بعد از مداخله به طور معنی‌داری به $84/57 \pm 11/84$ افزایش یافت ($p<0/001$)؛ اما در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری از نظر آماری یافت نشد ($p=0/071$) (جدول ۳).

آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین تمام سازه‌های خودکارآمدی و ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، همبستگی مستقیم و معنی‌داری را گزارش کرد. به طوری که با افزایش میانگین نمره هر کدام از سازه‌های خودکارآمدی، میانگین نمره ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت هم افزایش پیدا کرد که این اختلاف از نظر آماری برای تمام ارتباطات معنی‌دار بود ($p<0/001$). مقدار همبستگی هر کدام از سازه‌های خودکارآمدی با ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت متفاوت بود. به طوری که بالاترین همبستگی مربوط به ارتباط بین نمره کل سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و نمره کل خودکارآمدی ($R=0/741$) و ارتباط بین سازه خودتنظیمی و نمره کل سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ($p=0/733$) بود. کمترین قدرت همبستگی نیز مربوط به ارتباط بین حمایت بین فردی و تلاش ($R=0/404$) و ارتباط بین حمایت بین فردی و پشتکار ($R=0/427$) بود (جدول ۴).

توان به گونه‌ای تفسیر کرد که افراد با خودکارآمدی بالا بهتر بتوانند بر مشکلات غلبه کنند و در نتیجه استرس خود را بهتر کنترل کنند (۲۳). نتایج مطالعه علیپور نشان می‌دهد که برای دستیابی به نتایج بهتر و تأثیرات مثبت بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار، می‌توان از تکنیک‌های خودکارآمدی در اجرای برنامه آموزشی استفاده کرد (۲۴). یافته‌های مطالعات فولادوند (۲۵) فخری (۲۶) و عسگرزاده ماهانی (۲۷) نشان داد، باورهای خودکارآمدی بر عوامل مختلفی از جمله انتخاب اهداف، تصمیم‌گیری و سلامت روان اثر مثبتی دارد و بیشترین اثر کلی را بر سلامت روان گروه‌های مورد مداخله داشت. مطالعه ما نشان می‌دهد که ساختارهای خودکارآمدی می‌توانند بر نحوه واکنش میانجیان به مسائل دنیای واقعی تأثیر بگذارند و مدیریت استرس را ارتقا دهند. با این حال، مطالعه انجام شده توسط **Molero Jurado** نتایج متفاوتی را گزارش کرد و نشان داد که افراد با خودکارآمدی بالاتر تحت استرس بیشتری بودند؛ محققان تفسیر کرده‌اند که افراد با خودکارآمدی بالا مسئولیت‌پذیرتر و در نتیجه استرس بیشتری دارند (۲۸).

یافته‌های مطالعه ما افزایش معنی‌دار میانگین نمره فعالیت‌بدنی را در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی در مقایسه با گروه کنترل را نشان داد که حاکی از تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر فعالیت‌بدنی است. یافته‌های مشابه در مطالعات عبدالهی (۲۹) و معتمدی (۳۰) گزارش شده است. در مطالعه **Zhou** (۳۱) و **Andenaes** (۳۲) بین خودکارآمدی و سطح فعالیت جسمی ارتباط مستقیمی وجود داشت. با توجه به نتایج این مطالعات می‌توان گفت که فعالیت‌بدنی به دلیل افزایش سطح سلامتی می‌تواند تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی فرد داشته باشد. در متاآنالیز انجام شده بر روی ۳۶ مطالعه مداخله‌ای، تأثیر معنی‌دار مداخلات بر خودکارآمدی و فعالیت‌بدنی مشاهده شد و همچنین بین متغیر خودکارآمدی و فعالیت بدنی رابطه قوی معنی‌دار وجود داشت (۳۳).

