Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

# Self-Efficacy Relationship with Social Health among Nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah

**Ayoub Mohammadi[1], Parvaneh Kheftan[2], Borzoo Amirpour[3], Maryam Alsadat Sepidehdam[4], Fatemeh Gholami Jam[1]**

1. Dept. of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Dept. of Social Work, University of Applied Sciences, Shahid Foundation for the Affair, Kermanshah, Iran
3. Dept. of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
4. Dept. of Counseling and guidance, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

## *Article Information*

**Article History:**
Received: 2017/09/11
Accepted: 2018/01/17
Available online: 2018/01/30

**IJHEHP 2018; 6(1):072-079**

**DOI:**
10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72

**Corresponding Author:**
**Parvaneh Kheftan**
Dept. of Social Work, University of Applied Sciences, Shahid Foundation for the Affair, Kermanshah, Iran
**Tel:** 09187311829
**Email:**
**pkhftan2015@gmail.com**

**Use your device to scan and read the article online**

## *Abstract*

**Background and Objective:** Health is a multi-dimensional concept, and the WHO has pointed to its four physical, psychological, spiritual and social dimensions. Social health is one of the most important health indicators of each country and can be influenced by different factors. The purpose of this study was to investigate the relationship between self-efficacy and dimensions of nurses' social health.

**Methods:** The research method was descriptive-analytic, correlation type. The statistical population was working nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah in 2016. A sample of 100 were selected using randomized sampling method. Data were collected using the Demographic Information Questionnaire, Keyez methodology, and Sherer Self-efficacy Questionnaire. Data were entered into Spss-22 software and analyzed using Pearson correlation, independent t-test and one-way ANOVA.

**Results:** The results showed that there was a significant relationship between nurses' self-efficacy and their social health ($p < 0.05$). Also, there was no significant relationship between self-efficacy with demographic variables such as age, sex, education, residence and income level ($p > 0.05$).

**Conclusion:** This research shows that there is a meaningful relationship between self-efficacy of the population studied and their social health. However, through self-efficacy-based interventions and education, the nurses' social health status was promoted.

**KeyWords:** Nurses, Self-Efficacy, Social Health

Copyright © 2018 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

**How to cite this article:**

Mohammadi A, Kheftan P, Amirpour B, Sepidehdam M A, Gholami Jam F. Self-efficacy Relationship With Social Health among Nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (1) :72-79

Mohammadi, A., Kheftan, P., Amirpour, B., Sepidehdam, M, A., Gholami, Jam, F.(2018). Self-efficacy Relationship With Social Health among Nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah.. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*,6(1):72-79

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
بهار ۱۳۹۷
2018;6(1): 072-079
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

# رابطهٔ خودکارآمدی با سلامت اجتماعی بین پرستاران بیمارستان طالقانی کرمانشاه

ایوب محمدی[۱]، پروانه خفتان[۲]، برزو امیرپور[۳]، مریم السادات سپیده‌دم[۴]، فاطمه غلامی‌جم[۱]

۱. گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
۲. گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علمی کاربردی واحد بنیاد شهید و امور ایثارگران، کرمانشاه، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۴. گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

**اطلاعات مقاله**

**تاریخچهٔ مقاله**
**دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰**
**پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۷**
**انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰**

**IJHEHP 2018; 6(1):072-079**

**نویسندهٔ مسئول:**
**پروانه خفتان**
گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علمی کاربردی واحد بنیاد شهید و امور ایثارگران، کرمانشاه، ایران
**تلفن:** ۰۹۱۸۷۳۱۱۸۲۹
**پست الکترونیک:**
pkhftan2015@gmail.com

