



# The Effect of Health Habit-based Intervention Program on Self-care and Self-efficacy of Nursing Students

Marzieh Tavafei<sup>1</sup>, Abdollah Khorami Markani<sup>2,\*</sup>, Raheem Bagaei<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc Student, Urmia Nursing and Midwifery School, Urmia Medical Sciences University, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Urmia Medical Sciences University, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Nursing, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

\* **Corresponding author:** Abdollah Khorami Markani, Assistant Professor, Department of Nursing, Urmia Medical Sciences University, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran. E-mail: Khorami.abdollah@gmail.com

**Received:** 04 Nov 2018

**Accepted:** 15 Jan 2019

## Abstract

**Introduction:** Students have many problems in their various dimensions of self-care and self-efficacy. The aim of this study was to determine the effect of health habit-based intervention on self-care and self-efficacy of nursing students.

**Methods:** The present study was a semi-experimental design with pretest-posttest with control group. Sixty nursing students were randomly assigned to two intervention and control groups. For data collection, the "Dossey & Keygan Self-Care Scale" and "General Self-Efficacy Scale" Sherrer et al were used. Validity and reliability of "Self-care scale of Dossey and Keegan" were determined by the face validity, content validity index and content validity ratio and its reliability was determined by Alpha-Cronbach's coefficient. Validity and reliability of the Persian version "Self-Efficacy Scale" have been confirmed in previous studies. The intervention group was run for 6 weeks for the intervention group. Six sessions of support and follow-up consultation were conducted at the student dormitory student counseling center. There was no intervention for the control group. Questionnaires were completed by both groups before and after the intervention. Data was analyzed in SPSS software version 19.

**Results:** The difference in mean of total self-care score and self-efficacy in the two intervention and control groups was not statistically significant ( $P > 0.005$ ) before intervention. But after the intervention, the difference in mean of self-care score in physical, mental and interest dimensions, as well as the mean score of self-efficacy, was statistically significant ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** The health habit-based intervention program was able to increase student's self-care in areas such as physical, mental, and interest as well as self-efficacy. It is recommended that this intervention be applied for undergraduate nursing courses in all universities.

**Keywords:** Education, Health Habits, Self-care, Self-efficacy



## تأثیر برنامه مداخله مبتنی بر عادات بهداشتی بر خود مراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری

مرضیه طوافی<sup>۱</sup>، عبدالله خرّمی مارکانی<sup>۲\*</sup>، رحیم بقایی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ارومیه، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، خوی، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
 \* نویسنده مسئول: عبدالله خرّمی مارکانی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، خوی، ایران. ایمیل: Khorami.abdolah@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۳

### چکیده

**مقدمه:** دانشجویان در زمینه ابعاد مختلف خودمراقبتی و خودکارآمدی مشکلات بسیاری دارند. هدف مطالعه حاضر تعیین تأثیر برنامه مداخله مبتنی بر عادات بهداشتی بر خود مراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری بود.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. ۶۰ نفر از دانشجویان پرستاری با روش تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گردآوری داده‌ها از "مقیاس خودمراقبتی دوسی و کیگان" (Dossey & Keygan Self-Care Scale) و نیز "مقیاس خودکارآمدی عمومی" (General Self-Efficacy Scale) استفاده شد. روایی و پایایی "مقیاس خودمراقبتی دوسی و کیگان" به روش شاخص روایی محتوا، نسبت روایی محتوا و صوری و نیز پایایی آن به روش ضریب آلفا کرونباخ تعیین شد. روایی و پایایی نسخه فارسی "مقیاس عمومی خودکارآمدی" در مطالعات قبلی تأیید شده است. برای گروه آزمون برنامه مداخله بمدت ۶ هفته اجرا شد. ۶ جلسه برنامه حمایتی و مشاوره پیگیری در مرکز مشاوره دانشجویی خوابگاه‌های دانشجویی انجام شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** اختلاف میانگین نمره کل خودمراقبتی و خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود ( $P > 0/05$ ). ولی بعد از مداخله، اختلاف میانگین نمره خودمراقبتی در ابعاد جسمی، ذهنی و علائق و نیز میانگین نمره خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** برنامه مداخله مبتنی بر عادات بهداشتی توانست خودمراقبتی دانشجویان را در حیطه‌های جسمی، ذهنی و علائق و نیز خودکارآمدی آن‌ها را افزایش دهد. بکارگیری این مداخله برای دوره کارشناسی پرستاری در کلیه دانشگاه‌ها توصیه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** آموزش، عادات بهداشتی، خودمراقبتی، خودکارآمدی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

دوران دانشجویی بر سلامتی آن‌ها در طول زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد. کارهای روتین سخت دانشگاهی ممکن است بر فعالیت‌های روزانه زندگی آن‌ها لطمه وارد کند. طبق نتایج مطالعات دانشجویان در انجام خودمراقبتی مشکل داشته و برای انجام وظایف دانشگاهی به طور مناسب غذا نمی‌خورند، ورزش نمی‌کنند، یا خواب کافی ندارند [۴]. نتایج مطالعه Yonis [۵] نشان داد که دانشجویان گروه علوم پزشکی نمره کمتری در پرسشنامه عادات سبک زندگی سالم بدست آوردند. در

