

بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس (۱۳۹۱)

***دکتر مهناز صلحی:** دانشیار و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
m-solhi@tums.ac.ir (نویسنده مسئول)
سیده سمیه کاظمی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
somayeh.kazemi7@gmail.com
حمید حقانی: مربی و کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه آمار و ریاضی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
haghani511@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲

چکیده

زمینه و هدف: سلامت زنان پایه سلامت خانواده و جامعه است. مطالعات نشان می دهد یکی از عواملی که به ارتقای سلامت عمومی زنان منجر می شود، خودکارآمدی است. هدف این مطالعه تعیین رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان چالوس است.
روش کار: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی که در سال ۱۳۹۱ در مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس انجام شد، وضعیت ۱۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به این مرکز که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، با استفاده از پرسش نامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش نامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale) اندازه گیری و با استفاده از آزمون های کای دو و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره سلامت عمومی در زنان مورد بررسی ۲۰/۹۲ با انحراف معیار ۱۴/۰۹ (در حد مطلوب) و میانگین نمره خودکارآمدی آنان ۲۹/۷۶ با انحراف معیار ۶/۰۷ (در حد متوسط) بود. ۳۴/۶٪ زنان مورد بررسی از علائم و ناراحتی های جسمانی شکایت داشتند، ۳۶/۲٪ دچار اختلال خواب و اضطراب بودند، ۵۳/۱٪ اختلال در کارکرد اجتماعی و ۱۴/۶٪ نشانه هایی از افسردگی داشتند. در مجموع ۲۷٪ زنان به نوعی دچار اختلال در وضعیت سلامت عمومی بودند. بین سلامت عمومی و وضعیت تأهل ($p < 0/03$) و بین افسردگی و وضعیت تأهل ($p < 0/006$) رابطه معنادار مشاهده شد. همچنین بین سلامت عمومی و خودکارآمدی همبستگی معنادار به دست آمد ($r = 0/57$ و $p < 0/001$).

نتیجه گیری: زنان مورد بررسی از سلامت عمومی و خودکارآمدی مطلوبی برخوردار نبودند و انجام مداخله برای ارتقاء سلامت عمومی زنان مورد بررسی براساس تئوری خودکارآمدی ضروری است.

کلیدواژه ها: زنان، سلامت عمومی، خودکارآمدی.

مقدمه

سلامت عمومی عبارتست از پاسخ سه گانه جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به محرک های داخلی و خارجی در جهت نگهداری ثبات و راحتی (۴). لدون و همکاران (London & et al) مورد سلامت زنان می نویسند: سلامت، مفهومی پویا، متغیر و بالنده بر پایه واقعیت های بودپذیر و یا باشنده است. سلامت از حقوق اولیه انسانی و برای توسعه جوامع ضروری است (۱). با وجود آن که آمارها حاکی از طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان است ولیکن کیفیت زندگی آنان به گونه ای جدی دچار مشکل می باشد. زنان به نسبت بیش از مردان دچار عوارض حاد، شرایط مزمن و معلولیت های طولانی مدت و کوتاه مدت می گردند (۵). سلامت زنان تحت تأثیر عوامل

زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده ها و فعالان جامعه اند و سلامت آنان، پایه سلامتی نیمی از جمعیت، خانواده و جامعه را تشکیل می دهد (۱). اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آن ها در توسعه همه جانبه کشور بر کسی پوشیده نیست و اطلاع از وضعیت بهداشت و سلامت آن ها و نیز عوامل موثر بر آن، می تواند مبنای برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های مناسب جهت اصلاح وضعیت آن ها قرار گیرد (۲). سلامت زنان یکی از محورهای شاخص های توسعه نیز هست. بنابراین شناخت نیازها و ویژگی های روانی، عاطفی و توانایی های زنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد (۳).