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

## چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت مفهومی چند بعدی است و سازمان جهانی بهداشت نیز به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آن اشاره کرده است. سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری است و می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف قرار گیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ خودکارآمدی با ابعاد سلامت اجتماعی در پرستاران است.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش، توصیفی ـ تحلیلی از نوع همبستگی بود و جامعهٔ آماری آن پرستاران شاغل در بیمارستان طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ است که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی‌ساده، تعداد ۱۰۰نفر از آنها به‌عنوان نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سلامت اجتماعی کییز و پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی شرر جمع‌آوری و داده ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲، با آزمون‌های همبستگی پیرسون، t مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه تجزیه‌وتحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی پرستاران با سلامت اجتماعی آنان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$). همچنین بین خودکارآمدی با متغیرهای دموگرافیک سن، جنسیت، تحصیلات، محل سکونت و سطح درآمد رابطهٔ معنی‌داری وجود ندارد($p>۰/۰۵$).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد بین خودکارآمدی جمعیت مطالعه شده با سلامت اجتماعی آنها رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد و می‌توان با انجام مداخله‌ها و آموزش‌های مبتنی بر خودکارآمدی، سطح سلامت اجتماعی پرستاران را ارتقا بخشید.

**کلمات کلیدی:** پرستاران، خودکارآمدی، سلامت اجتماعی

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

## مقدمه

سلامت بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن استوار است. سلامت شرط ضروریِ ایفای نقش‌های اجتماعی است (۱) سلامتی ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی دارد که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، جنبه‌های متفاوتی نیز داشته و از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرند (۲). در موضوع سلامت، به ابعاد جسمانی و فیزیکی سلامت بیشتر توجه شده ولی به ابعاد روانی و اجتماعیِ آن کمتر توجه می‌شود (۳). سازمان جهانی بهداشت در راستای تامین سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی اعضای جامعه به کشورهای عضو



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]
[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

