

## Investigating the Status of Health Promoting Behaviors and Its relation to Self-Efficacy and Social Support in Female Heads of Suburban Households of Urmia City

Fatemeh Mogadam Tabrizi, Naser Shaykhi, Soheila Najafi

1. MSc

### Article Info

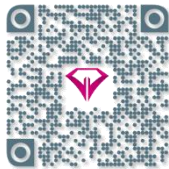
Received: 2018/10/14;  
Accepted: 2018/12/25;  
Published Online: 2019/08/28



[10.30699/sjnhmf.27.6.394](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.27.6.394)

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



### ABSTRACT

**Introduction:** Health promoting behaviors are one of the key determinants of health. One of the most important situations in which health promoting behaviors are of particular importance, is about female marginalized households. Therefore, this study was conducted to determine the mean scores of health promoting behaviors and its six dimensions, and also its relation to self-efficacy, social support and demographic factors in the women-headed families of Urmia suburb in 2017.

**Methods:** This was a descriptive-analytic study and its statistical population was all the female heads of the suburban families of Urmia of which 384 were selected. Data were collected through demographic questionnaires, perceived social support, general self-efficacy and Walker Health Promoting Behavior Inventory. Descriptive statistics including mean and standard deviation were used to describe descriptive characteristics and, Pearson and Kendall's correlation tests were used to describe analytical features.

**Results:** The mean of total health promoting behaviors was  $111.62 \pm 20.45$ . Self-efficacy, perceived social support and demographic characteristics of marriage and education had a significant positive correlation with health promoting behaviors ( $P < 0.001$ ), but there was no significant positive correlation between occupation and age with health promoting behaviors.

**Conclusion:** According to the findings of this research, health authorities and health care providers can found self-efficacy increase for female heads of households by designing health promoting education programs. Also governmental organizations and families with supplying necessary emotional supports can provide an area of social support increase and consequently, a change in behavior, for suburbanized female heads of households.

**Keywords:** Health promoting behaviors, Female-headed households, Suburbanization, Self-efficacy, Social support

**Corresponding Information:** Soheila Najafi, . Email: [soheilanajjafi@gmail.com](mailto:soheilanajjafi@gmail.com)

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

### How to Cite This Article:

Najafi S, Mogadam tabrizi F, Shaykhi N. Investigating the Status of Health Promoting Behaviors and Its relation to Self-Efficacy and Social Support in Female Heads of Suburban Households of Urmia City. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (6) :394-404

## بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و ارتباط آن با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر ارومیه

فاطمه مقدم تبریزی<sup>۱</sup>، ناصر شیخی<sup>۲</sup>، سهیلا نجفی<sup>۳\*</sup>

۱. دکتری علوم پزشکی

۲. فوق لیسانس علوم پزشکی

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم پزشکی

### اطلاعات مقاله

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۷/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۴

انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۶/۰۶

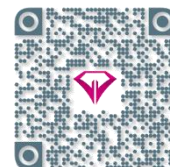
### نویسنده مسئول:

سهیلا نجفی

### پست الکترونیک:

soheilanajjafi@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



### چکیده

**مقدمه:** رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت است. یکی از مهم ترین موقعیت هایی که رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت اهمیت ویژه ای می یابند، زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین هستند؛ بنابراین این پژوهش به منظور تعیین میانگین نمرات رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، ابعاد شش گانه آن و ارتباط آن با خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که جامعه آماری آن تمام زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر ارومیه هستند که از میان آنها ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از داده های این مطالعه به کمک پرسش نامه های جمعیت شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی عمومی و پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت والکر جمع آوری شده است. در ارائه ویژگی های توصیفی از آمارهای توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و در ارائه ویژگی های تحلیلی از آزمون همبستگی پیرسون و کندال با سطح معنی داری ۵ درصد استفاده شد.

**یافته ها:** میانگین کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت  $20.45 \pm 11.62$  بود. بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده ارتباط مثبت معنی دار مشاهده شد ( $P < 0.001$ ). همچنین، بین مشخصات جمعیت شناختی تأهل و تحصیلات با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، ارتباط مثبت معنی داری مشاهده شد ( $P < 0.001$ )، اما بین شغل و سن با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، ارتباط معنی داری وجود ندارد.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته های پژوهش، مسئولان و مراقبان سلامت می توانند با طرح ریزی برنامه هایی در جهت ارتقای سطح خودکارآمدی، زمینه تغییر رفتار را در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین فراهم کنند. همچنین سازمان های دولتی و خانواده ها نیز با حمایت های عاطفی لازم برای این زنان، زمینه افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن تغییر رفتار را برای زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین فراهم کنند.

