

The effect of health promotion intervention on health-related behaviors in university students

Saber Shahraki E¹, *Rahimian Boogar I², Najafi M³

1- Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational sciences, Semnan University, Semnan, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: i_rahimian@semnan.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of psychology and educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

Abstract

Introduction: Among all age groups, young people are one of the most risky groups. Hence health-related behavior promotions can reduce exposure of this group to the risk factors. The aim of this study was to determine the effectiveness of health promotion intervention on health-related behaviors in university students.

Materials & Methods: The method of this study was quasi-experimental. In total 30 students from psychology, educational sciences and knowledge and information Science from faculties of Psychology and Educational Sciences of Semnan University were selected through convenience sampling method. Then the subjects were randomly assigned to two groups of intervention (15 persons) and control (15 persons). Data was collected using "Health Promotion Lifestyle Profile-II". Face and content validity were confirmed by two health psychologist and two psychometric and reliability of the instrument was obtained through internal consistency and test-retest method. The experiment group received 10 educational sessions. Evaluation was conducted at pre-test, post-test and follow-up stages. Final data were analyzed using SPSS/22.

Findings: The health promotion intervention had statistically a significant effect on improvement of college students health-related behaviors in post-test (54.07 ± 9.88) and follow-up (50.73 ± 8.07) than pre-test (69.27 ± 13.12) for intervention group compared to control group ($F = 16.224$, and $P \leq 0.001$). The effect size was 0.375.

Conclusion: Health promotion intervention can increase healthy behaviors in college students and protect them against risky behaviors. To reduce risky behaviors, educational health-promotion intervention programs are suggested.

Keywords: Health Promotion, Healthy Behaviors, Life style, University Students.

Received: 14 February 2015

Accepted: 3 November 2015

تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت در دانشجویان

ابراهیم صابر شهرکی^۱، *اسحق رحیمیان بوگر^۲، محمود نجفی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۲- استادیار گروه روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: i_rahimian@semnan.ac.ir
۳- استادیار گروه روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۵ شماره ۱ زمستان ۱۳۹۴ ۸۳-۹۳

چکیده

مقدمه: در بین همه گروه‌های سنی، گروه جوان یکی از پر مخاطره ترین قشرهای جامعه است که افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت می تواند از مواجهه این قشر با عوامل مخاطره آمیز بکاهد. هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت در دانشجویان بود.

مواد و روش ها: طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود. به این منظور تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان رشته های روانشناسی، علوم تربیتی و علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تخصیص داده شدند. ابزار جمع آوری داده ها "بیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت-II" (Health Promotion Lifestyle Profile-II) بود. در این مطالعه، روایی صوری و محتوایی ابزار توسط ۲ متخصص روانشناسی سلامت و ۲ متخصص روانسنجی تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی و آزمون-بازآزمون اندازه گیری شد. گروه مداخله ۱۰ جلسه آموزش دریافت کرد. ارزیابی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که مداخله ارتقای سلامت بر بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون ($F=16/224$ و $P<0/001$) و پیگیری ($50/73 \pm 8/07$) نسبت به پیش آزمون ($69/27 \pm 13/12$) از لحاظ معناداری آماری اثربخش بوده است ($F=16/224$ و $P<0/001$). اندازه اثر این تأثیر نیز برابر با $0/375$ بود.

نتیجه گیری: مداخلات ارتقای سلامت می توانند با افزایش رفتارهای سالم در دانشجویان، آنها را در برابر رفتارهای مخاطره آمیز سلامت ایمن سازد. پیشنهاد می گردد به منظور کاهش رفتارهای مخاطره آمیز، مداخلات آموزشی ارتقای سلامت به طور منظم و دوره ای توسط مراکز مشاوره دانشجویی ارائه شود.