تاکید کرد که هیچ کدام از ابعاد سلامت بر دیگری برتری ندارد (۴). بسیاری از افراد با مسئلهٔ سلامت جسمی و روانی آشنایی دارند اما شاید تعداد کمی از آنها با مفهوم سلامت اجتماعی آشنایی داشته باشند. کییز و لارسن (۲۰۰۴)، سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی بوده و درواقع پاسخ‌های درونی فردی را هم شامل می‌شود (۵). سلامت اجتماعی عبارت است از توانائی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران که ابعاد مختلفی دارد. این ابعاد عبارت است از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفائی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی. در کل سلامت اجتماعی دربرگیرندهٔ سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و تصور هر شخص از خودش به‌عنوان عضوی از جامعهٔ بزرگتر است (۱). امروزه سلامت اجتماعی، همچون یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط نداشتنِ بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و نحوهٔ تفکر او دربارهٔ اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد درسطح کلان جامعه به شمار می‌رود (۷).سلامت از جنبه‌های مختلفی اهمیت دارد و می‌توان آن را بررسی کرد. یکی از این زمینه‌ها، سلامت اجتماعی است که بر جنبه‌های دیگری چون سلامت جسمی و روانی تأثیر می‌گذارد. رفتارهای اجتماعی فرد از سویی و محیط زندگی و شرایط اجتماعی جامعه عواملی اثرگذار در سلامت اجتماعی است . بنابراین بررسی و ارزیابی وضعیت سلامت اجتماعی اقشار مختلف جامعه برای دستیابی به جامعه‌ای سالم و پیشرو امری ضروری است. همان‌طور که اشاره شد، سلامت اجتماعی توانائی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران است، این تعریف زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که افراد به‌عنوان بخشی از تیم درمان، در بهبودی دیگران مشارکت داشته باشند زیرا عملکرد آنها و آسیب‌نرساندن به افرادِ درحالِ معالجه، خود به‌نوعی سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. در این میان پرستاران به‌عنوان قشری که مداوم با انواع بیماری‌های جسمی و روانی در تماس بوده و ممکن است بدین سبب در ابعاد مختلف سلامت در معرض خطر ابتلا به مشکلات متعددی باشند و به‌تبع آن سلامت اجتماعی آنها نیز تحت تأثیر شرایط شغلی و محیط کارشان قرار بگیرد از اهمیت بسزایی برخوردارند. به‌نوعی می‌توان گفت که سطح سلامت اجتماعی پرستاران علاوه بر ابعاد شخصیتی خود بر بهره‌وری نظام سلامت، درمان و توانبخشی نیز مؤثر است لذا بررسی سطح سلامت اجتماعی در میان این قشر لازم و ضروری به نظر می‌رسد. طبق نظریهٔ سلامت، هر فرد در صورتی سالم تلقی می‌شود که سطح بالایی ازسلامت اجتماعی داشته باشد (۸). اهمیت سلامت اجتماعی به حدی است که زمانی شخصی را واجد سلامت اجتماعی می‌دانند که بتوانند فعالیت ها و نقش اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد (۹، ۱۰). پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از: وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل (۱۱).یکی از عوامل احتمالی‌ای که گمان می‌رود بر سطح سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد، خودکارآمدی فرد است. این مفهوم را اولین بار Albert Bandura در سال ۱۹۷۷ مطرح کرد. او خودکارآمدی را باور به ظرفیت‌های شخصی در راستای شناسایی و به‌کارگیری مجموعه‌ای از اعمال ضروری برای دستیابی به اهداف مدنظر تعریف کرده‌است (۱۲). گمان بر آن است که هرچه میزان خودکارآمدی شخص بالاتر باشد یعنی به توانایی‌ها و ظرفیت‌های خویش اعتماد و باور قوی‌تری داشته باشد، می‌تواند در ابعاد پنج‌گانهٔ سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) عملکرد بهتری داشته باشد. در زمینهٔ تاثیر خودکارآمدی بر ابعاد مختلف سلامت می‌توان به نتایج پژوهش Siu-kau cheng و Stephen (۲۰۰۰) اشاره کرد که بیان کرده‌اند افزایش خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه دارد (۱۳). همچنین Solhi و همکاران در پژوهش خود روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دریافتند که میان سطح سلامت عمومی و خودکارآمدی رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۱۴). Tohidi و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود به بررسی رابطهٔ میان پرستیژ شغلی و سلامت اجتماعی پرستاران شهر



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

همدان پرداختند. آنها دریافتند که میان این دو متغیر رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۱۵). در پژوهش‌های قبلی، به رابطهٔ احتمالی میان سلامت اجتماعی و سطح خودکارآمدی پرستاران توجهی نشده است؛ پس با توجه به اهمیت بالای سلامت اجتماعی در جامعه و تلاش برای ارتقای آن در اقشار مختلف جامعه، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ سطح خودکارآمدی پرستاران و میزان سلامت اجتماعی آنها است.

## روش بررسی

روش پژوهش، توصیفی ـ تحلیلی از نوع همبستگی و جامعهٔ آماری آن پرستاران شاغل در بیمارستان طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود که براساس معیارهای ورود مثلِ داشتن حداقل سه سال سابقهٔ کار و مشخص بودن وضعیت استخدامی (داشتنِ ثبات نسبی شغلی) با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۱۲۰نفر از آنها به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که پس از جمع‌آوری داده‌ها و بررسی پرسش نامه‌ها، ۱۰۰ پرسش‌نامهٔ تکمیل شده قابلیت تحلیل را داشتند. ضمن رعایت اصول رازداری حرفه‌ای و اولویت حفظ سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش، رضایت آگاهانهٔ شفاهی اخذ شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: داشتن حداقل سه سال سابقه کار در بیمارستان طالقانی کرمانشاه و مشخص بودن وضعیت استخدامی(داشتن ثبات نسبی شغلی) ،داشتن رضایت آگاهانه و معیار خروج از پژوهش وجود هرگونه خطر برای سلامت شرکت‌کنندگان و نارضایتی آگاهانه است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه پرسش‌نامهٔ اطلاعات دموگرافیک، خودکارآمدی و سلامت اجتماعی بود. پرسش‌نامهٔ اطلاعات دموگرافیک پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته بود که مواردی از قبیل سن، تحصیلات، جنسیت، میزان درآمد ماهانه و منطقهٔ سکونت را شامل می‌شد و دو پرسش‌نامهٔ دیگر عبارت‌اند از :