**کلیدواژه ها:** رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، زنان سرپرست خانوار، حاشیه نشینی، خودکارآمدی،

حمایت اجتماعی

### مقدمه

زنان زیربنای سلامت خانواده ها و جوامع هستند و اهمیت ویژه ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند [۱]. طبق بیانیه سازمان بهداشت جهانی بهره مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری در دنیا از این حق اساسی محروم هستند [۲]. زنان برای اینکه بتوانند نقش مراقبت دهنده گی خود را به نحو

احسن انجام دهند، باید سطح سلامت و رفاه خود را حفظ کنند و ارتقا دهند [۳].

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت است [۴]. والکر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را چنین تعریف کرده است: الگویی چندبعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص که به تداوم و تقویت

افراد جامعه است [۱۵، ۱]. با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار ساکن در محله‌های حاشیه‌نشین آسیب‌پذیری بیشتری به مشکلات جامعه دارند. همچنین با توجه به کمبود پژوهش در زمینه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در مورد این زنان، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی و ارتباط آن با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین انجام شده است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. جامعه آماری شامل همه زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهرستان ارومیه بودند. حجم نمونه به روش تصادفی ساده و براساس فرمول کوکران  $t = n \left( \frac{pqN^2}{pqN^2 + t^2d(1-N)} \right)$  ۳۸۴ نفر تعیین شد. در این مطالعه، معیارهای ورود به پژوهش شامل ساکن حاشیه شهر ارومیه، سرپرست خانوار بودن زن در زمان تکمیل پرسشنامه، رضایت‌مندی برای شرکت در مطالعه و نداشتن سابقه بستری در بخش روان بود. افرادی که تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند یا زمان کافی برای پاسخ به پرسشنامه را نداشتند یا پرسشنامه را ناقص تکمیل می‌کردند، وارد مطالعه نشدند. بخش اول پرسشنامه شامل ۱۴ پرسش درباره مشخصات جمعیت شناختی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین بود. به منظور بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی، از پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (Health Promotion Lifestyle Profile II = HPLP-II) استفاده شد. این پرسشنامه را والکر و همکاران (۱۹۸۷) طراحی کرده‌اند. در پژوهش ما از نسخه ایرانی Mohhamadi و همکاران استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است [۱۶]. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت والکر، شامل ۵۲ پرسش در ابعاد شش‌گانه تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامت، و ارتباطات بین فردی است. طیف پاسخگویی آن نیز از نوع لیکرت است که در مقابل هر گزینه ۴ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) امتیازدهی شد [۱۵]. با نمره‌دهی مناسب به هر پرسش در ۶ بعد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی، نمره کلی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی تعیین شد. برای هر بعد نمره جداگانه قابل‌محاسبه است. برای به دست آوردن امتیاز کلی

سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند و دارای شش بعد تغذیه، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری سلامت است [۵]. امروزه نقش عوامل فردی، رفتاری و اجتماعی در ایجاد رفتارهای سالم مطالعه شده است. یکی از فاکتورهای فردی و رفتاری که از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی در ایجاد رفتارهای بهداشتی برخوردار است، خودکارآمدی است. خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره فعالیت خاصی احساس می‌کند [۶]. افرادی که خودکارآمدی زیادی دارند، موانع را به کمک بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار از بین می‌برند، در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند و بر امور کنترل بیشتری دارند؛ از این رو درک خودکارآمدی می‌تواند سبب حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی شود [۶]. یکی دیگر از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، حمایت اجتماعی است [۷]. منظور از حمایت اجتماعی، برقراری تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می‌شود و با تداوم آن، به ایجاد ارتباطی همدلانه و در نهایت به شبکه ایمنی برای بیمار می‌انجامد [۸]. امروزه ۶۰ درصد زنان جهان نان‌آور خانه هستند [۹] و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند [۱۰]. طی سال‌های اخیر، تعداد زنان سرپرست خانوار در کشورمان به علل متعددی مانند افزایش طلاق، کاهش میزان ازدواج، مرگ‌ومیر و مهاجرت‌های داخلی و خارجی روندی افزایش داشته است [۱۱]. زنان بی‌سرپرستی که به‌ناچار سرپرستی خانواده خود را بر عهده دارند، جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند؛ زیرا با مشکلاتی مانند فقر، وضعیت اقتصادی نامناسب و مسئولیت‌های چندگانه روبه‌رو هستند و ممکن است در بسیاری موارد توانایی حفظ و ارتقای سلامت خود را نداشته باشند [۱۲].