خودکارآمدی اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاص احساس می کند. این مفهوم، میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت الشعاع قرار می دهد. در فرآیند تغییر رفتار، ارتقای خودکارآمدی بسیار قابل اهمیت است. تکرار در عملکرد، ساده کردن و تقسیم نمودن یک کار به مراحل کوچک، می تواند در انجام هر مرحله از کار، فرد را خودکفا کند و در نهایت به خودکارآمدی کامل منجر شود (۱۱). بندورا (Bandura) می گوید قضاوت افراد در مورد توانمندی های خود (خودکارآمدی) تابع حالات جسمانی است که آن ها نیز به نوبه ی خود متأثر از حالات عاطفی شخص و به طور کلی کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن است. هیجان منفی مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگی سبب می شود که افراد در انجام وظایف، توانایی های خود را دست کم بگیرند که این در واقع مفهوم خودکارآمدی پایین است. بالعکس، خودکارآمدی پایین نیز باعث می شود حالات روحی و روانی مانند خستگی، عصبانیت و درد و رنج در فرد به وجود آید و منجر به نقصان کیفیت زندگی او شود (۱۲). به گفته بندورا چهار منبع عمده برای خودکارآمدی وجود دارد که عبارتند از: تجربیات موفق قبلی، تجارب جانشینی، تشویق و ترغیب کلامی و انگیزندگی فیزیولوژیکی (حالات عاطفی و شرایط جسمی) (۱۳ و ۱۴).

در مطالعه ای که توسط زدلین و پاژارس (Zedlin & Pajares) در زمینه باورهای خودکارآمدی زنان در مشاغل ریاضی، علمی و فن آوری انجام شد، اهمیت منابع خودکارآمدی درک شده برای زنان در حوزه های مردگرا نشان داده شد. براساس نتایج این مطالعه خودکارآمدی منجر به استقامت و قابلیت انعطاف پذیری مورد نیاز برای غلبه بر موانع علمی و حرفه ای می شود (۱۵). بنا بر نظر فیتزگرالد (Fitzgerald) درک احساس خودکارآمدی از دو اصل مهم تشکیل شده که عبارت است از: انتظارات و ادراکات فرد از توانایی هایش برای انجام رفتار خاص و معتقد بودن به این امر که انجام رفتار خاص منجر به یک پیش آگهی مناسب خواهد شد (انتظارات پیامد) (۱۶).

بیولوژیک روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیست قرار می گیرد و نتیجه پدیده ای است که از دوران جنینی شروع شده سپس هر مرحله از آن (شیرخوارگی و کودکی، نوجوانی، جوانی، سال های باروری و کهولت) روی مرحله قبل بنا می شود. در مطالعه ای که توسط اکرم شاهرخی در مورد وضعیت سلامت عمومی زنان کارگر کارخانه های قزوین انجام گرفت نتایج حاکی از آن بود که زنان به نوعی دچار اختلال وضعیت سلامت عمومی بودند (۶).

در پژوهشی که توسط ماریان جی لگاتو (Marianne J Legato) و همکاران در مورد درک زنان از سلامت عمومی شان، 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 بیماری های قلبی باعث افزایش رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه و افزایش انجام تست های پیشگیرانه توسط پزشکان در زنان می شود. ۷۴ درصد از زنان مورد مطالعه در مورد مسائل مربوط به سلامت زنان به خود امتیاز نسبتاً "و یا بسیار آگاه دادند (۷). در مطالعه ای با عنوان اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله که توسط زهرا قنبری و همکارش انجام شد، تجزیه و تحلیل داده ها 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 بعد کارکرد اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۸).

از جمله عواملی که به ارتقای سلامت عمومی زنان منجر می شود خودکارآمدی است. الساری (Olsary) خودکارآمدی را اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف خاص تعریف کرده است. به نظر وی یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی اش برای اقدام و تأثیرگذاری است (۹).

خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم از مفاهیم یادگیری اجتماعی مطرح شده است و اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط بندورا مطرح شد (۱۰).

ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه های استاندارد سلامت عمومی و خودکارآمدی عمومی است. پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ - 28) از جمله ابزار های 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 موقعیت های مختلف بود. این پرسش نامه از جمله شناخته ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به سزایی در پیشرفت پژوهش های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است (۱۷). این پرسش نامه توسط گلدبرگ و هیلیر (Goldberg & Hillier) در سال ۱۹۷۹ تکمیل و تدوین یافت و سؤال های آن در بر گیرنده چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است (۱۸). نوع سوالات چهار گزینه ای (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد) است. شیوه نمره گذاری برای پرسش نامه سلامت عمومی روش نمره گذاری لیکرت (Likert) است که گزینه ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می شود و حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ خواهد شد (۱۷). براین اساس کسب امتیاز ۰ تا ۲۷ نشانه سلامت عمومی در حد مطلوب، ۲۸ تا ۵۵ نشانه سلامت عمومی در حد مطلوب، ۵۶ تا ۸۴ نشانه سلامت عمومی در حد نامطلوب است. در مطالعه پالانگ و همکاران در بررسی اعتباریابی پرسش نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی ضریب پایایی پرسش نامه (با روش کارآزمایی) ۰/۹۱ بوده است (۱۹).

برای سنجش خودکارآمدی، پرسش نامه خودکارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale-GSE) به کار گرفته شد. این پرسش نامه توسط علیه نظامی و همکارانش در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در مطالعات متعددی نیز در ایران به کار گرفته شده است. این مقیاس شامل ۱۰ سؤال از جمله "اگر به اندازه کافی تلاش کنم همیشه قادر به حل مشکلات سخت می باشم" است که به پاسخ آن به صورت گزینه های اصلاً صحیح نیست، به سختی صحیح است، تقریباً

حس خودکارآمدی بالا باعث تلاش، مقاومت و انعطاف بیشتری می شود؛ افراد با خودکارآمدی بالا معتقدند قادرند به طور مؤثری از رویدادهای زندگی خود تأثیر گرفته و نسبت به کسانی که خودکارآمدی پایین تری دارند انتظار موفقیت بیشتری دارند. این مطالعه بخشی از یک پژوهش نیمه تجربی است که با هدف تعیین رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ شهر چالوس انجام شده است (انتخاب چالوس به علت بومی بودن یکی از محققان است). نتایج این مطالعه در طراحی مداخلات مناسب برای ارتقای سلامت عمومی زنان مورد بررسی با استفاده از تئوری خودکارآمدی کاربرد دارد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی که در سال ۱۳۹۱ در مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس انجام شد، وضعیت سلامتی و خودکارآمدی ۱۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به این مرکز که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، با استفاده از پرسش نامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ - 28) و پرسش نامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale) مورد بررسی قرار گرفت. در یک مطالعه مقدماتی که روی ۱۰ نفر از زنان مشابه نمونه انجام شد، ضمن محاسبه میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و خودکارآمدی، با فاصله زمانی ده روز دوبار پرسش نامه تکمیل شد. اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی و خودکارآمدی بر اساس آزمون محتوا (بررسی ۱۰ نفر از متخصصین) کسب شد و پایایی این دو پرسش نامه بر اساس آزمون مجدد و آزمون آلفاکرونباخ (cut of rate=0/8) کسب شد. حجم نمونه براساس میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و خودکارآمدی به دست آمده از مطالعه مقدماتی (s) ۵، ضریب اطمینان (Z) ۱/۹۶، دقت (d) ۰/۸۵ و با استفاده از فرمول زیر و منظور کردن مقدار بیشتر به دست آمده، ۱۳۰ نفر محاسبه شد:

$$n = z^2 \times s^2 / d^2$$

سلامت عمومی تا حدی مطلوب و در ۳/۸ درصد سلامت عمومی نامطلوب بود (جدول ۱).
نمره کسب شده زنان در قسمت های مختلف پرسش نامه سلامت عمومی نشان داد ۳۴/۶ درصد زنان از علائم و ناراحتی های جسمانی شکایت داشتند، ۳۶/۲ درصد دچار اختلال خواب و اضطراب بودند، ۵۳/۱ درصد اختلال در کارکرد اجتماعی و ۱۴/۶ درصد نشانه هایی از افسردگی داشتند. در میان زنان مورد بررسی ۳۵ نفر (۲۷ درصد) نمره مساوی یا بالاتر از ۲۸ داشتند که نشان دهنده اختلال در وضعیت سلامت عمومی آنان بود (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی زنان مورد بررسی به ترتیب ۲۹/۷۷ و ۶/۰۸ بوده است. به طوری که ۵/۴ درصد آن ها از خودکارآمدی ضعیف، ۴۰/۸ درصد خودکارآمدی متوسط و ۵۳/۸ درصد از خودکارآمدی خوب

جدول ۱- دسته بندی نمره سلامت عمومی در زنان مورد بررسی

نمره سلامت عمومی	تعداد	درصد
مطلوب (۰-۲۷)	۹۳	۷۱/۵
تا حدی مطلوب (۲۸-۵۵)	۳۲	۲۴/۶
نامطلوب (۵۶-۸۴)	۵	۳/۹
جمع	۱۳۰	۱۰۰

جدول ۲- فراوانی مشکلات مربوط به وضعیت سلامت عمومی زنان مورد

نمره کسب شده	بررسی			
	(مطلوب)	(نامطلوب)		
۰-۲۷	۲۷	۸۴		
شکایات جسمانی	تعداد	درصد	تعداد	درصد
	۸۵	۶۵/۴	۴۵	۳۴/۶
	۸۳	۶۳/۸	۴۷	۳۶/۲
	۶۱	۴۶/۹	۶۹	۵۳/۱
	۱۱۱	۸۵/۴	۱۹	۱۴/۶
۹۵	۷۳	۳۵	۲۷	

جدول ۳- دسته بندی نمره خودکارآمدی زنان مورد بررسی

نمره خودکارآمدی	تعداد	درصد
زیر ۲۰ ضعیف	۷	۵/۴
۲۰ تا ۳۰ متوسط	۵۳	۴۰/۸
۳۰ تا ۴۰ خوب	۷۰	۵۳/۸
جمع	۱۳۰	۱۰۰

صحیح است و کاملاً صحیح است می باشد و از ۱ تا ۴ درجه بندی شده است. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر است (۲۰). نحوه امتیاز بندی Jerusalem & Schwarzer بر اساس 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).

پرسش نامه ها توسط افراد نمونه در مدتی حدود پانزده دقیقه تکمیل شد. اطلاعات به دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ وارد و با استفاده از آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی مطلق و نسبی و آمار تحلیلی شامل آزمون کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن جهت بررسی رابطه بین متغیرها، شد. اختلاف معناداری در سطح $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد. همچنین کسب رضایت نامه کتبی، محفوظ ماندن نام افراد و اطلاعات آن ها در این مطالعه لحاظ شد. از محدودیت های این مطالعه مقطعی بودن و تعداد نمونه آن است که ناشی از فرصت زمانی محدود انجام آن در قالب یک طرح تحقیقاتی است.

یافته ها

زنان مورد بررسی در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۱ سال قرار داشتند و سن اکثر آن ها (۵۱/۵ درصد) کمتر از ۲۹ سال (با میانگین سنی ۲۰/۳۶) بود. ۸۰ درصد نمونه ها متأهل بودند. سطح تحصیلات اکثر آن ها (۵۹/۲ درصد) در حد متوسطه و ۴۰/۸ درصد دانشگاهی بود و هیچ کدام بی سواد نبودند. ۶۶/۹ درصد آن ها خانه دار و ۳۳/۱ درصد آن ها شاغل بودند.