**الف: پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی عمومی شرر:** در سال ۱۹۸۲ شرر آن را ارائه کرد و شامل ۱۷ مورد براساس مقیاس لیکرت ۵-۱ برای سنجش خود کارآمدی در انجام کارها بود. نمرهٔ بالای این آزمون، خودکارآمدی قوی‌تر را نشان می‌دهد، نسخهٔ فارسی این پرسش‌نامه را براتی ترجمه و اعتباریابی کرده است (۱۶).نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد.

سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیهٔ سؤال‌ها به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است.

**پرسش‌نامهٔ سلامت اجتماعی کییز** (فرم کوتاه): شامل ۲۰ سؤال بوده و پنج زیرمقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری سؤالات به‌صورت پنج گزینه‌ای در مقیاس لیکرت است. Babapoor و همکاران در سال ۱۳۸۸ پرسش‌نامهٔ مذکور را روا و پایا کردند.

پژوهشگران با مراجعه به نمونه‌های انتخابی، ضمن جلب اعتماد آنها و ارائهٔ توضیحات لازم، پرسش‌نامه‌ها را در اختیارشان قرار دادند. درنهایت، ۱۰۰ پرسش‌نامهٔ بی‌نقص برای تجزیه‌وتحلیل استفاده شد.پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۲، داده‌ها پردازش و اطلاعات به‌دست آمده با استفاده از آزمون‌های تحلیل پراکنش یک طرفه (ANOVA)، ضریب همبستگی پیرسون و T تجزیه‌وتحلیل شد. همچنین برای توصیف جامعهٔ مطالعه شده از آمارهای توصیفی مثل میانگین و... استفاده شد.

## یافته‌ها

### یافته‌های توصیفی

در پژوهش حاضر ۷۰/۲٪ از شرکت‌کنندگان را زنان و بقیه را مردان تشکیل داده بودند. میانگین وانحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان(۸/۸±۳۳/۰۳) است. ۱۵ نفر (۱۵ ٪) مدرک کاردانی، ۸۱ نفر (۸۱ ٪) کارشناسی، و ۴نفر (۴ ٪) نیز تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که ۵ نفر (۵ ٪) در حاشیهٔ شهر، ۱۳نفر (۱۳ ٪) در جنوب شهر، ۶۰ نفر (۶۰ ٪) در مرکز شهر و ۲۲ نفر (۲۲ ٪) نیز در شمال شهر سکونت دارند. میانگین و انحراف معیار سطح درآمد شرکت‌کنندگان در پژوهش(۲۹۴/۶۶۷ ± ۱/۴۷۲/۵۰۰) تومان است.

### یافته‌های تحلیلی

فرضیه: بین سلامت اجتماعی و خودکارآمدی رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد .

میانگین و انحراف معیار نمرهٔ سلامت اجتماعی شرکت کنندگان(۱/۴۷±۱۱/۶۶) بود. همچنین تحلیل نمرهٔ خودکارآمدی نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرهٔ آنان (۶/۸۵±۵۲/۷۵)است. لازم‌به‌ذکر است که با توجه به بالا



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

بودن حجم نمونه ( ۳۰ =< ) و استناد به قضیهٔ حد مرکزی، متغیرهای سلامت اجتماعی و خودکارآمدی توزیع نرمال دارند. برای بررسی رابطهٔ میان متغیرهای سن و سطح درآمد شرکت‌کنندگان با سطح خودکارآمدی افراد از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شمارهٔ۱ ذکر شده است.