افراد برای کسب رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی باید بتوانند نیازهای خود را شناسایی و درک کنند، آن‌ها را تحقق ببخشند و محیط خود را تغییر دهند یا با آن سازگار شوند. تأکید این تعریف بر ارتقای سلامت فرایندی است که افراد به کمک آن می‌توانند سلامتی خود را کنترل کنند [۱۳].

موضوع سکونت‌گاه‌های غیررسمی و حاشیه‌نشینی نیز یکی از معضلات شهرهای بزرگ است که از طریق ایجاد یک محیط نامناسب، بر سلامت افراد تأثیر منفی دارد [۱۴]. تردیدی نیست که یکی از راهکارهای مطلوب برای بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بشر، شناسایی رفتارهای بهداشتی تأثیرگذار بر سلامت

شد. روش گردآوری داده‌ها براساس مصاحبه حضوری و چهره به چهره بود. در برخی موارد مصاحبه به صورت ترکیبی از مصاحبه حضوری و تلفنی صورت گرفت. مدت زمان پرکردن پرسشنامه‌ها برای هر فرد به طور متوسط ۳۰ الی ۴۵ دقیقه و کل پرسشگری ۳ ماه بود. در نهایت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های هم‌بستگی پیرسون و کندال و رگرسیون خطی، با سطح معنی‌داری ۵ درصد، با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) استفاده شد.

### یافته‌ها

بیشتر زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر که در این پژوهش شرکت کردند، بی‌سواد بودند یا تحصیلات آن‌ها ابتدایی بود. ۷۳/۷ درصد از زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر، خانه‌دار و بدون درآمد بودند. ۷۰/۸ درصد از زنان سرپرست خانوار شرکت‌کننده در پژوهش، وضعیت اقتصادی خود را در حد دخل کمتر از خرج گزارش کردند. ۴۳/۸ درصد آنان نیز بیش از پنج سال بود که سرپرستی خانوار را به عهده داشتند و همسر ۵۳/۶ درصد از آنان در قید حیات نبودند. ۵۴/۹ درصد منزل شخصی داشتند و ۵۹/۱ درصد اوقات فراغت نداشتند. همچنین ۴۴/۵۳ درصد بیماری مزمن داشتند که از این مقدار ۱۸/۸ درصد به بیماری فشارخون مربوط بود. ۴۱/۷ درصد افراد دارای بیماری مزمن دارو مصرف می‌کردند. ۶۸/۲ درصد اعضای تحت تکفل زنان سرپرست خانوار سالم بودند و ۷۷/۱ درصد بیمه نداشتند و ۵۹/۱ درصد زنان سرپرست خانوار درآمد متغیر داشتند. (جدول ۱).

پرسشنامه، مجموع امتیازات همه پرسش‌ها با هم جمع شد. در هر بعد نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر بود. به منظور بررسی خودکارآمدی، در این مطالعه از نسخه فارسی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) <sup>۱</sup> که Rajabi اعتبار سنجی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ پرسش در مقیاس درجه‌بندی لیکرت از «اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است» و محدوده نمره کل قابل کسب از این مقیاس بین ۴۰-۱۰ است که اخذ نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر است.

برای سنجش حمایت اجتماعی، از نسخه فارسی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) <sup>۲</sup> استفاده شد که Salimi و همکاران اعتبارسنجی کردند و ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند [۱۷]. این پرسشنامه را Zemet و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در مقیاس پنج‌گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند که نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر و نمره پایین نشان‌دهنده وضعیت بدتر است [۱۸].

نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری جدول اعداد تصادفی و براساس معیارهای ورود به مطالعه از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت حاشیه شهر انجام

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی کیفی

متغیر	تعداد (درصد)	
سن رنج سنی (۷۸-۱۸ سال) میانگین سن (۴۷/۶۸)	کمتر از ۳۵ سال	۸۱(۲۱/۱)
	۳۵ تا ۴۵ سال	۸۲(۲۱/۴)
	۴۵ تا ۵۵ سال	۱۱۵(۲۹/۹)
	بالای ۵۵ سال	۱۰۶(۲۷/۶)
	بی‌سواد	۱۶۷(۴۳/۵)
تحصیلات	ابتدایی	۱۳۱(۳۴/۵)
	متوسطه	۷۳(۱۹)
	تحصیلات دانشگاهی	۱۳(۳/۴)