خودمراقبتی فعالیت‌های آگاهانه، هدفمند و قابل یادگیری است که هر فرد برای خود، خانواده و دیگران انجام می‌دهد تا سالم بماند. خود مراقبتی موجب افزایش کارایی و مهارت‌های فردی در زندگی می‌شود [۱]. خودمراقبتی یکی از متغیرهای ضروری در آموزش دانشجویان پرستاری است. انتظار جامعه از دانشگاه‌ها کسب توانایی خودمراقبتی و خودکارآمدی در دانشجویان می‌باشد [۲، ۳]. دانشجویان در مرحله حساس زندگی و گذر به مرحله بزرگسالی هستند. تغییر و تحولات

برای مراقبت از خودشان تربیت و آموزش می‌بینند. با وجود تاکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت بعنوان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها، ارتقاء و حفظ سبک زندگی سالم برای متخصصین حیطه سلامت همچنان یک چالش مداوم و جهانی باقی مانده است [۱۵]. بنابراین، ضروری است دانشگاه‌های علوم پزشکی نه تنها آموزش و تربیت دانشجویان را با نظم خاص انجام دهند، بلکه تقویت رفتارها و نگرش‌های آن‌ها را نیز باید ارتقاء دهند تا آن‌ها عامل تغییر و تحول بهداشت و سلامت جامعه باشند [۱۶]. با توجه به موارد فوق، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مداخله مبتنی بر عادات بهداشتی بر خود مراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری انجام شد.

## روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود که با نمونه دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی خوی در ماه‌های مهر و آبان سال ۱۳۹۶ انجام شد. معیارهای ورودی شامل عدم دریافت داروهای روانگردان، نداشتن سابقه شرکت در جلسه آموزشی مشابه، عدم مشروطی درترم های قبلی، نداشتن مشکل روحی و روانی، توانایی شرکت در جلسات و همراهی و توانایی تکمیل پرسشنامه‌ها و معیارهای خروجی، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی بود. با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۶۰ نفر از دانشجویان مؤنث و مذکر سال اول به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند.

جهت جمع آوری داده‌ها از "مقیاس خودمراقبتی دوسی و کیگان" (Dossey & Keygan Self-Care Scale) استفاده شد [۱۷]. این پرسشنامه شامل گویه‌های خودمراقبتی در شش حیطه وضعیت جسمی (۱۰ گویه)، وضعیت معنوی (۷ گویه)، وضعیت ذهنی (۷ گویه)، وضعیت ارتباطی (۸ گویه)، وضعیت احساسی (۸ گویه) و وضعیت علایق (۸ گویه) است. نمره گزاری گویه‌ها بصورت طیف لیکرت سه نقطه‌ای از هرگز (۰)، گاهی (۱) و همیشه (۲) با دامنه نمرات صفر تا ۹۰ انجام شد. این پرسشنامه در مطالعه حاضر به روش Wild و همکاران [۱۸] در ۸ مرحله ترجمه، تطبیق فرهنگی و روانسنجی شد. روایی محتوایی و روایی صوری توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دانشکده علوم پزشکی خوی، آشنا به موضوع پژوهش و ابزارسازی و بصورت کمی و کیفی با استفاده از شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا انجام شد. بر پایه شاخص روایی محتوای [۱۹] میزان مربوط بودن، روشن بودن و ساده بودن هر یک از گویه‌های مقیاس را بر اساس طیف سه بخشی با چهار نمره صفر تا سه تعیین شد. سپس ضرورت گویه‌ها با استفاده از شاخص سه بخشی نسبت روایی محتوا (ضروری بودن، نسبتاً ضروری بودن و غیر ضروری بودن) توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه، آشنا به موضوع پژوهش و روانسنجی ابزار، با استفاده از جدول لاوشه بررسی گردید. پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی با نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی خوی تعیین گردید که ضریب آلفاکرونباخ کل مقیاس (۰/۷۶) حاصل شد. "مقیاس خودکارآمدی عمومی" دارای ۱۷ گویه بود که هر گویه بر اساس طیف لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۳) تنظیم شده بود. این پرسشنامه

مطالعه رضانخانی و همکاران [۶] نیز که در دانشجویان علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی انجام شد، از میان ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه، شاخص فعالیت فیزیکی کمترین نمره را به خود اختصاص داد. بنابراین، دانشجویان جهت سبک زندگی سالم می‌بایست در زمینه مراقبت از خود تلاش نمایند [۳].

دانشجویان در این مرحله از تکامل جسمی، روانی و جنسی، بتدریج برای سلامتی خودشان مسئولیت می‌پذیرند [۷، ۸]. عادات ناسالم مانند دریافت تغذیه‌ای ناکافی، استراحت و ورزش ناکافی در بین دانشجویان دانشگاه شایع هستند. به همین منظور نیاز به برنامه‌های آموزشی است تا رفتار و سبک‌های زندگی آن‌ها تغییر یابد و دانش آن‌ها را در باره چگونگی ارتقاء سلامتی افزایش دهد. با وجود این، به نظر می‌رسد دانشجویان در ایران و سایر کشورها برای ارتقاء سلامتی خود تلاش نمی‌کنند [۹]. علاوه بر این، مطالعات دیگری نشان داده است که نیاز شدیدی برای ارتقاء آموزش بهداشت در محیط‌های دانشگاهی وجود دارد و برنامه‌های ارتقاء سلامتی مبتنی بر دانشگاه می‌تواند اثر اساسی بر دانش، رفتارها و سبک زندگی دانشجویان داشته باشد [۱۰]. همچنین، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامتی محور تمرکز فعالیت‌های ارائه دهندگان مراقبت اولیه یا دانشجویان پرستاری است. دانشجویان پرستاری به دلیل سن کم قابلیت انعطاف داشته و قادر به پرورش خودباوری و ایجاد تغییر در رفتار خود می‌باشند، لذا دارای موقعیت حساسی هستند [۱]. خودکارآمدی بعنوان یکی از مفاهیم کاربردی در نظریه یادگیری شناختی - اجتماعی Bandura به عقاید شخص در مورد توانایی خویش برای سازگاری با موقعیت‌های خاص و درک فرد از توانایی انجام مؤثر و شایسته وظیفه یا وظایف خاص اطلاق می‌شود. طبق نظریه وی، افراد با باور کافی به کارآمدی خود، قادر به سازگاری بهتری با نیازهای موقعیت خاص می‌باشند، در حالی که افرادی که از خودکارآمدی پایین در ارائه فعالیت‌های خاص با مشکل مواجه می‌شوند [۱۱].