میانگین نمره سلامت عمومی در زنان مورد بررسی ۲۰/۹۲ با انحراف معیار ۱۴/۰۹ (در حد مطلوب) و میانگین نمره خودکارآمدی آنان ۲۹/۷۶ با انحراف معیار ۶/۰۷ (در حد متوسط) بود. ۷۱/۵ آنان از سلامت عمومی خوب برخوردار بودند، ۲۴/۶ درصد

برخوردار بوده‌اند (جدول ۳).

با انجام آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن میان سلامت عمومی و خودکارآمدی همبستگی منفی به میزان $r = - ۳۹$ در سطح معناداری $p < ۰/۰۰۱$ مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۰۱$). به طوری که با افزایش نمره ابعاد سلامت عمومی، نمره خودکارآمدی کاهش می‌یافت. با انجام آزمون کای دو میان سلامت عمومی و وضعیت تأهل ($p < ۰/۰۳$) همبستگی معنادار مشاهده شد ولی میان سلامت عمومی با سن و تعداد فرزندان رابطه معناداری به دست نیامد. همچنین آزمون کای دو نشان داد میان وضعیت تأهل و افسردگی ($p < ۰/۰۰۶$) رابطه معنادار وجود دارد اما بین خودکارآمدی و متغیرهای دموگرافیک رابطه معناداری به دست نیامد.

بحث و نتیجه گیری

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 نیستند 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 ارتقای سلامت را افزایش می‌دهد (۲۳) و نقش اساسی در پذیرش، حفظ و دوام رفتارها دارد و مهم‌ترین فاکتور شخصی در تغییر رفتار است (۲۴).

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی که روی ۱۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی با هدف تعیین رابطه میان وضعیت سلامت عمومی و خودکارآمدی انجام گرفت نتایج حاکی از آن بود که ۲۷ درصد از زنان از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. در مطالعه شاهرخی روی ۱۲۰ نفر از زنان شاغل در کارخانه های استان قزوین در سال ۱۳۸۰، در مجموع ۳۵ درصد زنان به نوعی دچار اختلال وضعیت سلامت عمومی بودند که می‌توان علل مختلفی از جمله: عدم رعایت کافی موازین

بهداشتی از سوی زنان مانند تغذیه مناسب، استراحت و فعالیت متعادل، کمبود آگاهی های بهداشتی، مشکلات مالی و توجه ناکافی به مسائل بهداشت روانی برای آن ذکر کرد. یافته ها بر انجام بررسی های تکمیلی و مداخلات لازم در زنانی که سلامت عمومی مطلوبی ندارند تأکید می‌کند.

در مطالعه حاضر از نظر وضعیت ابعاد سلامت عمومی مهم ترین اختلالات به ترتیب اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب و اختلال خواب، شکایات جسمانی و افسردگی بود. به طوری که در ۵۳/۱ درصد زنان مورد بررسی بیشترین اختلال سلامت عمومی در وضعیت کارکرد اجتماعی آنان بود. ۳۶/۲ درصد افراد مورد بررسی دچار اختلال خواب و اضطراب بودند که متأسفانه می‌تواند منشاء برخی مشکلات و اختلال‌های روانی باشد. ۳۴/۶ درصد نمونه از علائم و ناراحتی‌های جسمانی شکایت داشتند همچنین ۱۴/۶ درصد نشانه‌هایی از افسردگی داشتند. این نتایج مشابه یافته های مطالعه شاهرخی است (۶). در این بررسی نیز زنان خانه دار (۵۴ درصد)، کارکرد اجتماعی پایین تری داشتند. به نظر می‌رسد زنان خانه دار بیشتر نقش همسر و مادر را ایفا می‌کنند و به علت عدم آگاهی در کارکرد اجتماعی نقش کم رنگ تری دارند. اما لارسن معتقد است زنان شاغل گذشته از وظایف شغلی که گاه پرخطر و همراه با احتمال آسیب و اختلال بیش تری نسبت به مردان است، مسئولیت عمده‌ای در قبال فعالیت‌های بدون مزد خانگی دارند و این امر باعث فرسودگی آن‌ها می‌شود (۲۵). در پژوهش شاهرخی ۳۵ درصد زنان مورد بررسی دچار اضطراب و اختلال خواب بودند و ۲۶/۷ درصد آنان از ناراحتی های جسمانی شکایت داشتند و ۲۰ درصد نشانه هایی از افسردگی نشان دادند (۶). در مجموع تجزیه و تحلیل یافته ها بر ضرورت انجام مداخلات لازم در زمینه ارتقاء کارکرد اجتماعی، رفع مشکلات اضطرابی و اختلال خواب، بهبود وضعیت جسمانی و مقابله با افسردگی در افراد نمونه تاکید دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر چقدر نمره ابعاد سلامت عمومی در زنان مورد بررسی بیشتر بود، وضع سلامت عمومی آنان نامطلوب تر بود.