2. the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

1. General Self-Efficacy Scale (10)

متغیر	تعداد (درصد)	
مجرد	۶(۱/۶)	
وضعیت تأهل	متأهل (معلول، از کارافتاده، زندانی، معتاد، ترک کرده)	۱۱۶(۳۰/۲)
	فوت همسر	۲۰۶(۵۳/۶)
	مطلقه	۵۶(۱۴/۶)
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۰۱(۲۶/۳)
	خانه‌دار	۲۸۳(۷۳/۷)
وضعیت اقتصادی	دخل بیشتر از خرج	۱۱(۲/۹)
	دخل برابر خرج	۱۰۱(۲۶/۳)
	دخل کمتر از خرج	۲۷۲(۷۰/۸)
وضعیت مسکن	شخصی	۲۱۱(۵۴/۹)
	استیجاری	۱۷۳(۴۵/۱)
مدت سرپرستی	کمتر از یک سال	۷۲(۱۸/۸)
	۱ تا ۵ سال	۱۴۴(۳۷/۵)
	بیشتر از ۵ سال	۱۶۸(۴۳/۸)

تغذیه  $۱۷/۳۵ \pm ۴/۲۴$  بود. همچنین میانگین کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت  $۲۰/۴۵ \pm ۱۱۱/۶۲$  بود (جدول ۲). میانگین نمره حمایت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر ارومیه، از سوی دوستان  $۳/۹۷ \pm ۱۱/۱۰$ ، از نظر خانواده  $۳/۷۶ \pm ۱۳/۳۱$ ، از دیدگاه دیگران  $۳/۷۷ \pm ۱۳/۲۰$  و میانگین نمره حمایت اجتماعی کل  $۳۷/۶۱ \pm ۹/۲۴$  بودند (جدول ۲). میانگین نمره خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر ارومیه  $۲۳/۶۷ \pm ۶/۳۱$  بود (جدول ۲).

تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامتی و ارتباطات بین‌فردی در ارتباط با ابعاد شش‌گانه رفتارهای ارتقادهنده سلامت نشان می‌دهد میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بعد رشد روحی  $۴/۳۱ \pm ۱۸/۵۹$ ، در بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی  $۴/۶۲ \pm ۲۰/۲۸$ ، در بعد ارتباط بین‌فردی  $۲۰/۱۲ \pm ۴/۵۹$ ، در بعد مدیریت استرس  $۱۷/۵۵ \pm ۳/۹۵$ ، در بعد فعالیت جسمانی  $۱۸/۴۵ \pm ۴/۱۱$  و بعد

جدول ۲. میانگین نمرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت در ابعاد شش‌گانه آن و خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
خودشکوفایی (۹-۳۶)	۱۸/۵۹	۴/۳۱	۱۰	۳۳
مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۹-۳۶)	۲۰/۲۸	۴/۶۲	۱۰	۳۴
حمایت بین فردی (۹-۳۶)	۲۰/۱۲	۴/۵۹	۱۰	۳۲
مدیریت استرس (۸-۳۲)	۱۷/۵۵	۳/۹۵	۹	۳۱
ورزش (۸-۳۲)	۱۷/۷۳	۴/۱۱	۹	۲۹
تغذیه (۹-۳۶)	۱۷/۳۵	۴/۲۴	۹	۳۱
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کل	۱۱۱/۶۲	۲۰/۴۵	۶۴	۱۸۵
خودکارآمدی (۱۰-۴۰)	۲۳/۶۰	۶/۰۲	۱۰	۴۰
حمایت اجتماعی (۱۲-۶۰)	۳۷/۶۱	۹/۲۴	۱۲	۶۰
حمایت اجتماعی از سوی دوستان (۴-۲۰)	۱۱/۱۰	۳/۹۷	۴	۲۰
حمایت اجتماعی از سوی خانواده (۴-۲۰)	۱۳/۳۱	۳/۷۶	۴	۲۰
حمایت اجتماعی از سوی دیگران (۴-۲۰)	۱۳/۲۰	۳/۷۷	۴	۲۰

برای بررسی ارتباط رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با عوامل جمعیت‌شناختی براساس آزمون همبستگی کندال مشخص شد میزان همبستگی رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سن،  $R=0/054$  و با اشتغال  $R=-0/072$  بوده که در سطح خطاپذیری ۵ درصد معنی‌دار نیست، اما میزان همبستگی رفتارهای ارتقادهنده سلامت با تحصیلات ( $R=0/166$ ) و وضعیت تأهل ( $R=-0/101$ ) در سطح خطاپذیری ۵ درصد معنی‌دار است (جدول ۴)؛ به عبارت دیگر افزایش میزان یکی از متغیرهای تحصیلات و تأهل و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی رابطه‌ای مستقیم با یکدیگر دارند، اما با اشتغال و سن ارتباط مستقیمی ندارند.