بر اساس تجزیه و تحلیل آماری مطالعه حاضر، یافته‌ها نشان‌دهنده افزایش معنی‌دار نمرات بعد تغذیه رفتار ارتقاءدهنده سلامت در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله است. نتایج حاصل از مطالعات مشابه همچون معتمدی (۳۰)، عباسی (۱) و جهانی افتخاری (۴) نیز به کارگیری استراتژی‌های خودکارآمدی در ارتقای توانایی عادات منظم خوردن و پیروی از الگوی تغذیه سالم را

کنترل تغییر معنی‌داری مشاهده نشده است. در این راستا مطالعه چناری نشان داد مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری و خودشکوفایی با خودکارآمدی و تغییر در یک جهت، مرتبط هستند (۱۸). مطالعه عزیززاده‌چرن‌دابی بیان می‌کند مسئولیت‌پذیری با خودکارآمدی همراه است و تأکید می‌کند که پذیرش و تعهد به انجام مسئولیت‌ها یکی از ویژگی‌های افراد خودکارآمد است (۱۹). **Akun و Ordun** همچنین نشان دادند که شکوفایی توانایی‌ها و کاربرد آنها مستقیماً با باورهای خودکارآمدی مرتبط است (۲۰). مطالعه‌ای که توسط **Shcherbakova** انجام شد، نشان داد خودشکوفایی تحت تأثیر تعدادی از عوامل است که یکی از مهم‌ترین آنها داشتن باورهای مثبت در مورد توانایی افراد در قالب خودکارآمدی است (۲۱). بنابراین همسویی کامل بین یافته‌های سایر مطالعات و مطالعه حاضر در معنی‌دار بودن افزایش تفاوت بعد مسئولیت‌پذیری و معنویت (خودشکوفایی) در گروه آزمون قبل و بعد از انجام مداخله وجود دارد.

یکی از ابعادی که موجب می‌شود فرد از کیفیت زندگی بهتری برخوردار باشد و رضایمندی بیشتری داشته باشد، کیفیت روابطی است که با دیگران دارد. باور فرد به توانایی (خودکارآمدی) برقراری ارتباطات مؤثر و قوی، موجب تقویت وسعت و عمق روابط او خواهد شد و همین‌طور بالعکس روابط و حمایت بین فردی قوی نیز باعث افزایش حس توانمندی او در ایجاد و مدیریت روابط میان فردی می‌شود که حاکی از تعامل دو سویه این دو است. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره روابط (حمایت) بین فردی میانجیان سلامت در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله، به طور معنی‌داری افزایش یافته است، در حالی که در گروه کنترل تغییر معنی‌داری مشاهده نشده است؛ همچنین رابطه مستقیم بین مؤلفه روابط بین فردی و خودکارآمدی و نیز تأثیر آموزش خودکارآمدی بر مؤلفه روابط بین فردی را گزارش می‌دهد. سعادت (۲۲) حیدری (۱۵) و جهانی افتخاری (۴) در مطالعات خود بیان کردند پس از مداخله، نمرات حیطه روابط اجتماعی و بین فردی در گروه آزمون افزایش معنی‌دار داشت و خودکارآمدی با روابط بین فردی مرتبط است.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد مداخله محققان توانسته است کنترل استرس میانجیان سلامت را بهبود بخشد. این نتایج را می

دهد و این یکی از چالش‌ها و محدودیت‌های تحقیقاتی است که به صورت مداخله آموزشی بر روی این گروه هدف انجام می‌شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی می‌تواند موجب ارتقای رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در میانجیان سلامت شود و به‌عنوان راهبردی مؤثر در آموزش‌های سلامت‌محور مورد استفاده قرار گیرد. ارتقای خودکارآمدی میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت بر عملکرد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت آنها مؤثر است. بر اساس یافته‌های مطالعه، چنانچه مداخلات جهت اتخاذ و تبعیت از رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم با بهره‌گیری از استراتژی‌های نظریه خودکارآمدی اجرا شوند، کارایی بیشتری دارند و موجب افزایش عملکرد افراد در اتخاذ سبک زندگی سالم می‌شود. طراحی و اجرای مداخلات ملی و راهبردهایی برای ارتقای باورهای خودکارآمدی در جهت بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت میانجیان سلامت و مقایسه یافته‌ها در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی و نیز بهره‌گیری از سایر روش‌ها و نظریه‌های تغییر رفتار در راستای ترویج سبک زندگی سالم برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