کلید واژه ها: ارتقای سلامت، رفتارهای سالم، سبک زندگی، دانشجویان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۲۵

مقدمه

ارتقاء و تأمین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می باشد (۱). در بین همه گروه های سنی، گروه جوان سالم ترین و در عین حال یکی از پر مخاطره ترین قشرهای جامعه از نظر مواجهه مستمر با عوامل تهدیدکننده سلامت است (۲) و در شکل گرفتن نسل آینده و ارتقای سلامت اجتماع نقش بسزایی دارند (۳). بنابراین، با توجه به نقش محوری رفتار انسان در حفظ سلامت و پیشگیری (۴)، رفتارهای ارتقاء دهنده و مرتبط با سلامت باید به عنوان راهبردهای عمده جهت حفظ و ارتقای سلامت مورد توجه و پژوهش قرار گیرند (۵). سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می کند که منبعی برای زندگی روزانه است، نه هدفی برای زندگی کردن. به علاوه، سلامت مفهومی مثبت است که بر منابع اجتماعی، فردی و ظرفیت های جسمانی تأکید دارد (۶). رفتارهای مرتبط با سلامت یکی از تعیین کننده های مهم وضعیت سلامت به شمار می روند (۷). بر اساس الگوی ارتقاء سلامت Pender، رفتارهای مرتبط با سلامت، فعالیت هایی هستند که در جهت افزایش سطح بهزیستی و خودشکوفایی انجام می گیرند (۸). همچنین اصطلاح رفتار سلامتی یا رفتارهای مرتبط با سلامت به رفتارهایی اشاره دارد که ممکن است بر سلامت یک فرد تأثیرگذار باشد یا رفتارهایی که به باور فرد ممکن است بر سلامتی اش تأثیر داشته باشند (۹). در جامع ترین تعریف، سازمان بهداشت جهانی رفتار سلامتی را به عنوان هر گونه فعالیت اتخاذ شده به وسیله فرد، بدون توجه به وضعیت سلامت واقعی یا ادراک شده، به منظور ارتقاء، محافظت یا حفظ سلامت، صرف نظر از مؤثر یا عدم مؤثر بودن واقعی این رفتارها در رسیدن به این هدف، تعریف می کند (۱۰). این رفتارها ویژگیهای فردی از جمله باورها، انتظارات، ارزش ها، ادراکات، پیشگیری، الگوهای رفتار و اعمال و اقدامات مرتبط با حفظ، ترمیم و بهسازی سلامت را در بر می گیرد. شرایط زندگی، عادات خوردن، عادات ورزشی و دیگر فعالیت های اتخاذ شده برای پیشگیری از بیماری نیز دیگر زیرگروه های رفتار سلامتی به حساب می آیند (۱۱). رفتارهای مخاطره آمیز سلامت مهمترین عامل به خطر افتادن سلامت است و شیوع آنها در نوجوانان و جوانان به یکی از مهمترین دل مشغولی های جوامع تبدیل شده و علی رغم تلاشهای صورت گرفته در سه دهه گذشته، رفتارهای مخاطره آمیز در سطح جهان دارای رشد فزاینده ای بوده است (۱۲). پژوهش هایی در زمینه بررسی میزان رفتارهای مرتبط با سلامت در دانشجویان انجام شده

است که حاکی از وجود برخی از رفتارهای ناسالم از جمله سطح پایین مسئولیت پذیری درباره سلامت، فعالیت جسمانی، عادات تغذیه ای و ورزش در دانشجویان دانشگاه بوده است (۲،۷،۱۳). همچنین مطالعات صورت گرفته در ایران نیز حاکی از افزایش شیوع رفتارهای مخاطره آمیز سلامت بوده است (۱۴). نیلساز و همکاران (۱۵) در پژوهش خود میزان رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان را در سطح غیرقابل قبولی گزارش داده اند. علاوه بر آن، در دیگر پژوهشهای انجام گرفته در این زمینه، اقدام به فعالیت های جسمانی و ورزش (۱۶-۱۹)، عادات تغذیه ای (۱۸) و مسئولیت پذیری سلامت (۱۶) در سطح نامطلوبی گزارش شده است و بر لزوم اجرای برنامه های آموزش سلامت به منظور تغییر رفتار غیر بهداشتی و مخاطره آمیز برای سلامتی دانشجویان تأکید شده است (۱۶).