برای بررسی ارتباط رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با میزان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی براساس آزمون همبستگی پیرسون، میزان همبستگی رفتارهای ارتقادهنده سلامت با خودکارآمدی  $R=0/57$  و میزان همبستگی رفتارهای ارتقادهنده سلامت با حمایت اجتماعی  $R=0/45$  بود که در سطح خطاپذیری ۵ درصد معنی‌دار است (جدول ۳)؛ به عبارت دیگر افزایش میزان یکی از متغیرهای حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی رابطه مستقیم با همدیگر دارند. در صورت افزایش نمره خودکارآمدی، نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی نیز افزایش می‌یابد. همچنین در صورت افزایش نمره حمایت اجتماعی، نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۳. بررسی میزان همبستگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی

خودکارآمدی	حمایت اجتماعی	نتایج آزمون پیرسون	رفتارهای ارتقادهنده سلامت
۰/۵۷	۰/۴۵	ضریب همبستگی (r)	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	احتمال معنی داری	

جدول شماره ۴. بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با مشخصات جمعیت شناختی

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت		
متغیرها	ضریب همبستگی *	احتمال معنی داری
سن	۰/۰۵۴	۰/۱۶۴
تحصیلات	۰/۱۶۶	۰/۰۰۰
تأهل	-۰/۱۰۱	۰/۰۰۹
اشتغال	-۰/۰۷۲	۰/۰۸۷

\* آزمون همبستگی کندال

وجود مراکز خدمات جامع سلامت در حاشیه شهر، پیگیری فعال خانوارها از سوی سیستم بهداشتی و دسترسی آسان زنان سرپرست خانوار به خدمات سلامتی در شهرستان ارومیه باشد. در مطالعه Salahshoori و همکاران خرده‌مقیاس تغذیه و فعالیت فیزیکی از دیگر خرده‌مقیاس‌ها پایین‌تر بود که با مطالعه حاضر هم‌سوست [۲۳]. در مطالعه Roosta و همکاران، بعد تغذیه بالاترین نمره را داشت که با مطالعه حاضر هم‌سو نیست [۲۴]. این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه حاضر گروه هدف، زنان سرپرست خانواده حاشیه‌نشین بودند که تحصیلات و درآمد پایینی داشتند. میانگین نمرات خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین پایین بود. در مطالعه Roosta و همکاران میانگین

## بحث

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر ارومیه است. نتایج این مطالعه نشان داد، وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت، در زنان سرپرست خانوار متوسط و پایین است و آن‌ها بیشترین و کمترین نمره را در ابعاد مسئولیت‌پذیری و تغذیه به دست آوردند که با مطالعه Mohammadbeigi و همکاران و مطالعه Abedi و همکاران در بعد مسئولیت‌پذیری هم‌سو بود [۲۰، ۱۹]. در مطالعه Wei و همکاران و Raiyat و همکاران، کمترین نمره به بعد مسئولیت‌پذیری سلامت مربوط بود که با نتایج این تحقیق هم‌خوانی نداشت [۲۲، ۲۱]. دلیل این امر می‌تواند به

متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، متأهل بودن و تحصیلات، عوامل پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان سرپرست خانوار هستند.

در مطالعه حاضر، پاسخگویان در سطح پایینی از خودکارآمدی قرار دارند. در بررسی ارتباط خودکارآمدی با هریک از ابعاد رفتارهای سالم، نتیجه مطالعه نشان می‌دهد خودکارآمدی با نمره کلی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و تمام زیردامنه‌های آن به جز روابط بین فردی، همبستگی معناداری دارد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه Roosta و همکاران [۲۸] و مطالعه Abdolkarimy و همکاران هم‌خوانی دارد [۲۹].

مطالعات متعددی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامتی را تأیید کرده‌اند؛ به طوری که نشان داده شده است افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، وضعیت سلامت بهتری دارند [۳۰]. در همین راستا بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و حمایت اجتماعی درک شده در مطالعه حاضر نشان می‌دهد میان حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و خرده‌مقیاس‌های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری سلامت، تغذیه و خودشکوفایی ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد، اما بین حمایت اجتماعی درک شده و روابط بین فردی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. مطالعه Chenary و همکاران [۳۱] و نتایج مطالعه Adams و همکاران با مطالعه حاضر هم‌سو بود [۷]. نتایج این مطالعه نیز این موضوع را تأیید می‌کند؛ به طوری که زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین با حمایت اجتماعی متوسط و پایین، وضعیت سلامت پایین‌تری دارند.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد تحصیلات زن، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت است. نتیجه مطالعات Bahar و همکاران در ترکیه [۳۲] و Mirghafourvand و همکاران [۳۳] این یافته مطالعه را تأیید می‌کنند. متأهل بودن از جمله عوامل جمعیتی بود که در این مطالعه بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان تأثیرگذار بود. اگرچه به طور کلی در ارتباط وضع تأهل با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، تحقیقات مختلف نتیجه یکسانی نداشته‌اند، نتیجه مطالعه حاضر با یافته Roosta و همکاران مشابهت داشت؛ به عبارت دیگر وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را افزایش می‌دهد [۳۴].