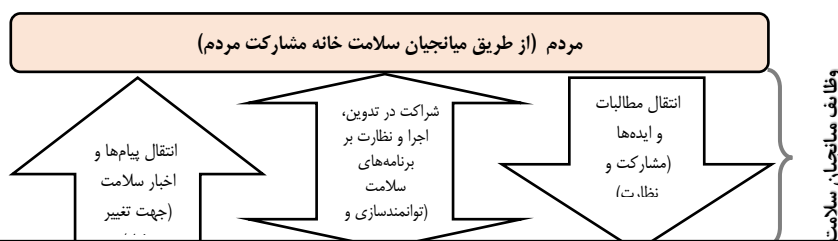
تشکر و قدردانی

این مطالعه، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره طرح تحقیقاتی ۱۶۲۹۱۸۹۷۶ و کد اخلاق شماره IR.IAU.SRB.REC.1403.277 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است. بدینوسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از خانه‌های مشارکت مردم در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز بهداشت جنوب تهران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران به دلیل همکاری صمیمانه برای اجرای این مطالعه و از میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت به دلیل شرکت در این مطالعه اعلام می‌کنند.

به صورت معناداری مؤثر گزارش کردند که نشان‌دهنده تأثیر استراتژی‌های خودکارآمدی (تجربه‌های ماهرانه یا موفقیت‌آمیز، تجربه‌های الگوبرداری (جانمایی)، تشویق و ترغیب کلامی و حالات فیزیولوژیک و هیجانی) در برنامه‌های آموزشی در گروه هدف است. مطالعه Dzielska نیز که با استفاده از فن‌آوری‌های چند رسانه‌ای، مداخله آموزشی برای بهبود رفتارهای بهداشتی و افزایش خودکارآمدی به عنوان پیامد اصلی یک شاخص رفتار سالم (HBI) انجام شد، تغییرات شاخص‌های تغذیه‌ای و فعالیت‌بندی به عنوان شاخص‌هایی از شش شاخص رفتار سالم قبل و بلافاصله بعد از مداخله را اعلام کرد. تجزیه و تحلیل آماری در دختران دارای اضافه وزن، نشان داد که شاخص رفتار سالم، بهبود یافت و بین وضعیت وزن بدن و سطح خودکارآمدی تعامل معنی‌داری وجود دارد که به عنوان پیش‌بینی تغییرات شاخص رفتار سلامت تأیید شد (۳۴). Sharma مطالعه‌ای در مورد خودکارآمدی تغذیه‌ای با هدف ارزیابی خودکارآمدی افراد در مصرف غذاهای سالم انجام داد. این مطالعه رابطه نزدیک بین خودکارآمدی و تغذیه را گزارش کرد (۳۵).

البته با توجه به اینکه میانجیان سلامت جزو گروهی از مردم هستند که به دلیل قبول تعهد و مسئولیت در خانه مشارکت مردم به اهمیت ابعاد سلامتی و سبک زندگی سالم واقف هستند به نظر می‌رسد جلسات آموزشی نتایج بهتری را نشان می‌دهد. به طور کلی می‌توان گفت که افزایش خودکارآمدی میانجیان سلامت باعث ارتقای سبک زندگی آنها می‌شود. از آنجایی که بین متغیرهای این پژوهش رابطه دوسویه وجود دارد، می‌توان نتیجه گرفت که بهبود مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در میانجیان سلامت، موجب بهبود باورها و رفتارهای خودکارآمدی آنان می‌شود.

ساختار خانه‌های مشارکت مردم در سلامت مبتنی بر عضویت ۲۱ سرشاخه از اقشار و سطوح مختلف مردم هستند، بنابراین تفاوت‌هایی از نظر جنسیت، سن، سطح سواد و مهارت‌ها در گروه مورد مطالعه وجود داشت (به طور مثال: طیف سنی از ۱۵ تا ۷۵ سال و از دانش‌آموز تا دکترا)؛ این ناهمگنی، کار را برای مداخله‌گر سخت می‌کند؛ زیرا که نحوه ارائه و محتوای مطالب باید طوری مدنظر قرار گیرد که تأثیرگذاری بر این طیف ناهمگن را پوشش



شکل ۱- مدل مفهومی خانه مشارکت مردم در سلامت (۱۱)

جدول ۱- توزیع وضعیت ویژگی‌های دموگرافیک میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت، تحت پوشش دانشگاه علوم