دو نظریه زیربنایی در ارتقای رفتارهای سالم شامل "نظریه شناختی-اجتماعی" (Social-Cognitive Theory: SCT) و "نظریه خود تعیین گری" (Self-Determination Theory: SDT) می باشد (۱۰). "نظریه شناختی-اجتماعی" مبتنی بر یادگیری مشاهده ای و سرمشق گیری است و بر مبنای این باور استوار است که بسیاری از یادگیریهای انسان در یک محیط اجتماعی صورت می گیرد و نظریه خود تعیین گری رویکردی انگیزشی دارد و در بروز رفتار بر سه نیاز روان شناختی بنیادی یعنی خودمختاری (Autonomy)، شایستگی (Competence) و ارتباط (Relationship) تأکید دارد (۱۰،۱۷). با توجه به پژوهشهای متعدد در مورد کارایی این دو نظریه (۱۰)، در این مطالعه، بر نقش مفاهیم بنیادی این دو نظریه در بر بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت تأکید می شود.

پژوهش های متعددی نشان داده اند که انجام رفتارهای مرتبط با سلامت از بروز بیماری می کاهند و میزان مرگ را پایین می آورند (۱۲). از این رو، متخصصان بهداشتی که قبلاً بر درمان بیماری تمرکز می نمودند، اکنون توجه شان به پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی، شامل تغذیه، فعالیت جسمانی، مدیریت تنش، مسئولیت پذیری سلامت و رشد معنوی و همچنین حذف عواملی که به گونه ای بر سلامت انسان تأثیر منفی می گذارد، معطوف شده است (۲۰). در پژوهشی Altun (۳) با اشاره به وجود عادات ناسالم بین دانشجویان به بررسی اثر یک دوره ارتقای سلامت بر فعالیت جسمانی در دانشجویان دانشگاه پرداخت و نشان داد که آموزش به دانشجویان درباره ارتقای سلامت و خودمراقبتی می تواند افزایش توانایی های خودمراقبتی و ترویج از جمله فعالیت جسمانی،

انتخاب غذاهای مقوی و تنظیم عادات خواب را پیش بینی کند. به اعتقاد (۲۱) یکی از بهترین راه هایی که مردم از طریق آن می توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل کنند، انجام رفتارهای مرتبط با سلامت است که به عنوان عاملی زیربنایی در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری ها شناخته شده است و بطور مستقیم با ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری ها در ارتباط می باشد.

بنابراین، از آن جا که دانشجویان تعداد زیادی از جمعیت جوان کشور را تشکیل می دهند و شرایط سنی و موقعیت اجتماعی آنها به عنوان قشر تحصیل کرده می تواند آنها را به عنوان الگو برای سایر افراد قرار دهد، لذا انتخاب هر نوع سبک زندگی به وسیله آنها، نه تنها بر زندگی شخصی خودشان، بلکه بر رفتارها و سبک زندگی سایر اقشار تأثیرگذار است و در نتیجه سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت جهت ارتقای سلامت در آنان بسیار مهم است (۱۵). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت در دانشجویان انجام گرفت.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی دو گروهی (مداخله و کنترل) با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری بود که طی آن تأثیر مداخله ارتقای سلامت مبتنی بر "نظریه شناختی- اجتماعی" و "نظریه خود تعیین گری" بر بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش دانشجویان رشته های روانشناسی، علوم تربیتی و علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان بودند. با توجه به نوع مطالعه شبه آزمایشی و نیاز به حداقل ۱۰ نفر در هر گروه طی مطالعات گروهی طبق اغلب مطالعات و نیز با توجه به وجود دو گروه در این پژوهش نمونه آماری ۳۰ نفر از دانشجویان سه رشته تحصیلی دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه کنترل و مداخله جایگزین شدند. روش انتساب تصادفی نمونه ها در گروه ها به این صورت بود که بعد از انتخاب کلیه افراد شرکت کننده، ابتدا جدول اعداد تصادفی تهیه شد و توسط فردی نا آشنا با مطالعه آزمودنی ها با نماد اعداد تصادفی به دو گروه انتساب یافتند. ملاک های ورود در این پژوهش شامل عدم حضور همزمان در برنامه های مشابه مداخله روان شناختی حاضر (در دروس آموزشی رشته های روانشناسی، علوم تربیتی، علم اطلاعات و دانش شناسی،