ارتقاء سلامتی خود، در دانشگاه می‌تواند عادات بهداشتی مثبت را در طول زندگی دانشجویان ایجاد کند. دانشجویان بسیاری از رفتارها و سبک‌های زندگی را در این دوران تجربه می‌کنند. آن‌ها باید تشویق شوند برای سلامتی و تندرستی خودشان مسئولیت بپذیرند. انتظار می‌رود آموزش دادن به دانشجویان در باره ارتقاء سلامتی و خودمراقبتی بتواند توانایی‌های خودمراقبتی آن‌ها را افزایش داده و رفتارهای بهبود دهنده سلامتی مانند افزایش فعالیت جسمی، انتخاب تغذیه‌ای مناسب و عادات منظم خواب را ارتقاء دهد. دانشجویانی که این توانایی‌ها را کسب نمایند، با محیطشان بهتر سازگار می‌شوند. سبک زندگی سالمی دارند که در نهایت محیط کاری لذت بخش تری ایجاد می‌کند [۱۲]. همچنین ارتقاء رفتارهای سلامت محور منجر به حفظ عملکرد و استقلال افراد، افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌شود [۱۳]. لذا افزایش رفتار بهداشتی و تلاش‌های بیشتر نسبت به ارتقاء دادن رفتارهای سالم و تندرستی در بین دانشجویان ضروری است [۱۴]. با وجود این، بنظر می‌رسد دانشگاه‌ها، نقش اصلی خود را در مورد ارتقاء سلامتی دانشجویان بطور کامل ایفا نمی‌کنند. این امر سبب می‌شود تا توانایی‌های خودمراقبتی و خودکارآمدی در دانشجویان ارتقاء نیافته و در نتیجه سبک زندگی سالم حاصل نشود. امروزه دانشجویان پرستاری برای مراقبت از دیگران، نه

تا در صورت لزوم تماس حاصل کرده و پژوهشگر اصلی به سؤالات آن‌ها پاسخ دهد. پس از اتمام دوره استراحت، مجدداً از کلیه واحدهای مورد پژوهش درخواست گردید جهت اخذ داده‌های پیامدی مطالعه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. بعد از انجام پس آزمون، بسته آموزشی برنامه بصورت پمفلت آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. داده‌ها به روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی و با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ تحلیل شد.

### یافته‌ها

در گروه مداخله ۵۴ درصد نمونه‌ها مؤنث، ۳۳/۵ درصد دارای وضع اقتصادی درآمد مساوی هزینه، ۸۶/۷ درصد مجرد، ۵۶/۷ درصد غیربومی، ۴۳/۳ درصد فرزند دوم خانواده و دارای میانگین سنی ۰/۹۴ ± ۲۱/۴۶ سال و معدل ۰/۸۸ ± ۱۶/۳۶ و در گروه کنترل مقادیر این متغیرهای جمعیت شناختی به ترتیب ۵۰ درصد مؤنث، ۵۰ درصد دارای وضع اقتصادی درآمد مساوی هزینه، ۹۳/۳ درصد مجرد، ۵۳/۳ درصد بومی، ۴۰ درصد فرزند دوم و یا سوم و دارای میانگین سنی ۰/۹۹ ± ۲۱/۸ سال و معدل ۱/۰۸ ± ۱۶/۴۹ بود. نتایج تی مستقل و کای دو نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای فوق وجود نداشت. به عبارت دیگر، دو گروه از نظر متغیرهای مورد نظر همسان بودند ( $P > ۰/۰۵$ ). قبل از مداخله، میانگین نمره‌های خودمراقبتی کلی در گروه مداخله ( $۴۷/۵۸ ± ۳/۶۸$ ) و در گروه کنترل ( $۳۷/۴۲ ± ۴۵/۷۴$ ) بود که اختلاف مختصری را نشان داد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ( $P = ۰/۰۶۸$ ) (جدول ۱).

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که فرضیه برابری میانگین‌های نمره‌های ابعاد خودمراقبتی بین دو گروه در سطح خطای ۵ درصد معنی دار نیست ( $P > ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر، قبل از مداخله، بین دو گروه از لحاظ میزان نمره ابعاد خودمراقبتی تفاوتی وجود نداشته است. اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی نیز در گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی دار نبود ( $P = ۰/۴۸$ ) (جدول ۱).