پزشکی تهران ۱۴۰۳-۱۴۰۲

متغیر	گروه کنترل کل (۳۷ نفر)		گروه آزمون کل (۳۷ نفر)		p-value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت*	زن	۱۶	۱۳	۳۵/۱	۰/۴۷۸۵
	مرد	۲۱	۲۴	۶۴/۹	
وضعیت تأهل*	مجرد	۱۲	۱۱	۲۹/۷	۰/۵۶۴
	متاهل	۲۵	۲۶	۷۰/۳	
	دیپلم- زیر دیپلم	۱۰	۹	۲۴/۳	
وضعیت تحصیلات*	فوق دیپلم- کارشناسی	۱۸	۲۲	۵۹/۴	۰/۹۰۰
	کارشناسی	۹	۶	۱۶/۳	
	ارشد- دکتری	۱	۳	۸/۱	
	خانه دار	۱۲	۷	۱۸/۹	
وضعیت اشتغال*	سازمان دولتی آزاد-	۱۱	۱۴	۳۷/۸	۰/۴۴۴
	خصوصی	۱۳	۹	۲۴/۳	
	کمتر از یک سال	۱۱	۱۵	۴۰/۵	
وضعیت سابقه عضویت در خانه مشارکت*	۱-۲ سال	۵	۴	۱۰/۸	۰/۵۳۵
	۲-۳ سال	۶	۴	۱۰/۸	
	۳-۴ سال	۱	۱	۲/۷	
	کمتر از ۱۸/۵	۱۱	۱۳	۳۵/۱	
وضعیت نمایه توده بدنی*	۲۵-۳۰	۲۱	۱۸	۴۸/۶	۰/۹۱۷
	۳۰-۳۵	۴	۵	۱۳/۵	
	۱۵ تا ۲۹ سال	۵	۵	۱۳/۵۱	
	۳۰ تا ۴۹ سال	۱۰	۱۹	۵۱/۳۵	
سن**	۴۹ تا ۶۹ سال	۲۱	۱۲	۳۲/۴۳	۰/۳۵۱
	۶۹ تا ۷۰	۱	۱	۲/۷۰	
	به بالا	۱	۱	۲/۷۰	

* آماره آزمون: کای دو ** آماره آزمون: تی مستقل

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره خودشکوفایی در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد در بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سبک زندگی سالم میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت، تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۴۰۳-۱۴۰۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون*	p-value
خودشکوفایی	قبل	۲۸/۰۵	۵/۲۵	۰/۳۶۵
	مداخله			
	بعد	۳۱/۱۶	۵/۳۵	-۱/۲۸۳
	مداخله			
	قبل	۲۹/۲۴	۵/۰۵	<۰/۰۰۱
	مداخله			
مسئولیت پذیری	قبل	۳۴/۵۹	۷/۵۵	۰/۱۶۸
	مداخله			
	بعد	۳۵/۲۱	۷/۲۸	۱/۱۹۸
	مداخله			
	قبل	۳۲/۳۱	۵/۵۰	<۰/۰۰۱
	مداخله			
بعد	۴۲/۱۷	۷/۴۷	۸/۶۰۸	
مداخله				
حمایت بین فردی	قبل	۲۱/۶۴	۴/۵۷	۰/۰۵۶
	مداخله			
	بعد	۲۲/۱۱	۴/۴۰	۲/۰۱
	مداخله			
	قبل	۲۲/۱۶	۸/۹۵	۰/۰۰۳
	مداخله			
بعد	۲۶/۵۷	۴/۰۱	۳/۱۹۳	
مداخله				
مدیریت استرس	قبل	۱۳/۱۶	۳/۳۱	۰/۴۷۸
	مداخله			
	بعد	۱۳/۵۷	۳/۳۷	۲/۶۶۱
	مداخله			
	قبل	۱۳/۰۳	۳/۳۹	<۰/۰۰۱
	مداخله			
بعد	۱۷/۴۱	۳/۲۷	۶/۷۹۷	
مداخله				
فعالیت بدنی	قبل	۱۳/۲۲	۳/۹۶	۰/۰۶۹
	مداخله			
	بعد	۱۳/۶۸	۴/۲۲	۱/۱۴۴
	مداخله			