یک طرح تحقیقاتی است.

تقدیر و تشکر

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

منابع

1. Parvizi S, Seyed Fatemi M, Kiani K. Family dynamism & women's health. *Women Social and Psychologic Studies Quarterly*. 2009; 7(2): 54-7 [Persian].
2. Hern EM. Definition of women's health with male words. *Journal of women*. 2006; Available at: [http // www.Women.Ir/ health](http://www.Women.Ir/health). Accessed in: 24/06/2006 [Persian].
3. Keyhani Z. Investigating the mental health status of women in Qazvin Province (2008). *Journal of Qazvin University of Medical sciences*. 2011; 15(1): 55-61 [Persian].
4. Memarian R. Application of nursing's concepts & theories. Tehran: Tarbiat Modares University; 2000 [Persian].
5. Smyke P. *Women & Health*. London: Zed book Ltd; 1991.
6. Shahrokhi A. General health status of female workers in Qazvin factories. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2003; 28 (Autumn Supplement): 32-5 [Persian].
7. Legato M J, Padus E, Slaughter E. J *WomenS 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 earth quick injured women. *Journal of women's researches*. 2008; 2(4):

همچنین میان سلامت عمومی و وضعیت تأهل ($p < 0/03$) و وضعیت تأهل و افسردگی رابطه معنادار دیده شد که با مطالعه شاهرخی همخوانی دارد. به این صورت که در میان زنان مجرد و مطلقه نمره افسردگی بالاتر بود ($p < 0/006$). شاید علت این امر این باشد که زنان مجرد (به ویژه آنان که تنها زندگی می کنند) از حمایت های عاطفی و روانی کمتری برخوردارند و احتمال بروز افسردگی در آنان بیشتر است. در مجموع به نظر می رسد وضعیت تأهل عامل مؤثرتری در افزایش سلامت عمومی بوده است. در این مطالعه میان نمره خودکارآمدی و نمره سلامت عمومی در زنان مورد بررسی همبستگی منفی معنادار مشاهده شد ($p < 0/001$)؛ بدین ترتیب که با افزایش نمره خودکارآمدی نمره سلامت عمومی کاهش می یافت که نشانه وضع سلامت عمومی بهتر است. این یافته بر وجود رابطه میان خودکارآمدی و سلامت عمومی دلالت دارد که با نتایج مطالعه افروز و همکارش درباره رابطه خودکارآمدی و سلامت روانی (۲۶) و مطالعه ماریان جی لگاتو و همکاران در مورد درک زنان از سلامت عمومی شان همخوانی دارد (۷). بنابراین برای ارتقاء سلامت عمومی زنان مورد بررسی باید برای افزایش خودکارآمدی آنان برنامه ریزی کرد. یافته های مطالعه حاضر در سطوح آموزشی (به منظور اشتیاق زنان برای شرکت در جلسات و بحث های گروهی و تأثیر این جلسات بر نمره سلامت عمومی و خودکارآمدی)، پژوهشی (با هدف ارتقای سطح سلامت جسمانی و روانی زنان) و مدیریتی (با هدف ارتقاء کیفیت زندگی خانواده) نیز کاربرد دارد.