آموزشی در مورد مبحث مداخلات ارتقای سلامت ارائه شده در این مطالعه جهت اصلاح رفتار بهداشتی ارائه نشده است)، عدم مشروطی دو ترم متوالی یا سه ترم متناوب، موافقت با مشارکت فعال در ۱۱ جلسه ۶۰ دقیقه ای و اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی و بالاتر در رشته های روانشناسی (تمامی گرایش ها)، علوم تربیتی و علم اطلاعات و دانش شناسی بود. ملاک خروج نیز شامل داشتن سابقه بیماری روان پزشکی یا هر گونه بیماری جدی پزشکی بود. وجود این موارد در ابتدای مطالعه و قبل از شروع مداخله سبب خروج از مطالعه می شد. همچنین، بروز بحران درون روانی برای شرکت کنندگان و یا یک رخداد تروماتیک جدی سبب خروج از مطالعه طی انجام مداخله بود. در این پژوهش "نظریه شناختی- اجتماعی" (۲۲) و "نظریه خود تعیین گری" (۲۳) به عنوان نظریه های پایه مبنای طراحی و انجام این مداخله ارتقای رفتار سالم قرار گرفتند. برای اجرای این پژوهش پس از طی کردن مراحل اداری جهت هماهنگی های لازم، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان (۱۰ نفر دانشجوی روانشناسی، ۱۰ نفر دانشجوی علوم تربیتی و ۱۰ نفر دانشجوی علم اطلاعات و دانش شناسی) برای شرکت در این پژوهش پس از اخذ رضایت آگاهانه و اطمینان خاطر از رعایت اصول اخلاقی به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله گماشته شدند. پس از اجرای پیش آزمون، گروه مداخله با تعداد ۱۵ نفر (۹ مرد و ۶ زن) در یک پیش جلسه و برنامه مداخله ۱۰ جلسه یکبار در هفته به مدت ۶۰ دقیقه (در هر جلسه) طی آخر فروردین ماه الی آخر خرداد ماه ۱۳۹۳ شرکت داده شدند و گروه کنترل با تعداد ۱۵ نفر (۹ مرد و ۶ زن) مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله، پس آزمون اجرا شد و بعد از سه ماه پیگیری نیز انجام گرفت. مداخله توسط کارشناس ارشد روانشناسی مجرب و آموزش دیده در بعد از ظهر روزهای دوشنبه در محل آمفی تئاتر و در بعضی مواقع در کلاس های مرتبط در سطح دانشکده انجام گرفت، به گونه ای که تمامی افراد گروه مداخله در یک کلاس آموزش شرکت می کردند. در اجرای مداخله از روش هایی مانند سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، نمایش ویدئو و شرح و تبیین آنها استفاده گردید. در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مرور می شد و ابهامات رفع می گردید و در پایان جلسات نیز دفترچه آموزشی جلسه آینده توزیع می شد. در اشاره به شمای کلی مداخله، روند اجرای پیش جلسه شامل معارفه، برقراری ارتباط اولیه، تشریح اصول و مقررات و اهداف مداخله، کسب رضایت آگاهانه، و اجرای پیش آزمون بود.

جلسه اول شامل آشنایی با اهمیت نظام باورها، یادگیری

مشاهده ای و انتظارات پیامد در سلامت و ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت بود.