		۵/۰۵	۱۴/۱۱	قبل مداخله	گروه مداخله	
<۰/۰۰۱	۶/۶۸۱			بعد مداخله		
		۴/۲۳	۱۹/۶۲	قبل مداخله	گروه کنترل	
۰/۰۶۲	۱/۹۲۳	۴/۴۸	۱۸/۷۸	بعد مداخله		
		۴/۴۰	۱۹/۲۷	قبل مداخله	گروه مداخله	تغذیه
<۰/۰۰۱	۸/۴۶۴	۲/۷۱	۱۸/۹۴	بعد مداخله		
		۳/۴۱	۲۳/۱۹	قبل مداخله	گروه کنترل	
۰/۷۴۹	۱/۲۰۲	۲۰/۸۵	۱۲۹/۴۶	بعد مداخله		
		۲۰/۷۸	۱۳۵/۰۰	قبل مداخله	گروه مداخله	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت
<۰/۰۰۱	۸/۱۲۱	۲۱/۰	۱۳۰/۴۰	بعد مداخله		
		۲۴/۷۱	۱۶۸/۳۱	قبل مداخله		

*آماره آزمون: تی زوجی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره کل سازه خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سبک زندگی سالم میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت، تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۴۰۳-۱۴۰۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون*	p-value
سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	قبل مداخله	۲۰/۸۵	۱/۲۰۲	۰/۷۴۹
	بعد مداخله	۲۰/۷۸		
	قبل مداخله	۲۱/۰	۸/۱۲۱	<۰/۰۰۱
	بعد مداخله	۲۴/۷۱		
خودکارآمدی	قبل مداخله	۱۰/۰۳	۱/۵۰۱	۰/۰۷۱
	بعد مداخله	۹/۳۱		
	قبل مداخله	۱۰/۲۱	۷/۵۱۰	<۰/۰۰۱
	بعد مداخله	۱۱/۸۴		

*آماره آزمون: تی زوجی

جدول ۴- ارتباط سازه‌های خودکارآمدی با سازه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بعد از اجرای مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر سبک زندگی سالم میانجیان سلامت خانه‌های مشارکت مردم در سلامت، تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۴۰۳-۱۴۰۲

نمره کل خودکارآمدی	سازه‌های خودکارآمدی			سازه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت
	تلاش	خودتنظیمی	پشتکار	
۰/۶۶۲*	۰/۶۴۶*	۰/۵۹۴*	۰/۵۸۵*	خودشکوفایی
۰/۵۸۲*	۰/۴۸۲*	۰/۶۱۰*	۰/۴۹۸*	مسئولیت پذیری
۰/۵۱۴*	۰/۴۰۴*	۰/۵۶۹*	۰/۴۲۷*	حمایت بین فردی
۰/۶۴۴*	۰/۵۶۶*	۰/۶۰۳*	۰/۵۹۹*	مدیریت استرس
۰/۵۵۳*	۰/۵۰۱*	۰/۵۴۰*	۰/۴۷۶*	فعالیت بدنی
۰/۶۳۷*	۰/۵۱۸*	۰/۶۵۱*	۰/۵۷۳*	تغذیه
۰/۷۴۱*	۰/۶۵۰*	۰/۷۳۳*	۰/۶۴۹*	نمره کل