نتایج بیانگر آن بود که بعد از مداخله، میانگین نمره کل خودمراقبتی در گروه مداخله ( $۳/۸۲ ± ۵۱/۴۶$ ) و در گروه کنترل ( $۳/۵۸ ± ۴۶/۸۴$ ) معنی دار بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین اختلاف میانگین نمره ابعاد وضعیت جسمی، وضعیت ذهنی و وضعیت علایق در گروه مداخله، در گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تی گروه‌های مستقل، نشان داد که فرضیه برابری میانگین‌های نمره وضعیت جسمی، وضعیت ذهنی و وضعیت علایق بین دو گروه در سطح خطای ۵ درصد معنی دار است ( $P < ۰/۰۵$ ). اما در میانگین نمره وضعیت معنوی، وضعیت ارتباطی و وضعیت احساسی در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل بعد از مداخله، بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله معنی دار بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۲).

طبق نتایج جدول ۳ آزمون تی مستقل، قبل از مداخله میانگین نمرات بعد خودمراقبتی (کل) در بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ( $P = ۰/۰۶$ ), اما پس از مداخله، میانگین نمرات این بعد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش داشت که از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < ۰/۰۵$ ). همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار آماری در میزان

در سال ۱۹۸۲ توسط Sherrer و همکاران [۲۰] برای سنجش خودکارآمدی عمومی با ۱۷ گویه و مقیاس پنج قسمتی لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تدوین شده است. هر گویه نمره بین ۱ تا ۵ را به خود اختصاص داده و دامنه نمرات بین حداقل ۱۷ و حداکثر ۸۵ است. شماری زاده و عابدی روایی محتوایی و روایی صوری مقیاس را توسط ۱۰ نفر از جمع خبرگان رشته روانشناسی از دانشگاه‌های دولتی اصفهان تعیین نمودند. همچنین روایی سازه مقیاس با نمونه ۱۰۰ نفری از دانشجویان روانشناسی دانشگاه‌های اصفهان بصورت تعیین همبستگی آن با "مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر"، (Ratter Internal & External Control Scale)، "مقیاس کنترل شخصی" (Personal Control Subscale)، "مقیاس سطح اجتماعی مارلو و کران" (Marlow & Kran Social Level Scale) و "مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ" (Rosenberg Interpersonal Competency Scale) انجام شد که ضریب همبستگی کلی "مقیاس خودکارآمدی عمومی" با میانگین ضرایب همبستگی چهار مقیاس فوق ۰/۶۱ محاسبه شد. ضریب پایایی مقیاس با نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان روانشناسی دانشگاه‌های دولتی اصفهان با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است [۲۱]. قبل از شروع مداخله، پیش آزمون برای اخذ داده‌های پایه از هر دو گروه مداخله و کنترل به عمل آمد. سپس برنامه مداخله به صورت جلسات آموزشی و برنامه حضوری حمایتی و پیگیری اجرا شد.

محتوا و برنامه آموزشی مورد نظر با هدف افزایش توانمندی‌ها و مهارت‌های گروه مداخله طراحی شد. برنامه مداخله و آموزش عادات بهداشتی شامل فعالیت‌های جسمی، روانی، عواطف، ارتباطات، معنویت و سایر فعالیت‌های روزمره زندگی از جمله نظافت شخصی، غذاخوردن و ورزش و فعالیت بود که بصورت سخنرانی اجرا شد. محتوای اصلی برنامه آموزشی با در نظر گرفتن متون موجود در مقالات و کتب آموزش عادات بهداشتی تهیه گردید و اعتبار آن توسط ۵ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و خوی، متخصص در موضوع پژوهشی تأیید گردید. جلسات آموزشی به مدت ۶ هفته، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم توسط پژوهشگر اصلی مطالعه برگزار شد. جلسات حمایتی و پیگیری در مرکز مشاوره خوابگاه‌های دانشجویی بصورت کار در گروه‌های کوچک دانشجویی، بحث و تعامل چهره به چهره، پاسخگویی به سؤالات و ابهامات و پیگیری بکارگیری مطالب آموزشی در رفتارهای فردی دانشجویان انجام شد.

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از واحدهای مربوطه، کمیته اخلاقی و دریافت کد اخلاق به دانشکده مراجعه نموده و بعد از معرفی خود به مسئولین و دانشجویان پرستاری، هدف از انجام پژوهش را برای آن‌ها توضیح داد. سپس از دانشجویان واجد شرایط، رضایت آگاهانه کتبی اخذ نمود. برای گروه برنامه مداخله برنامه آموزش عادات بهداشتی و جلسات حمایتی و مشاوره‌ای برگزار شد و در این مدت، گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، یک ماه به دانشجویان فرصت داده شد و توصیه شد که محتوای رفتارهای بهداشتی آموخته شده را در زندگی روزمره اجرا نمایند. جهت پاسخگویی به سؤالات احتمالی و پیگیری بکارگیری عادات بهداشتی یک شماره تلفن در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت

نشد ( $P = 0/18$ ). طبق نتایج تی مستقل، میانگین و انحراف معیار تفاضل قبل و بعد خودمراقبتی (کل) در گروه مداخله ( $0/16 \pm 2/46$ ) و در گروه کنترل ( $0/19 \pm 0/9$ ) بود که از لحاظ آماری معنی دار نبود ( $P = 0/16$ ) (جدول ۳).