در نهایت براساس نتایج این مطالعه سلامت عمومی و خودکارآمدی زنان مورد بررسی متوسط است و درصد قابل توجهی از آنان دچار مشکلات سلامت عمومی هستند. با توجه به رابطه سلامت عمومی با خودکارآمدی طراحی مداخلات ارتقایی برای افزایش خودکارآمدی و ارتقاء سلامت عمومی آنها پیشنهاد می شود. از محدودیت های این مطالعه مقطعی بودن و تعداد نمونه آن است که ناشی از فرصت زمانی محدود انجام آن در قالب

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 health education dissertation) Tarbiat Modares University, Faculty of Medical Sciences. 2007 [Persian].
21. Schwarzer R. Perceived self-efficacy of teachers: longitudinal findings with a new instrument. *Zeitschrift fur Pädagogische psychologie*. 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? *Obste & Gyn Clinics of North Am*. 2009; 36(4):737-72.
23. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice- Hall Health; 2002. P. 140-45.
24. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall. 1977. P. 1-55.
25. Woman and occupation health and safety, woman and work, is enough being done? Available at: <http://www.Ohsrep.org.au>. Accessed in: 9/05/2003; 10: 00 Am
26. Afrooz G, Motamedi F. Self-efficacy & mental health of gifted and normal students. *Evolutionary Psychology*. 2007; 6: 89-95 [Persian].
- 57-66 [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. 1st ed. Ghom: Bedoone Marz Researchers Institution; 2005 [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 Quarterly*. 1988; 15(2): 175-83.
12. Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In: Locke EA. *Handbook of principles of organization behavior*, Oxford UK: Blackwell; 2000. 120-36.
13. Mohammadi N, Rafieifar Sh, Aghamollaei T, Akbari M, Aminshokravi F, Ayar S, et al. A comprehensive textbook in health education. 1 st ed. Tehran: Mehr Ravash Press; 2005. 353-57[Persian].
14. Carson VB. *Mental health nursing*. 2nd 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: Implication for the occupational health Nurse. *AAOHN J*. 1991; 39(12): 552-57.
17. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. Mental health status in population 15 years and older in Tehran (Iran). *Hakim Medical Journal*. 2002; 5(1): 1-10 [Persian].
18. Goldberg D.P, Hillier V F. A scaled version of general health questionnaire. *PSYCHOL MED*. 1970; 9(13): 1- 45.
19. Palahang H, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological study of mental disorder in urban and urban areas of SoumaahSara city- Gilan. *Andisheh va Raftar Journal*. 1996; 2(4): 55-65 [Persian].

Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No.2 in Chaloos (2012)

***Mahnaz Solhi**, PhD. Associate Professor of Health Education & Promotion, Department of Education & Health Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). m-solhi@tums.ac.ir

Seyedeh Somayeh Kazemi, MSc. Department of Education & Health Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. somayeh.kazemi7@gmail.com

Hamid Haghni, MSc. Department of Biostatistics, School of Management & Medical information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. haghani511@yahoo.com

Abstract

Background: Women's health is the base of family and society's health. Self-efficacy is one of the factors which would lead to promotion of general health in women.

Methods: In this descriptive cross-sectional- analytical study, general health status of 130 women referring to health center No.2 in Chalus were selected by simple random sampling. They were asked to complete a standard General health questionnaire (GHQ-28) and standard Self-efficacy questionnaire (General Self-Efficacy Scale-GSE) (Schwartzter & Jerusalem).

Results: Mean and standard deviation of general health and self-efficacy were 20.92 ± 14.09 (desirable) and 29.76 ± 6.07 (moderate). Also 34.6% of women complained from physical symptoms; 36.2% had anxiety and sleep disorder; 53.1% had impairment in social functioning; and 14.6% had some symptoms that indicated depression. In general, 27% of women had some kind of health problems. There were signification relationship between general health and marital status, between marital status and depression, and between general health and self-efficacy.

Conclusions: General health and self-efficacy in these women are inadequate and planning educational program for promoting general health based on self-efficacy theory is necessary.

Keywords: General health, Self-efficacy, Women.