در رابطه با متغیر سن و سطح درآمد، با توجه به اینکه مقدار *P* در جدول شمارهٔ ۱ بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا فرض استقلال دو متغیر رد نمی‌شود، یعنی دو متغیر رابطهٔ معنی داری با هم ندارند.

برای بررسی رابطهٔ جنسیت و سطح خودکارآمدی از آزمون t مستقل استفاده شد و نتایج آن در جدول شمارهٔ ۲ ذکر شده است.

**جدول ۱. بررسی رابطهٔ میان دو متغیر سن و سطح درآمد با سطح خودکارآمدی**

| متغیر | مقدار آزمون | مقدار *P* |
|---|---|---|
| **سن و سطح خودکارآمدی** | -۰/۰۲۹ | ۰/۷۹۹ |
| **سطح درآمد و خودکارآمدی** | -۰/۰۱۷ | ۰/۸۷۹ |

**جدول ۲. بررسی رابطهٔ میان جنسیت و سطح خودکارآمدی**

| متغیر | مقدار آزمون | مقدار *P* |
|---|---|---|
| **جنسیت و خودکارآمدی** | ۰/۵۲۵ | ۰/۶۰۱ |

با توجه به اینکه مقدار p بزرگتر از ۰/۰۵ است، فرض استقلال دو متغیر رد نمی‌شود یعنی این دو متغیر ارتباط معنی‌داری ندارند. همچنین لازم به ذکر است که طبق آزمون لوِن دو گروه (مرد و زن) واریانس همگون دارند.

رابطهٔ میان متغیرهای محل سکونت و سطح تحصیلات با خودکارآمدی به‌وسیلهٔ آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) بررسی شد و نتایج آن در جدول شمارهٔ ۳ آمده است.

**جدول شمارهٔ۳. بررسی رابطهٔ میان متغیرهای محل سکونت و سطح تحصیلات با خودکارآمدی**

| متغیر | مقدار آزمون | مقدار *P* |
|---|---|---|
| **محل سکونت و سطح خودکارآمدی** | ۰/۰۷۹ | ۰/۹۷۱ |
| **سطح تحصیلات و خودکارآمدی** | ۱/۱۷۶ | ۰/۳۱۴ |

در رابطه با متغیر محل سکونت، با توجه به اینکه مقدار p بزرگتر از ۰/۰۵ است فرض استقلال دو متغیر رد نمی‌شود یعنی این دو متغیر ارتباط معنی‌داری ندارند. همچنین لازم به ذکر است که طبق آزمون لوِن چهار گروه (حاشیه شهر، جنوب شهر، مرکز شهر و شمال شهر) واریانس همگون دارند. همچنین دربارهٔ متغیر سطح تحصیلات و خودکارآمدی نیز چون مقدار P بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض استقلال میان دو متغیر رد نمی‌شود و دو متغیر رابطهٔ معنی‌داری با هم ندارند. در متغیر تحصیلات نیز سه گروه ( کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد ) واریانس همگون دارند.

رابطهٔ احتمالی بین دو متغیر خودکارآمدی و سلامت اجتماعی به‌وسیلهٔ آزمون همبستگی پیرسون تحلیل شد و در جدول ۴ به نتایج آن اشاره شد.

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون حاکی از آن است که چون مقدار p کوچکتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض استقلال دو متغیر تأیید نمی‌شود یعنی دو متغیر ارتباط معنی‌داری با هم دارند.