خودمراقبتی (کل) قبل و پس از پایان مداخله در گروه مداخله بود ( $P = 0/09$ )، این بدین معناست که استفاده از مداخله توانسته است منجر به افزایش خودمراقبتی در گروه مداخله گردد. ولی طبق نتایج آزمون تی زوجی، در میانگین نمرات میزان خودمراقبتی (کل) قبل از مداخله و بعد از مداخله گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری مشاهده

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره ابعاد خودمراقبتی و خودکارآمدی قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون t مستقل	P-value
<b>خودمراقبتی</b>				
<b>وضعیت جسمی</b>				
مداخله	۸/۴۳	۱/۲۷	df = ۵۸ .t = ۱/۳۸	۰/۲۶
کنترل	۷/۸۷	۱/۱۴		
<b>وضعیت معنوی</b>				
مداخله	۷/۴۸	۱/۴۰	df = ۵۸ .t = ۱/۰۸	۰/۹۰
کنترل	۷/۴۲	۱/۱۲		
<b>وضعیت ذهنی</b>				
مداخله	۸/۰۶	۰/۹۲	df = ۵۸ .t = ۱/۵۶	۰/۵۶
کنترل	۷/۷۸	۰/۸۹		
<b>وضعیت ارتباطی</b>				
مداخله	۷/۳۶	۰/۷۲	df = ۵۸ .t = ۱/۶۶	۰/۸۶
کنترل	۷/۵۳	۰/۸۸		
<b>وضعیت احساسی</b>				
مداخله	۸/۶۰	۰/۹۸	df = ۵۸ .t = ۱/۳۶	۰/۸۶
کنترل	۷/۶۸	۰/۸۹		
<b>وضعیت علایق</b>				
مداخله	۷/۶۶	۰/۸۸	df = ۵۸ .t = ۱/۶۶	۰/۹۲
کنترل	۷/۴۶	۰/۸۰		
<b>خودمراقبتی کلی</b>				
مداخله	۴۷/۵۸	۳/۶۸	df = ۵۸ .t = ۱/۸۵	۰/۰۶۸
کنترل	۴۵/۷۴	۳/۴۲		
<b>خودکارآمدی</b>				
<b>خودکارآمدی</b>				
مداخله	۲۸/۸۲	۵/۰۶	df = ۵۸ .t = ۰/۷۹	۰/۴۸
کنترل	۲۷/۶۸	۴/۹۸		

همین راستا برای مقایسه نمرات خودمراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی و خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله معنی دار نبود.

به عبارت دیگر، قبل از مداخله، بین دو گروه از لحاظ میزان نمره ابعاد خودمراقبتی و خودکارآمدی تفاوتی وجود نداشت. این نتایج همراستا با نتایج حاصل از مطالعات مشابهی است که با نمونه دانشجویان پرستاری و غیر پرستاری و دانش آموزان و افراد دیگر در کشورهای مختلف انجام گرفته است. از جمله نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات Ball & Bax [۲۲] در آمریکا، مطالعه Altun [۱۲] در ترکیه، مطالعه صابر شهرکی و همکاران [۲۳] و در ایران، مطالعه ندریان و همکاران [۲۴] مطالعه محمدی زیدی و همکاران [۲۵] کاملاً همخوانی دارد.

با توجه به جدول ۴ که نشان می‌دهد، نتایج تی مستقل، قبل از مداخله میانگین نمرات بعد خودکارآمدی در بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ( $P = 0/43$ ) اما پس از مداخله، میانگین نمرات این بعد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافت که از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار آماری در میزان خودکارآمدی قبل و پس از پایان مداخله بود ( $P < 0/001$ )، این بدین معناست که استفاده از مداخله توانسته است منجر به افزایش خودکارآمدی در گروه مداخله گردد.

طبق نتایج آزمون تی مستقل، میانگین و انحراف معیار تفاضل نمرات قبل و بعد خودکارآمدی نیز در گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/001$ ) (جدول ۴).

هدف مطالعه حاضر، تعیین تأثیر برنامه مداخله مبتنی بر عادات بهداشتی بر خود مراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری بود. در

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره ابعاد خودمراقبتی و خودکارآمدی بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

P-value	آماره آزمون t-test مستقل	انحراف معیار	میانگین	ابعاد متغیرها گروه خودمراقبتی
*۰/۰۲۸	df = ۵۸ .t = ۱/۶۲			وضعیت جسمی
		۱/۳۲	۱۰/۶۸	مداخله
		۱/۰۲	۸/۱۲	کنترل
۰/۰۹۵	df = ۵۸ .t = ۱/۸۱			وضعیت معنوی
		۱/۲۳	۸/۰۲	مداخله
		۱/۲۴	۷/۶۲	کنترل
*۰/۰۴۴	df = ۵۸ .t = ۱/۷۰			وضعیت ذهنی
		۰/۸۴	۱۰/۹۶	مداخله
		۰/۸۷	۹/۲۴	کنترل
۰/۰۷۶	df = ۵۸ .t = ۱/۵۷			وضعیت ارتباطی
		۰/۷۸	۸/۴۵	مداخله
		۰/۹۵	۷/۵۳	کنترل
۰/۰۶۸	df = ۵۸ .t = ۲/۳۸			وضعیت احساسی
		۰/۷۸	۹/۴۲	مداخله
		۰/۸۳	۸/۵۸	کنترل
*۰/۰۳۸	df = ۵۸ .t = ۲/۴۸			وضعیت علایق
		۰/۷۸	۹/۹۸	مداخله
		۰/۸۶	۸/۶۶	کنترل
<۰/۰۰۱	df = ۵۸ .t = ۲/۴۸			خودمراقبتی کلی
		۳/۸۲	۵۱/۴۶	مداخله
		۳/۵۸	۴۶/۸۴	کنترل
				خودکارآمدی
<۰/۰۰۱	df = ۵۸ .t = ۵/۴۷			خودکارآمدی
		۴/۷۸	۳۱/۴۶	مداخله
		۴/۸۸	۲۸/۷۸	کنترل