جلسه دوم شامل آشنایی با نقش خودکارآمدی و احساس شایستگی در رابطه با رفتارهای مرتبط با سلامت بود.

جلسه سوم شامل آشنایی با نقش خود تنظیمی در ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت و بهزیستی بود.

جلسه چهارم و پنجم شامل آشنایی با راهکارهای افزایش خود تنظیمی در رابطه با ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامتی با تاکید بر هدف گزینی، خود نظارتی و خودآموزی، خود ارزیابی و خود اندیشی، مهارت حل مسأله و تصمیم گیری و مهارت های کنترل خشم بود. جلسه ششم شامل آشنایی با مدیریت تنش و آموزش مهارت های مقابله با تنش و مدیتیشن بود.

جلسه هفتم شامل آشنایی با مسئولیت پذیری سلامت و تغذیه و فعالیت جسمانی و ورزش بود. جلسه هشتم شامل آموزش شیوه های سلامت مدار ارتباط میان فردی و احساس تعلق و جلب حمایت اجتماعی و آموزش مهارت های ارتباطی بود.

جلسه نهم شامل آشنایی با مفهوم رشد معنوی و آموزش شیوه های ارتقاء و به کارگیری آن در رابطه با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بود.

جلسه دهم شامل جمع بندی از مطالب جلسات مداخله و اجرای پس آزمون بود.

مناسب بودن برنامه مداخله تدوین شده با متناسب سازی برنامه برای دانشجویان و نیز توسط متخصص روانشناسی سلامت و روانشناسی مثبت نگر مورد تأیید قرار گرفت.

در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی که سؤالاتی درباره سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بررسی ملاک های خروج از مطالعه از جمله سابقه وجود اختلالات روانپزشکی و طبی، سابقه دریافت مداخلات روانی-اجتماعی و سابقه درمان روانپزشکی را شامل می شد. پرسشنامه دیگر "نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت-۲" (The Health Promotion Lifestyle-2) (Profile-II: HPLP-II) بود که توسط Walker و همکاران (۲۴) در سال ۱۹۹۵ به منظور بررسی سبکهای زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت با تمرکز بر عمل ها و ادراک های خود جوشی که برای حفظ یا افزایش سطح رفاه، خود شکوفایی و تمامیت فردی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۲ عبارت، دو طبقه و شش خرده مقیاس است. رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت در این ابزار شامل خرده مقیاس های مسئولیت پذیری سلامت، فعالیت های جسمانی

و عادات تغذیه ای است و طبقه بهزیستی روانی-اجتماعی خرده مقیاس های رشد معنوی، روابط میان فردی و مدیریت تنش را در بر می گیرد. ابزار فوق برای سنجش رفتارهای مرتبط با سلامت مناسب است و در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای شامل هرگز ۱، بعضی از اوقات ۲، اغلب ۳ و همیشه ۴ نمره گذاری می شود. این ابزار دارای روایی قابل قبولی است (۷). محمدی زیدی و همکاران (۲۵) "پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت" را روی نمونه ۴۶۶ نفر جمعیت ایرانی، به منظور بررسی پایایی و روایی آن، اجرا کردند. پایایی آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس های تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت تنش، روابط بین فردی و رشد معنوی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۶، ۰/۹۱، ۰/۷۵ و ۰/۶۴ گزارش شد. در این مطالعه، روایی صوری و محتوایی ابزار توسط ۲ متخصص روانشناسی سلامت و ۲ متخصص روانسنجی تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۹ و به روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۲ بدست آمد.