در مطالعه حاضر بین سن و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. درباره این موضوع یافته‌های

نمرات خودکارآمدی زنان سنین باروری متوسط و بالاتر بود که با مطالعه حاضر هم‌سو نیست [۲۴]. این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه حاضر گروه هدف، زنان سرپرست خانواده حاشیه‌نشین بودند که تحصیلات و درآمد پایینی داشتند. به نظر می‌رسد درآمد پایین این زنان بر بعد تغذیه این خانوارها تأثیر منفی دارد.

میانگین نمرات خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین پایین بود. در مطالعه Roosta و همکاران میانگین نمرات خودکارآمدی زنانی که در سنین باروری هستند، رو به بالاست که با مطالعه حاضر هم‌سو نیست [۲۴]. این موضوع را می‌توان به دلیل تفاوت افراد مورد مطالعه توجیه کرد که در مطالعه Roosta و همکاران گروه سنی زنان سنین باروری بوده و هویت طبقاتی بیشتر افراد متوسط است؛ در حالی که در مطالعه حاضر زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین با همه سنین را شامل می‌شد و بیشتر افراد وضعیت اقتصادی و تحصیلات پایینی داشتند. براساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین با خودکارآمدی پایین، وضعیت سلامت پایین‌تری دارند.

در این مطالعه میانگین نمرات حمایت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین در حد متوسط بود. مطالعه Khalili و همکاران درباره سالمندان نشان داد حمایت اجتماعی درک شده در تمام ابعاد در زنان کمتر از مردان است [۲۵]؛ در حالی که در مطالعه Cheng و Chan زنان نسبت به مردان حمایت دوستانشان را بیشتر از سایر حمایت‌ها ذکر کردند [۲۶].

بیشتر زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر، در این مطالعه بی‌سواد بودند یا تحصیلات آن‌ها ابتدایی بود. سطح تحصیلات پایین یکی از علل مهم جذب‌نشدن در بازارهای کار است. پژوهش‌های انجام شده در زمینه وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار نیز نشان می‌دهد این زنان به دلیل بر خورداری از سطوح پایین‌تر سواد فرصت‌های شغلی محدودتری در مقایسه با مردان سرپرست خانوارها دارند [۲۷] و به طور تقریبی بیشتر آن‌ها به کارهای موقتی مانند کارهای یدی یا کارگری و خانه‌داری مشغول هستند [۲۷].

نتایج نشان می‌دهد میان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با خودکارآمدی و همچنین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با حمایت اجتماعی و مشخصات دموگرافیک (تحصیلات و تأهل) در زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین ارتباطی وجود دارد و

### نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت کرد میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر ارومیه، متوسط رو به پایین است. با توجه به این مطلب، این گروه از زنان به توجه ویژه به خصوص در بعد خودشکوفایی و تغذیه نیاز دارند. همچنین براساس نتایج پژوهش حاضر، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، همچنین تأهل و تحصیلات در حوزه سلامت نیز به‌عنوان عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مطالعه حاضر تأیید شدند.

### سپاسگزاری

نویسندگان از ریاست محترم مرکز بهداشت ارومیه و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت حاشیه شهر ارومیه بابت مساعدت و همکاری در این پژوهش کمال قدردانی را دارند. این مقاله حاصل نتایج پایان‌نامه سهیلا نجفی در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است که از سال ۹۶ تا ۹۷ انجام شد و تمامی هزینه‌های آن به‌صورت شخصی و از سوی ایشان تقبل شده است.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

### منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

مطالعات مختلف نتایج ضد و نقیضی ارائه می‌کند؛ چنانکه مطالعه Wei و همکاران بر روی دانشجویان ژاپنی و مطالعه Mahmoodi و همکاران هم‌راستا با یافته‌های مطالعه حاضر سن را مرتبط با رفتارهای ارتقادهنده سلامت نمی‌داند [۳۴، ۲۱]؛ در حالی که خلاف این یافته‌ها را می‌توان در نتایج مطالعه Beser و همکاران درباره کارگران در ترکیه و AI-Kandari و همکاران بر روی دانشجویان پرستاری کویت مشاهده کرد [۳۵، ۳۶].