\*آزمون آماری تی مستقل معنی دار

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات و تفاضل قبل و بعد، خودمراقبتی کلی بین و درون دو گروه مداخله و کنترل در دانشجویان پرستاری

نتیجه آزمون t مستقل	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
					خودمراقبتی کلی
P = ۰/۰۶ .t = ۱/۸۵ .df = ۵۸	۲/۷۱	۲۷/۲۳	۲/۹۷	۲۸/۶۰	قبل
P < ۰/۰۰۱ .t = ۳/۹۸ .df = ۵۸	۲/۵۲	۲۸/۱۳	۳/۱۳	۳۱/۰۶	بعد
P = ۰/۱۶ .t = ۱/۴۱ .df = ۵۸	-۰/۱۹	۰/۹	۰/۱۶	۲/۴۶	تفاضل بعد - قبل
			P = ۰/۰۰۹ .t = -۲/۷۷ .df = ۲۹		نتیجه آزمون t زوجی

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات و تفاضل قبل و بعد، خودکارآمدی بین و درون دو گروه مداخله و کنترل در دانشجویان پرستاری

نتیجه آزمون t مستقل	گروه شاهد		گروه مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
					خودکارآمدی
P = ۰/۴۳ .t = ۰/۷۹ .df = ۵۸	۹/۶۳	۵۸/۸۰	۹/۶۳	۶۰/۷۶	قبل
P < ۰/۰۰۱ .t = ۵/۴۷ .df = ۵۸	۹/۶۸	۶۱/۶۳	۸/۴۳	۷۴/۴۶	بعد
P = ۰/۰۰۱ .t = ۶/۱۳ .df = ۵۸	۷/۱۱	۲/۸۳	۶/۵۸	۱۳/۷	تفاضل بعد - قبل
			P < ۰/۰۰۱ .t = ۱۱/۳۹ .df = ۲۹		نتیجه آزمون t زوجی

### بحث

کنترل، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی در گروه مداخله و گروه کنترل بعد از مداخله معنی دار بود، اما در سطح زیر مقیاس‌های خودمراقبتی تنها نمره وضعیت جسمی، وضعیت ذهنی و وضعیت علایق در گروه مداخله معنی دار بود. علاوه بر آن، میانگین نمره خودکارآمدی نیز در گروه مداخله و در گروه کنترل بعد از مداخله

نتایج مطالعه آن‌ها نیز نشان داد که قبل از مداخله آموزشی دو گروه در میزان نمرات خودمراقبتی و خودکارآمدی تفاوتی نداشتند، اما بعد از آموزش این نمرات در گروه مداخله افزایش یافته و از لحاظ آماری معنی دار شده بود. همچنین در راستاری مقایسه نمرات خودمراقبتی و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری بعد از مداخله در دو گروه مداخله و



معنی داری را در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد. در مطالعه Carol و همکاران [۳۰]، نیز که با نمونه افراد سالم اجتماعی انجام شد، هر چند افزایش عملکرد بدنی در نمونه‌های گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد، اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. به هر حال شاید بتوان علت احتمالی مغایرت نتایج پژوهش حاضر با مطالعات مشابه فوق را در اختلاف چارچوب پنداشتی مطالعات، ابزار سنجش متغیرهای مطالعات، نحوه اجرای مداخله، مدت زمان انجام مداخله آموزشی و طول مدت پیگیری در مطالعات مذکور دانست. در رابطه با تأثیر مداخلات آموزشی بر تغییر در عادات بهداشتی، نتایج مطالعه مرور منظم Vander و همکاران [۳۱] نشان داد که برنامه‌های آموزشی در افزایش میزان فعالیت بدنی افراد تأثیر مثبت داشته است، ولی این اثرات جزئی و کوتاه مدت بود و تغییرات رفتاری ممتد و مدام مشهود نبوده است. همچنین در رابطه با تأثیر کم این مداخلات برای تغییر دانش، نگرش و بویژه عملکرد می‌توان گفت که این نوع مداخلات باید بعنوان یک الزام بهداشتی از دوران کودکی افراد در جامعه شروع شود. زیرا هر چقدر طول مدت تداوم و استمرار عادات غیر بهداشتی زیاد باشد، تغییر آن‌ها مشکل‌تر است و شاید لازم باشد برای تغییر این قبیل رفتارها مدت زمان بیشتری برای مداخلات آموزشی در نظر گرفته شود [۳۲].

### نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که خودمراقبتی در ابعاد وضعیت جسمی، وضعیت ذهنی و وضعیت علایق دانشجویان پرستاری و نیز خودکارآمدی آن‌ها در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه مداخله مبتنی بر عادات بهداشتی به طور معنی داری افزایش یافته است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی برای ارتقای سلامت با هدف افزایش خودمراقبتی و خودکارآمدی برای جامعه دانشجویی در دانشکده برگزار گردد. محدودیت اول مطالعه حاضر اینست که واقعاً مشخص نیست نمرات حاصل از این پژوهش تا چه اندازه با رفتارهای واقعی مرتبط با سلامت در زندگی روزمره دانشجویان مرتبط است. محدودیت دوم اینکه مطالعه روی نمونه آماری در دسترس انجام شد. لذا نتایج مطالعه فقط قابلیت تعمیم به جامعه دانشجویان پرستاری در دانشکده علوم پزشکی خوی را دارد.