این مطالعه در مرکز بین المللی ثبت کارآزمایی های بالینی ایران با کد IRCT۲۰۱۴۰۵۰۶۱۷۵۹۱N۱ ثبت گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی در قالب شاخصها و تحلیل هایی مانند درصد، میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته با اندازه های مکرر با کمک نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۲ استفاده شد. این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، توجه به حقوق شرکت کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آنها و امکان شرکت کنندگان برای رها کردن پژوهش در هر مرحله ای از مطالعه انجام گرفت.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سنی کل نمونه ۲۰/۸۷ (انحراف استاندارد ۲/۴۱) و میانگین گروه مداخله ۲۱/۸۷ و میانگین سنی گروه کنترل ۱۹/۸۷ (در دامنه سنی ۱۸-۲۹ سال) بود. وضعیت جنسیت مرد به زن نیز ۱۸ به ۱۲ بود. نتایج آماره های توصیفی با شاخص های میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای مرتبط با سلامت به تفکیک گروه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای مرتبط با سلامت به تفکیک گروه در سه مرحله آزمون

مؤلفه	گروه	آزمون	انحراف استاندارد $\pm$ میانگین
رفتارهای مرتبط با سلامت	کنترل	پیش آزمون	۶۹/۳۳ $\pm$ ۷/۶۵
		پس آزمون	۶۸/۸۰ $\pm$ ۶/۰۸
		پیگیری	۷۰/۶۷ $\pm$ ۴/۷۷
	مداخله	پیش آزمون	۶۹/۲۷ $\pm$ ۱۳/۱۲
		پس آزمون	۵۴/۰۷ $\pm$ ۹/۸۸
		پیگیری	۵۰/۷۳ $\pm$ ۸/۰۷

به منظور بررسی تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه های مکرر استفاده شد. پیش از تجزیه و تحلیل یافته های این تحلیل، پیش فرض های آن با بررسی آزمون های نرمال بودن توزیع داده ها بررسی شد. به منظور بررسی برابری ماتریسهای کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس ($F=1/401$ و $P \leq 0/121$) نشان داد که ماتریس کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه ها با یکدیگر برابر است. همچنین، نتایج حاصل از آزمون لوین در راستای همسان بودن واریانس نمونه ها در دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون ($F=2/878$ و $P=0/062$)، پس آزمون

($F=1/529$ و $P \leq 0/231$) و پیگیری ($F=1/308$ و $P \leq 0/293$) نشان داد که واریانس خطای متغیر وابسته (رفتارهای مرتبط با سلامت) در مراحل مختلف آزمایش در گروه ها یکسان است. علاوه بر آن، مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برقرار نبود ($Mauchly's W=0/271$ و $P < 0/001$). لذا از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با استفاده از آزمون گرین هاوس گایسر (جدول ۴) استفاده شد، زیرا در شرایطی که مفروضه ی کرویت موچلی برقرار نباشد، این آزمون انجام می گیرد. پس از بررسی و حصول اطمینان از رعایت مفروضه های تحلیل واریانس به منظور کنترل عامل زمان از آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری برای تحلیل داده ها استفاده شد (جدول ۲).

به منظور بررسی تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه های مکرر استفاده شد. پیش از تجزیه و تحلیل یافته های این تحلیل، پیش فرض های آن با بررسی آزمون های نرمال بودن توزیع داده ها بررسی شد. به منظور بررسی برابری ماتریسهای کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس ($F=1/401$ و $P \leq 0/121$) نشان داد که ماتریس کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه ها با یکدیگر برابر است. همچنین، نتایج حاصل از آزمون لوین در راستای همسان بودن واریانس نمونه ها در دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون ($F=2/878$ و $P=0/062$)، پس آزمون

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی معناداری اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر رفتارهای مرتبط با سلامت

اثر درون گروهی	ارزش	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
زمان	۰/۴۰۴	۱۹/۲۱۲	$> 0/001$	۰/۵۹۶	۱/۰۰۰
گروه	۰/۳۱۷	۲۴/۶۱۸	$< 0/001$	۰/۶۴۲	۱/۰۰۰
جنسیت	۰/۶۳۳	۹/۴۱۰	۰/۰۵۱	۰/۲۱۱	۰/۳۰۱
زمان و گروه	۰/۲۸۹	۳۲/۰۳۲	$> 0/001$	۰/۷۱۱	۱/۰۰۰