برای بررسی رابطهٔ خودکارآمدی با ابعاد پنج‌گانهٔ سلامت اجتماعی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج حاصل از این تحلیل در جدول شمارهٔ ۵ ذکر شده است.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

جدول ۴. بررسی رابطهٔ میان خودکارآمدی و سلامت اجتماعی

| متغیر | مقدار آزمون | مقدار *P* |
|---|---|---|
| خودکارآمدی و سلامت اجتماعی | ۰/۴۷۴ | ۰/۰۰۰ |

جدول شمارهٔ ۵ . بررسی رابطهٔ خودکارآمدی با ابعاد سلامت اجتماعی

| متغیر | شکوفایی اجتماعی | | همبستگی اجتماعی | | انسجام اجتماعی | | پذیرش اجتماعی | | مشارکت اجتماعی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | مقدار آزمون | مقدار P | مقدار آزمون | مقدار P | مقدار آزمون | مقدار P | مقدار آزمون | مقدار P | مقدار آزمون | مقدار P |
| خودکارآمدی | ۰/۲۱۵ | ۰/۰۵۶ | ۰/۲۷۹ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۶۵ | ۰/۵۶۴ | ۰/۳۲۸ | ۰/۰۰۳ | ۰/۶۰۶ | ۰/۰۰۰ |

با توجه به نتایج ذکر شده در جدول شمارهٔ ۵ در رابطه با متغیرهای شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی، چون مقدار *p* بیشتر از ۰/۰۵ است لذا فرضیهٔ استقلال دو متغیر رد نمی شود یعنی دو متغیر رابطهٔ معنی‌داری ندارند. همچنین در رابطه با ابعاد همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی چون سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است، فرض استقلال دو متغیر تأیید نشده و هر سه بعد با میزان خودکارآمدی شرکت کنندگان رابطهٔ معنادار دارند و بعد مشارکت اجتماعی قوی‌ترین رابطه را با میزان خودکارآمدی دارد.

## بحث

هدف مطالعهٔ حاضر بررسی رابطهٔ خودکارآمدی با ابعاد سلامت اجتماعی بین پرستاران بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که رابطهٔ معنی‌داری بین خودکارآمدی و ابعاد سلامت اجتماعی وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی بر بسیاری از جنبه‌های کارکرد شخصی تأثیر می‌گذارند. کسانی که درمقایسه با دیگران سطح بالاتری از خودکارآمدی دارند از سلامتی جسمی و روانی بهتری هم برخوردارند. احساس کارآمدی بالا، سلامت شخصی و توانایی انجام تکالیف را از راه‌های مختلف افزایش می‌دهد (۱۷). باورهای خودکارآمدی بر عوامل مختلفی ازجمله انتخاب اهداف، تصمیم‌گیری و سلامت روان اثر مثبتی دارد (۱۸،۱۹ ).در مطالعهٔ Kareshki (۱۳۹۰) و Askaryzadeh Mahani و همکاران (۱۳۹۴) نیز خودکارآمدی، بیشترین اثر کلی را بر سلامت روان دانشجویان داشت (۲۰، ۲۱). براساس مطالعات انجام گرفته بین باورهای خودکارآمدی افراد و سلامت معنوی آنان هم بستگی معنادار و مثبتی وجود دارد (۲۲،۲۳،۲۴). بنابراین می‌توان گفت خودکارآمدی بالا، باعث آرامش می‌شود و بر ابعاد مختلف سلامت تاثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر از نظر ارتباط خودکارآمدی با سلامت با پژوهش‌های Solhi و همکاران (۲۵)، Behdani (۲۶)، Sang (۲۷)،Parto (۲۸) و Arabian (۲۹) هم‌سو است. در رابطه با ارتباط سطح خودکارآمدی با متغیرهای دموگرافیگ، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های Najafi (۳۰)، Behdani (۲۶) و Arabian (۲۹) یکسان و هم‌سو است اما با نتایج Akin (۳۰) و Pandey (۳۱) مغایر است. احتمال این مغایرت در نتایج مطالعهٔ ما با سایر مطالعات ذکر شده به تفاوت‌های جامعهٔ پژوهشی مربوط می‌شود.