### سپاسگزاری

مقاله فوق برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد با گرایش پرستاری داخلی- جراحی خانم مرضیه طوافی با استاد راهنمایی آقای دکتر عبدالله خرمی مارکانی با کد اخلاق شماره ۱۳۹۶۰۹۹ در تاریخ ۱۳۹۶/۳/۱۷ در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به خاطر تأمین اعتبار مالی آن و نیز از تمامی دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی خوی به سبب همکاری و شرکت در اجرای برنامه آموزشی اعلام می‌نمایند.

### References

1. Rafieefa S, Attarzade M, Ahmadzade M, Degzpasand S, Tehrani Banihashemi A. [A healthy life with self-care]. Ministry of Health and Medical Education, Deputy

Health, Bureau of Education and Health Promotion: Iran; 2014.

معنی دار بود. این بدان معناست که مداخله آموزشی مبتنی بر عادات بهداشتی توانسته است میزان خودمراقبتی در ابعاد جسمی، ذهنی و علایق و نیز خودکارآمدی در گروه مداخله را افزایش دهد. از مطالعات همسو با این یافته که خودمراقبتی جسمی، ذهنی و علایق در گروه مداخله معنی دار بوده است، می‌توان به مطالعه ندریان و همکاران [۲۴]، مطالعه صابر شهرکی و همکاران [۲۳]، مطالعه محمدی زیدی و همکاران [۲۵]، مطالعه Lee & Yuen Loke [۹]، مطالعه Ball & Bax [۲۲]، مطالعه Bang و همکاران [۱۴] و مطالعه Vanhelst و همکاران [۱۹] اشاره نمود که در مطالعات فوق نیز میانگین نمره خودمراقبتی و خودکارآمدی بعد از مداخله در گروه مداخله معنی دار بود. لازم به ذکر است در این پژوهش آموزش مبتنی بر عادات بهداشتی بر وضعیت معنوی، وضعیت ارتباطی و وضعیت احساسی دانشجویان پرستاری تأثیر معنی داری نداشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اکثر دانشجویان به نقش معنویت و مسائل معنوی در خودمراقبتی خودشان واقف نیستند. معنویت با هدایت رفتارهای فردی و راهگشایی در مصائب زندگی باعث افزایش قدرت تطابق و انعطاف پذیری فرد می‌شود [۲۶].

در رابطه با معنی دار نشدن تفاوت میانگین نمره وضعیت ارتباطات در گروه مداخله و کنترل می‌توان گفت که نظام خانوادگی و آموزشی و پرورشی رایج در کشور کمتر به آزادی بیان در ارتباطات خانوادگی و تحصیلی بهاء می‌دهد و این باعث می‌شود که افراد نتوانند بدون ترس و دلهره نقطه نظرات و احساسات درونی خود را بیان نمایند. در مورد احساسات نیز چنین مشکلی وجود دارد. اکثر دانشجویان در بیان و ارزیابی احساسات خود مشکل داشته و در برخورد با بیان احساسات از طرف دیگران چندان اهمیتی به آن قائل نیستند. این گونه مسائل در گویه های خرده مقیاس‌های وضع ارتباطی و وضع احساسی خودمراقبتی نیز کاملاً آشکار است. از مطالعات غیر همسو با یافته اخیر مطالعه حاضر می‌توان به بخشی از نتایج مطالعه شجاعی زاده و همکاران [۲۷]، مطالعه احمدی طباطبایی و همکاران [۲۸]، مطالعه همکاران [۲۹] و مطالعه Carol و همکاران [۳۰] اشاره نمود. در مطالعه شجاعی زاده و همکاران [۲۷] که با استفاده از "الگوی اعتقاد بهداشتی" و با نمونه‌های دانش آموزشی انجام شد، طبق نتایج، در ابعاد دانش و منافع درک شده در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری دیده نشد، ولی در ابعاد حساسیت، شدت و موانع درک شده قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری بدست آمد. در مطالعه احمدی طباطبایی و همکاران [۲۸]، که با نمونه‌های کارکنان مرکز بهداشت انجام شد، نتایج نشان داد که در مرحله پس از مداخله افزایش معنی داری در میانگین نمرات دانش و نگرش کارمندان در گروه مداخله مشاهده شد، ولی در میزان عملکرد آن‌ها تفاوت معنی داری یافت نشد. در مطالعه Abu-Moghli و همکاران [۲۹] که با نمونه‌های دانشجویی در کشور اردن انجام شد، نتایج نشان داد با وجود ارتقای سطح دانش و نگرش دانشجویان، عملکرد بهداشتی آن‌ها تفاوت

2. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Alizadeh M. Impact of Educational Intervention Based on Interactive