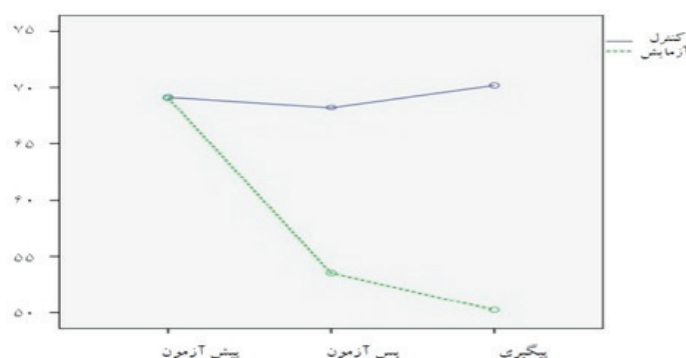
جدول ۲ نشان می دهد که اثر زمان اندازه گیری بر ترکیب خطی رفتارهای مرتبط با سلامت معنادار بود ($F=19/212$ ، $P < 0/001$ ، $\eta^2=0/596$ مجذور اتا).

نتایج این تحلیل با توجه به میزان تفاوت با اندازه آماری F و سطح معناداری نشان داد که این مدل ها در زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر رفتارهای مرتبط با سلامت اثر معناداری دارد ($P < 0/001$). علاوه بر این، بررسی اثرات درون آزمودنی ها نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه ها در طی زمان در رفتارهای مرتبط با سلامت وجود دارد. جدول ۳ وضعیت تقابل میان متغیرهای درون آزمودنی ها را با هدف بررسی سطوح هر یک از عامل ها نشان می دهد و در نمودار ۱ نیز میانگین رفتارهای مرتبط با سلامت در سه مرحله ارزیابی ارائه شده است.

جدول ۳: بررسی تقابل درون گروهی رفتارهای مرتبط با سلامت در هر سه مرحله

مراحل	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان	۱۹۶۰/۲۰۰ ۶۵۷/۴۲۲	۱ ۱	۱۹۶۰/۲۰۰ ۶۵۷/۴۲۲	۳۶/۴۷۰ ۳۴/۰۴۰	>۰/۰۰۱ >۰/۰۰۱	۰/۵۸۴ ۰/۵۶۷
زمان و گروه	۱۵۹۶/۰۸۹ ۱۱۵۰/۱۳۹	۱ ۱	۱۵۹۶/۰۸۹ ۱۱۵۰/۱۳۹	۲۹/۶۹۶ ۵۹/۵۵۲	>۰/۰۰۱ >۰/۰۰۱	۰/۵۳۳ ۰/۶۹۶
زمان و جنس	۱۰۵/۸۰۰ ۸/۸۸۹	۱ ۱	۱۰۵/۸۰۰ ۸/۸۸۹	۱/۹۶۸ ۰/۴۶۰	۰/۱۷۲ ۰/۵۰۳	- -
زمان و گروه و جنس	۸/۸۸۹ ۲/۰۰۶	۱ ۱	۸/۸۸۹ ۲/۰۰۶	۰/۱۶۵ ۰/۱۰۴	۰/۶۸۸ ۰/۷۵۰	- -

نمودار ۱: میانگین رفتارهای مرتبط با سلامت در سه مرحله ارزیابی



نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری در مورد اثر زمان نیز حاکی از آن است که اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر روی رفتارهای مرتبط با سلامت معنادار است (جدول ۴). نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکراری در مورد اثر بین گروهی نیز نشان داد که مداخله ارتقای سلامت با کاهش دادن نمرات در پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله بر رفتارهای مرتبط با سلامت گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری اثر معناداری داشته است ($F=41/362$, $P<0/001$) و اندازه اثر یا مجذور اتای (η^2) این تأثیر برابر با ۰/۶۰۵ است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته برای مقایسه تغییرات بین گروهی در مورد اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر رفتارهای مرتبط با سلامت