در مطالعه حاضر بین وضعیت اشتغال و رفتارهای ارتقادهنده سلامت ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. هم‌سو با این مطالعه، مطالعه موردی یاراحمدی و همکاران است [۲۴]. نتایج مدل رگرسیون خطی نشان می‌دهد افزایش خودکارآمدی، هم‌بستگی مثبت معنی‌داری با رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارد. این نتایج با نتایج مطالعه Mohammadbeigi و همکاران هم‌سو بود [۲۱]. همچنین نتایج مدل رگرسیون خطی نشان می‌دهد افزایش حمایت اجتماعی، هم‌بستگی مثبت معنی‌داری با رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارد. این نتایج هم با نتایج مطالعه Bovier و همکاران [۳۰] و سلحشوری و همکاران هم‌سو بود [۲۳].

### پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی

با توجه به نتایج پژوهش و مشاهدات پژوهشگر پیشنهاد می‌شود پژوهش به‌صورت گسترده در کل کشور انجام شود تا در صورت دستیابی به نتایج مشابه، اهمیت بیشتری به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زنان سرپرست خانوار داده شود و با توجه به نتایج به‌دست آمده، اقدامات مناسب براساس آداب و رسوم، تحصیلات و فرهنگ مناسب مناطق مختلف در نظر گرفته شود.

### References

1. Parvizi S, Kiani K, Ivbijaro G. Women's health bridges and barriers: a qualitative study. *Health care for women international*. 2013;34(3-4):193-208. [DOI:10.1080/07399332.2012.740108] [PMID]
2. Van Leuven K, Prion S. Health promotion in care directed by nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2007;3(7):456-61. [DOI:10.1016/j.nurpra.2007.04.024]
3. Clark CC, Paraska KK. *Health promotion for nurses: A practical guide*. 1st ed. New York: Jones & Bartlett Publishers; 2012.
4. Hong JF, Sermsri S, Keiwkarnka B. Health-promoting lifestyles of nursing students in Mahidol University. *Journal of Public Health and Development*. 2007;5(1):27-40.
5. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 1987;36(2):76-81. [DOI:10.1097/00006199-198703000-00002] [PMID]
6. DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K, et al. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2006;9(1):158-63. [DOI:10.1016/j.yebeh.2006.05.001] [PMID]



7. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams LB. Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2000;1(1):28-40.
8. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi SMA. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;28(115).
9. Hamidi F. Relationship between Social support and mental health among Female-headed households employed a military university. *JOURNAL OF MILITARY PSYCHOLOGY*. 2010;1(2):51-60.
10. Gholipour A, Rahimian A. Economic, Cultural, and Educational Factors Related to Empowerment of Head-of-Household Women. *Social welfare quarterly*. 2011;11(40):29-62.
11. Kimiaee S. Methods Used for Empowering Head-of-Household Women. *Social welfare quarterly*. 2011;11(40):63-92.
12. Ozawa MN, Lee Y, Wang KY-T. Economic conditions of female-headed households in Taiwan in comparison with the United States and Sweden. *Journal of Comparative Social Welfare*. 2011;27(1):63-74. [[DOI:10.1080/17486831.2011.532954](https://doi.org/10.1080/17486831.2011.532954)]
13. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. " It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. *BMC health services research*. 2009;9(1):191. [[DOI:10.1186/1472-6963-9-191](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-191)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
14. Ghasemi R, Rjabi Gilan N, Reshadat S, Tavangar F, Saedi S, Soofi M. Quality of leisure time in women resident in marginal neighborhoods and its relation with health related quality of life. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;24(120):14-24.
15. Akinsola HA, Popovich JM. The quality of life of families of female-headed households in Botswana: A secondary analysis of case studies. *Health care for women international*. 2002;23(6-7):761-72. [[DOI:10.1080/07399330290107502](https://doi.org/10.1080/07399330290107502)] [[PMID](#)]
16. Mohhamadi I, Pak A, Mohhamadi b. validity and reliabilty of inarian version of health promoting behaviors. *mazandaran medical journal*. 2011;21:103-13.
17. Salimi A, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Psychological studies*. 2009;5(3):81-102.
18. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41. [[DOI:10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)]
19. Abedi P, Jorfi M, Afshari P. Evaluation of the Health Promotion Lifestyle and its Related Factors in Reproductive Aged Women in Ahvaz, Iran. *Community Health Journal*. 2015;9(1):68-74.
20. Mohammadbeigi A, Anbari Z, Mohammadsalehi N, Mahdipour A, Ahmadi R, Ansari H. Study of the relationship between self-efficacy and health-promoting lifestyle and associated factors in nurses. *Majallah-i Dānishgāh-i Ulūm-i Pizishkī-i Qum*. 2016;10(7):49-57.
21. Wei C-N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental health and preventive medicine*. 2012;17(3):222. [[DOI:10.1007/s12199-011-0244-8](https://doi.org/10.1007/s12199-011-0244-8)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
22. Raiyat A, Nourani N, Samiei Siboni F, Sadeghi T, Alimoradi Z. Health Improving Behaviors in students of Qazvin Secondary schools in 2011. *journal of health*. 2012;3(3):46-53.
23. Salahshoori A, Harooni J, Salahshouri S, Hassanzadeh A, Mostafavi F, Molaei M. Investigation on association between self-efficacy, perceived barriers and social supports with health promoting behaviors in elderly in Dena city. *Health system research*. 2015;11(1):30-42.
24. Roosta F, Ahmadi A. Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors among Women of Reproductive Ages in Shiraz During 2013. *Journal of Ilam University*. 2016;24(2):90-100. [[DOI:10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90](https://doi.org/10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90)]
25. Khalili F, Sam S, Sharifirad G, Hassanzadeh A, Kazemi M. The relationship between perceived social support and social health of elderly. *Journal of Health System Research*. 2012;7(6):1216-25.
26. Cheng S-T, Chan AC. The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2004;37(7):1359-69. [[DOI:10.1016/j.paid.2004.01.006](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.006)]
27. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014;10(2):48-55.
28. Roosta F, Ahmadi A. Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors among Women of Reproductive Ages in Shiraz During 2013. *www.sjimu.medilam.ac.ir*. 2016;24(2):90-100. [[DOI:10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90](https://doi.org/10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90)]
29. Abdolkarimy M, Zareipour M, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health Promoting Behaviors and their Relationship with Self-efficacy of Health Workers. *Iran Journal of Nursing*. 2017;30(105):68-79. [[DOI:10.29252/ijn.30.105.68](https://doi.org/10.29252/ijn.30.105.68)]

30. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*. 2004;13(1):161-70. [[DOI:10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4](https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4)] [[PMID](#)]
31. Chenary R, Noroozi A, Noroozi R. Relation between perceived social support and health promotion behaviors in chemical veterans in Ilam province on 2012-13. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2013;6(1):1-10.
32. Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Haney MÖ. Health promotion behaviors of Turkish women. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;6(1).
33. Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM-A, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. *Health promotion international*. 2014;30(3):586-94. [[DOI:10.1093/heapro/dat086](https://doi.org/10.1093/heapro/dat086)] [[PMID](#)]
34. Mahmoodi H, Hasanpoor E, Zareipour M, Housaenpour H, Sharifi-Saqezi P, Babazadeh T. Compare the health promoting behaviors among nurses, health and administrative staff. *Iran Journal of Nursing*. 2016;29(99):56-65. [[DOI:10.29252/ijn.29.99.100.56](https://doi.org/10.29252/ijn.29.99.100.56)]
35. Beser A, Bahar Z, BÜYÜKKAYA D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Industrial health*. 2007;45(1):151-9. [[DOI:10.2486/indhealth.45.151](https://doi.org/10.2486/indhealth.45.151)] [[PMID](#)]
36. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nursing & health sciences*. 2007;9(2):112-9. [[DOI:10.1111/j.1442-2018.2007.00311.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00311.x)] [[PMID](#)]

### پیوست

جدول ضمیمه شماره ۱. واریانس رگرسیون خودکارآمدی و عوامل رفتاری

R2	ضرایب رگرسیون			آماره F	درجه آزادی	میانگین توان دوم	منبع
	Pvalu	ضریب	متغیر				
۰/۳۲	۰/۰۰۰	۶/۹۵	ثابت (C)	۰/۰۰۰	۲	۲۴۸۳/۳	رگرسیون
	۰/۰۰۰	۰/۴۷	ورزش				مانده‌ها
	۰/۰۰۰	۰/۳۹	مسئولیت				مجموع

جدول ضمیمه شماره ۲. واریانس رگرسیون حمایت اجتماعی و عوامل رفتاری

R2	ضرایب رگرسیون			آماره F	درجه آزادی	میانگین توان دوم	منبع
	Pvalu	ضریب	متغیر				
۰/۱۸	۰/۰۰۰	۱۹/۱۳	ثابت (C)	۰/۰۰۰	۲	۳۱۸۳/۷	رگرسیون
	۰/۰۰۰	۰/۶۵	استرس				مانده‌ها
	۰/۰۰۰	۰/۴۱	تغذیه				مجموع