References

1. Abbasi F, Ghahremani L, Nazari M, Fararouei M, Khoramaki Z. Lifestyle in Female Teachers: Educational Intervention Based on Self-Efficacy Theory in the South of Fars Province, Iran. *BioMed Research International*. 2021;2021(1):6177034.
2. Sangestani M, Allameh M A, Memari A, Shayestefar M, Tabatabaei, Nouri S, et al. Healthy Lifestyle Collection for Middle-Aged People: Counseling for Health Behavior Change (SOC); Guide for Service Providers. Qom: Andishe Mandeghar. 2019; 9-10. [Persian]
3. Rafiee A, Dostifar K, Tavasoli E, Alipour F, Hosaini H, Darabi T, et al. The lifestyle of married women referring to health centers in West of Ahvaz. *J. Ilam Uni. Med. Sci*. 2014; 22(3):1-9. [Persian]
4. Eftekhari Jahani M, Peyman N, Dosti H. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory and health literacy on the healthy lifestyle of female health volunteers in Neyshabur city. *Journal of Health and Development*. 2018;6(4):302-13. [Persian]
5. Amiri A, Rkshany 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]
6. Solhi M, Kazemi S and Yazdani J. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on the general health status of women in Chalus city. *Health and Development* 2014;3(2):150-62. [Persian]
7. Mohammadi A, Kheftan P, Amirpour B, Sepidehdam MA, Gholami Jam F. Self-efficacy Relationship With Social Health among Nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(1):72-9. [Persian]
8. Ebrahimipour H, Jalali Akardi B, Solhi M, Esmaeili HA. Investigating the effect of educational intervention based on self-efficacy theory on adopting HIV/AIDS prevention behavior in high-risk women. *Iranian Journal of Gynecology, Obstetrics and Infertility*. 2015;18(144):19-27. [Persian]
9. Hosseini S, Bahrevar V, Lotfi MH. House of People Participation in Health: A place to attend people's representatives to plan, implement and monitor health programs. *Journal of Community Health Research*. 2021;10(4):283-4.
10. Damari B. Health Mediators Guide (For Members of the Provincial Partnership House). Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences and Medicine and Society Publications. 2012;11:29-28. [Persian]
11. Damari B. A Guide to the People's Participation House, 1st ed. Tehran: Medicine and Society Publications; 2018;11-37. [Persian]
12. Aghamolaei T, Ghanbarnejad A. Validity and reliability of the Persian health-promoting lifestyle profile II questionnaire. *Journal of Research and Health*. 2015;5(3):358-65.
13. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011;20(1):102-13. [Persian]
14. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. *Feyz Medical Sciences Journal*. 2013;17(1):14-24. [Persian]
15. Sen E, Sirin A. Healthy Lifestyle Behaviors and Self-Efficacy: The Effect of Education. *Anthropologist*. 2015;21:89-97.
16. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Health-promoting lifestyle

- and its predictors among Iranian adolescent girls, 2013. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2014;26(4):495-502.
17. Amiri M, Chaman R, Khosravi A. The Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Its Related Factors with Self-Efficacy and Well-Being of Students. *Osong Public Health Res Perspect*. 2019;10(4):221-7.
 18. Chenary R, Noroozi A, Tavafian SS, Saeed Firoozabadi M. Effective Factors on Health-Promoting Lifestyle Among Iranian Chemical Veterans in 2014 Based on Health Promotion Model: A Path Analysis. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(8):e33467.
 19. Mohammad Alizadeh Cherandabi S, Mirghafurvand M, Tavananejad N, Khanarani M. Lifestyle promoting health and self-efficacy in male adolescents. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23(109):152-16. [Persian]
 20. Ordun G, Akün FA. Self Actualization, Self Efficacy and Emotional Intelligence of Undergraduate Students. *Journal of Advanced Management Science*. 2017;5(3):170-5.
 21. Shcherbakova A. Self-actualization of individuals with intellectual disability: role of the environment. *Social welfare : interdisciplinary approach*. 2012;2:86-92.
 22. Saadat S, Asghari F, Jazayeri R. The relationship between academic self-efficacy with perceived stress, coping strategies and perceived social support among students of University of Guilan. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;15(2):67-78. [Persian]
 23. Schwerdtfeger A, Konermann L, Schönhofen K. Self-Efficacy As a Health-Protective Resource in Teachers? A Biopsychological Approach. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2008;27:358-68.
 24. Alipour M, Ghahremani L, Amooee S, Keshavarzi S. The effectiveness of relaxation techniques on depression, anxiety and stress in pregnant women: based on self-efficacy theory. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017; 22(3):20-30. [Persian]
 25. Fooladvand K. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2010;4(2):81-93. [Persian]
 26. Fakhri Z, Rezaei A, Pakdaman S, Ebrahimi S. The mediating role of academic self-efficacy beliefs in predicting achievement goals based on positive and negative affect in adolescents. *Quarterly Journal of Applied Psychology* 2013; Vol. 6, No. 1(25), Spring 2013, 55-68. [Persian]
 27. Askaryzadeh Mahani M, Soleimani L, Zafarnia N, Miri S. Correlation of Self-Efficacy and Mental Health with Academic Achievement of Students in Bam Nursing School. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2015;12(2):29-37. [Persian]
 28. Molero Jurado MDM, Perez-Fuentes MDC, Oropesa Ruiz NF, Simon Marquez MDM, Gazquez Linares JJ. Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina (Kaunas)* 2019;55(6).
 29. Abdollahi M, Peyman N. The effect of training based on self-efficacy strategies on physical activity of postpartum women. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*. 2016;59(5):328-36. [Persian]
 30. Motamedi M, Peyman N, Aghaei MA. The effect of education based on self-efficacy theory on health literacy, self-efficacy, regular eating habits and regular physical activity in female students aged 15-18 in Chenaran city. *Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services*. 2019;27:303-11. [Persian]
 31. Andenæs R, Bentsen SB, Hvinden K, Fagermoen MS, Lerdal A. The relationships of self-efficacy, physical activity, and paid work to health-related quality of life among patients with chronic