- Approaches on Beliefs, Behavior, Hemoglobin A1c, and Quality of Life in Diabetic Women. *Int J Prev Med.* 2016;7:38. doi: 10.4103/2008-7802.176004 pmid: 27014430
3. Özçakar N, Kartal M, Mert H, Güldal D. [Healthy living behaviors of medical and nursing students]. *Int J Caring Sci.* 2015;8(3):536-40.
  4. Yarali J, Kalantari M, Neshatdoost H, Arizi H. [Effect of interventional Islamic Life Style Model derived from Nahjolbalaghe on students' quality of life and comparison with cognitive behavioral model]. Second National Congress of Psychology and Consultation 2016.
  5. Younis N. Assessment of healthy lifestyle habits among Mosul university students. *Int J Adv Nurs Stud* 2014;3(2). doi: 10.14419/ijans.v3i2.2593
  6. Ramazankhani A, Rakhshani F, Ghafari M, Ghanbari S, Azimi S. [Comparison health promotion behaviors in first and fourth year of medical and nonmedical students of Shahid Beheshti University]. *Sci Res Hakim Sabzvari J.* 2014;2(1):39-48.
  7. Dodd LJ, Al-Nakeeb Y, Nevill A, Forshaw MJ. Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. *Prev Med.* 2010;51(1):73-7. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.04.005 pmid: 20385163
  8. Maurrer F. [Health communication]. *J Health.* 2010;5(3):462-72.
  9. Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs.* 2005;22(3):209-20. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x pmid: 15982194
  10. Keeney G, Cassata L, McElmurry B. [Adolescent health and development: The second decade]: WHO, Regional Office for the Western Pacific Region; 2004.
  11. Cheraghi F, Hassani P, Riazi H. [Correlation study of nursing students' self-efficacy with clinical performance]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2011;19(1):35-45.
  12. Altun İ. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Nurse Education Today.* 2003;23(8):575-84. doi: 10.1016/s0260-6917(03)00096-0
  13. Mostafaye Najafabadi H, Rezaei B. [Health promotion behaviors in nurses and its correlation with some selected job factors]. *J Health Promot Manage.* 2016;6(3):28-35.
  14. Bang K-S, Kim S, Song M, Kang K, Jeong Y. The Effects of a Health Promotion Program Using Urban Forests and Nursing Student Mentors on the Perceived and Psychological Health of Elementary School Children in Vulnerable Populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2018;15(9):1977. doi: 10.3390/ijerph15091977
  15. Noruzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. [Assessing health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some demographic characteristic in Alborz Medical Sciences University]. *J Health Promot Manage.* 2013;2(4):39-49.
  16. Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *J Community Health Nurs.* 2005;22(3):169-78. doi: 10.1207/s15327655jchn2203\_4 pmid: 16083404
  17. Dossey B, Keegan L. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice.* Burlington: MA: Jones & Bartlett Learning; 2013.
  18. Afrasiabi Far A, Yaghmaei F, Abdoli S, Abed Saeedi G. [Translation and cultural adaptation of research questionnaires]. *J Shahid Beheshti Nurs Midwifery Fac.* 2006;54(3):58-67.
  19. Vanhelst J, Marchand F, Fardy P, Zunquin G, Loeuille GA, Renaut H, et al. The CEMHaVi program: control, evaluation, and modification of lifestyles in obese youth. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2010;30(3):181-5. doi: 10.1097/HCR.0b013e3181d0c2ba pmid: 20190644
  20. Cheraghi F, Shamsaei F, Sheikholeslami F, Hasan Tehrani T. [Correlation of self-efficacy with study strategies and learning of nursing students in Hamadan university of medical sciences]. *Iran J Educ Med Sci.* 2014;13(4):330-1.
  21. Shamaeizade M, Abedi H. [The effect of occupational consultation on self-efficacy of Esfahan University]. *Sci Res Psychol.* 2003;7(23):29-38.
  22. Ball S, Bax A. Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. *Acad Med.* 2002;77(9):911-7. pmid: 12228090
  23. Saber Shahraki E, Rahimian Bugar E, Najafei M. [Effect of health promotion intervention in students' health related behaviors]. *Health Promot Manage J.* 2012;5(1):83-93.
  24. Naderian H, Rahaei Z, Mazloomi Mahmoodabad S, Bahrevar V, Khajeh Z, Najafi S. [The effect of education intervention on promotion of preventive behaviors in skin cancer and susceptible factors in girls students of Yazd: Applying PRECEDE Model]. *Razi J Med Sci.* 2013;21(126):55-64.
  25. Mohamadi Zeidi A, Akaberi A. [Effectiveness of an educational intervention on lifestyle modification in overweight middle school students in Tonekabon city]. *North Khorasan Univ Med Sci J.* 2012;5(2):631-42.
  26. Khorami Markani A, Yaghmaei F, Khodayari Fard M, Alavi Majd H. [Developing and Psychometric Properties of spiritual wellbeing scale in oncology nurses]. *Urmia Nurs Midwifery Monthly J.* 2012;10(1):113-23.
  27. Shojaeizade D. [Effect of education based on Health Belief Model on self-treatment of boy students]. *Health Promot Health Educ QJ.* 2013;2(1):65-72.
  28. Ahmadi Tabatabaei V, Taghdisi M, Sadeghi A, Nakhaei N, Belali F. [Effect of educational intervention in physical exercises on health center staff knowledge and attitude and performance]. *Spec J Res Health.* 2011;2(1):137-44.
  29. Abu-Moghli FA, Khalaf IA, Barghoti FF. The influence of a health education programme on healthy lifestyles and practices among university students. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(1):35-42. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01801.x pmid: 20158546
  30. Carroll JK, Lewis BA, Marcus BH, Lehman EB, Shaffer ML, Sciamanna CN. Computerized tailored physical activity reports. A randomized controlled trial. *Am J Prev*



- Med. 2010;39(2):148-56. doi: [10.1016/j.amepre.2010.04.005](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.04.005) pmid: 20621262
31. Vander BA, Laurant M, Wensing M. [Effectiveness of physical activity intervention for older adults: a review]. Am J Prev Med. 2002;22(2):120-33.
32. Younas A. [Self-care behaviors and practices of nursing students: Review of literature]. J Health Sci. 2017;7(3):137-45. doi: [10.17532/jhsci.2018.420](https://doi.org/10.17532/jhsci.2018.420)