از جمله نقاط قوت پژوهش حاضر می‌توان به بعدی از سلامت که کمتر به آن توجه شده است، یعنی سلامت اجتماعی و ارتباط آن با مفهومی روان‌شناختی اشاره کرد. لازم به ذکر است پژوهش حاضر نیز مثل بسیاری از پژوهش‌های دیگر خالی از ایراد نیست و محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کم بودن حجم نمونه و متعاقب آن توانایی تعمیم‌پذیری پایین نتایج به جامعهٔ پرستاران اشاره کرد. به‌منظور تعمیم‌پذیری بیشتر پیشنهاد می‌شود، این پژوهش با جامعهٔ آماری بزرگتری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود رابطهٔ بین دو متغیر اصلی پژوهش یعنی سطح خودکارآمدی و سلامت اجتماعی میان سایر اعضای تیم درمان بررسی و با پرستاران مقایسه شود. از مسئولین و دست‌اندرکاران نظام سلامت درخواست شود تا با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه، مداخلاتی



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

روان‌شناختی را به‌منظور ارتقای سطح خودکارآمدی و سلامت اجتماعی پرستاران و کادر درمان طراحی و ارزیابی کنند.

## نتیجه‌گیری

در این مطالعه چنان‌که ذکر شد بین سهم مصرفی و فواید سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا کرده و یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، محسوب می‌شود؛ لذا هدف تمام جوامع آن است که شرایطی را فراهم کنند تا سلامت اعضای شان را حفظ کرده و ارتقا بخشند. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با انجام مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر خودکارآمدی، می‌توان سطح سلامت اجتماعی پرستاران را در راستای بهره‌وری بیشتر ارتقا داد. از جمله فعالیت‌هایی که می‌توان برای ارتقای سطح خودکارآمدی پرستاران انجام داد، به چهار مورد اشاره خواهد شد: ۱. کسب مهارت عملی؛ ۲.کاهش استرس شغلی و فراهم کردن محیطی شاد و فعال‌تر با تأکید بر کار گروهی؛ ۳. ترغیب و تشویق شفاهی مهارت‌های موجود(ارائهٔ بازخورد کلامی)؛ ۴. فراهم کردن آموزش‌های روان‌شناختی مثل مهارت حل مسأله، کنترل استرس و خشم(مهارت‌های زندگی)

## سپاسگزاری

نویسندگان این اثر بر خود لازم می‌دانند از پرستارانی که در این پژوهش شرکت داشته‌اند، تشکر و قدردانی کنند.

## تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع گزارش نشده است.

## References

1. Mohseni M. Medical Sociology. 6nd end. Tehran: Tahmouri Publications;2009.
2. Wissing M, Fourie A. Spirituality as a component of psychological well-being. International Journal of Psychology. England: Psychology Press; 2000 . PMC1221536
3. Segrin C, Flora J. Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. Human Communication Research. 2000;26(3):489-514 .https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x
4. Organization WH. Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. 2006.
5. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology. 2002;82(6):1007 .https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007 PMid:12051575
6. Raymond C, Wedding D. Current Psychotherapies.7nd end. Pacific Grove (CA): Brooks Cole; 2004.
7. Samaram E. Social Health and it's indices. Collection of articles and lectures of the 1st social health congress . Ministry of Health and Medical Education Publication, 2011:68-75.
8. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Quarterly. 2004;82(1):101-24. https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x PMC2690205
9. Mitnick S, Leffler C, Hood VL, American College of Physicians Ethics P, Committee HR. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. J Gen Intern Med. 2010;25(3):255-60 . https://doi.org/10.1007/s11606-009-1206-3 PMC2839338
10. Abbasi A, Asayesh H, Rahmani H, Shariati A, Hosseini S, Rouhi G. The burden on cargivers from hemodialysis patients and related factors. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2011;8(1):26-33.
11. Mirowsky J, Ross CE. Social causes of psychological distress. New Jersey: Transaction Publishers; 2003 . PMC140769
12. DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. Epilepsy Behav. 2006;9(1):158-63 . https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.05.001 PMid:16798100
13. Cheung S-K, Sun SY. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. Soc Behav Pers. 2000;28(5):413-22 . https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.5.413
14. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No.2 in Chaloos. Razi J Med Sci. 2013; 20(109):72-9.
15. Tohidi SH, Shoorvasi M, Shayan A, Ahmadinia H, Furohari S. Development and Psychometric Relationship between Occupational Prestige and Social Health of Nursing Staff: A Cross-Sectional Study. Published by Canadian Center of Science and Education. 2016;9(3):251-9 . https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n3p251