- obstructive pulmonary disease (COPD). *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2014;7:239-47.
32. Zhou G, Wang D, Knoll N, Schwarzer R. Planning Mediates Between Self-Efficacy and Physical Activity Among Motivated Young Adults. *J Phys Act Health*. 2016; 13(1):87-93.
33. Williams SL, French DP. What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour--and are they the same? *Health Educ Res*. 2011;26(2):308-22.
34. Dzielska A, Mazur J, Nałęcz H, Oblacińska A, Fijałkowska A. Importance of Self-Efficacy in Eating Behavior and Physical Activity Change of Overweight and Non-Overweight Adolescent Girls Participating in Healthy Me: A Lifestyle Intervention with Mobile Technology. *Nutrients*. 2020;12(7).
35. Sharma S, Roberts L, Fleming S. Nutrition self-efficacy assessment: development of a questionnaire and evaluation of reliability in African-American and Latino children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2014;27(s2):160-6.

The Effect of Educational Intervention Based on the Self-Efficacy Theory on the Healthy Lifestyle of Health Brokers of People's Home for Participation in Health, Tehran University of Medical Sciences, 2024

Marzieh khounani¹, Davoud Shojaeizadeh^{*2}, Zahra Jalili³

1- MSc. Department of Health Education and Health Promotion, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Ph.D. Professor, Health Education, Department of Health Education and Health Promotion, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Ph.D. Associate Professor, Health Education, Department of Health Education and Health Promotion, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Shogae5@yahoo.com

Received: Jan 31, 2024

Accepted: Mar 27, 2025

ABSTRACT

Background and Aim: Health brokers are responsible for conveying messages related to a healthy lifestyle to the target community, who are selected by them in the public participation houses, otherwise called People's Home for Participation in Health (PHPH). Implementing focused educational interventions can strengthen the self-efficacy of health brokers in performing health-promoting behaviors. The aim of the study was to determine the effect of educational intervention based on self-efficacy theory on the healthy lifestyle of health brokers.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental and interventional study with a pretest-posttest design and a control group in 2024. The statistical population included health brokers in PHPHs affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Using the simple random sampling method 4 participating households were selected as the experimental group, the rest acting as the control group; the total number of participants was 74. Four 2-hour training sessions were held for the experimental group, and reviewing of the topics and assignments and answering questions were done through a virtual training group. Data were collected using standard "self-efficacy" and "health-promoting lifestyle" questionnaires and analyzed using SPSS 28, the statistical tests being Chi-square, T-test, Pearson, and Kolmogorov–Smirnov tests.

Results: After the intervention, the health-promoting lifestyle score increased from 30.40 ± 21.00 to 168.31 ± 24.71 and the health self-efficacy from 68.57 ± 10.21 to 84.57 ± 11.84 in the experimental group ($P < 0.001$). The highest significant correlation was observed between lifestyle dimensions and self-efficacy ($r = 0.741$)

Conclusion: The findings of this study show that training based on self-efficacy theory can improve healthy lifestyle behaviors in brokers and can be used as an effective strategy in health education.

Keywords: Health Brokers, Peoples Home for Participation in Health, Self-Efficacy Theory, Health-Promoting Lifestyle

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.