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]

16. Barati BS. The simple and multiple relationships between self-effectiveness, self-discovery and self-esteem with academic performance of students in the third years of the new system in Ahvaz [MSc Thesis]. Ahvaz, Iran: Shahid Chamran University of Ahvaz. 1997.

17. Pajares F, Schunk DH. Self and self-belief in psychplpgy and education: An historical perspective.In J.Aronson & D. Cordova psychology of education. New York: Academic press; 2002 .PMC1222310

18. Fooladvand K, Farzad V, Shahraray M, Sangari AA. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. Contempor Psychol. 2013;4(2):81-95.

19. Fakhri Z, Rezaii A, Pakdaman SH, Ebrahimi S. Themediator role educational self-achievement in goal achievement prediction based on positive and negative emotion in adolescents. J Appl Psychol. 2013;6(1):55-68.

20. Kareshki H, Pakmehr H. Relationship between Perceived Self-efficacy, Meta-cognitive, and Critical Thinking with Mental Health among Medical Sciences Students. Hakim. 2011;14(3):180-7.

21. Askaryzadeh Mahani M, Soleimani L, Zafarnia N, Miri S. The Relationship between Self–Efficacybeliefs and Mental Health and Academic Achievement in Bam Nursing Students. J Res Dev Nurs Midwifery. 2015;12(2):29-37.

22. Adeqbola MS. Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sickle Cell Disease.South online J Nurs Res. 2011;11(1):5.

23. Gupta MG. Spiritual intelligence and emotion intelligence in relation to self efficacy and self regulation among college student. International journal of social sciences &interdisciplinary research. 2012;1(2):60-9.

24. Duggleby W, Cooper D, Penz K. Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. J Adv Nurs. 2009;65(11):2376-85 .https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05094.x PMid:19737323

25. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No.2 in Chaloos. Razi JMed Sci. 2013;20(109):72-9.

26. Behdani S, Dastjerdi R, Sharifzadeh Gh. Relationship between trust in God and self – efficacy With mental health in type II diabetics: J Birjand Univ Med Sci. 2012;19(3):302-11.

27. Sang G, Valcke M, Van Braak J, Tondeur J. Student teachers' thinking processes and ICT integration: Predictors of prospective teaching behaviors with educational technology. Computers & Education. 2010;54(1):103-12 . https://doi.org/10.1016/j.compedu.2009.07.010

28. Parto M, Besharat MA. The direct and indirect effects of self- efficacy and problem solving on mentalhealth in adolescents:Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism. Procedia - Socialand Behavioral Sciences. 2011;30:639-43 . https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.124

29. Aerabian A, Khodapanahi M, Heidari M, Saleh Sedghpour B.The relationship between self-efficacy beliefs on mental health and educational success. J Psychol. 2004;32(8):360_71.

30. Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. The quality of life and self-eficacy of Turkish breast cancer patients undergoing hemotherapy. Eur J Oncol Nurs. 2008;12(5):449-56 . https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.07.006 PMid:18842460

31. Pandey M, Thomas BC, SreeRekha P, Ramdas K, Ratheesan K, Parameswaran S, et al. Quality of life determinants in women with breast cancer undergoing treatment with curative intent. World J Surg Oncol. 2005;3(1):63 .https://doi.org/10.1186/1477-7819-3-63 PMC1261539

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26 ]

[ DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 ]