اثر	آزمون	مؤلفه	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان	گرین هاوس گیسر	رفتارهای مرتبط با سلامت	۱۴۱۸/۳۸۱	۱/۱۵۷	۱۲۲۵/۸۳۷	۳۶/۸۴۹	>۰/۰۰۱	۰/۵۷۷
زمان و گروه	گرین هاوس گیسر	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۱۵۹۲/۰۸۹	۱/۱۵۷	۱۳۷۵/۹۶۴	۴۱/۳۶۲	>۰/۰۰۱	۰/۶۰۵

و Chaeye & Jullmusi (۲۷) همسو بود که نشان دادند برنامه های مداخله ای ارتقای سلامت به اصلاح نگرش نسبت به رفتارهای مرتبط با سلامت، تقویت مهارت ها و انجام رفتارهای سالم منجر می گردد. رفتارهای مرتبط با سلامت در پژوهش Ince (۲۶) در زمینه عادات تغذیه ای و در پژوهش Chaeye & Jullmusi (۲۷) در زمینه مسئولیت پذیری سلامت بهبود قابل توجهی نیافته بودند که در تبیین آن می توان گفت عدم بکارگیری مداخلات مبتنی بر نظریه های سلامت مدار کارا و جامع علت این نتیجه بوده است.

بحث

در راستای هدف پژوهش مبنی بر تعیین تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت نتایج پژوهش حاکی از آن بود که مداخله ارتقای سلامت در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بر رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان اثربخش است و مداخله ارتقای سلامت اثر معناداری بر رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان داشت. این یافته با پژوهشهای Ince (۲۵)، Altun (۳)

اما Ince (۲۶) با استفاده از مداخله ارتقای سلامت مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی به موفقیت بیشتری دست پیدا کرده و نشان داد که میزان رفتارهای مرتبط با سلامت تأثیر معناداری از مداخله فعالیت جسمانی مبتنی بر "نظریه شناختی-اجتماعی" پذیرفته بودند. در رابطه با تأثیر مداخله ارتقای سلامت بر رفتارهای مرتبط با سلامت می توان استدلال کرد که مداخلات مبتنی بر نظریه های تغییر رفتاری با توسعه مهارت های زندگی و مقابله (۲۸)، تقویت باورها، ارزش ها، ادراکات، الگوهای رفتار و اعمال و عادات مربوط به حفظ، ترمیم و بهسازی سلامتی (۱۱) باعث افزایش کیفیت سبک زندگی و تعیین کننده های وضعیت سلامت و در نتیجه، ارتقاء رفتارهای مرتبط با سلامت می شوند (۷). بنابراین، می توان تبیین کرد که مداخله ارتقای سلامت حاضر با تأثیرگذاری بر تصمیم گیری مرتبط با سلامتی باعث تغییر نگرشهای مرتبط با سلامت و تثبیت رفتارهای سلامتی در نوجوان و جوانان می شود (۲۲) و پشتوانه نظری آن نیز تأثیر مداخله را تا حد زیادی تحت تأثیر قرار داده است. به گفته Wills (۲۹) رویکردهای رفتاری از جمله نظریه شناختی-اجتماعی و نظریه خود تعیین گری با بازشناسی تأثیر سبک زندگی و رفتار فرد بر سلامت و آموزش های مرتبط با سلامت و ایجاد و توسعه مهارت ها و راهبردهای شروع و حفظ تغییرات در سبک زندگی حوزه ارتقای سلامتی نقش آفرینی می کنند. مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر رویکردهای رفتاری به دنبال تغییر رفتار افراد و تشویق و ترغیب آنها به اتخاذ سبک زندگی سالم تر، و در نتیجه پیشگیری از بیماری می باشند. سازه های مهم "نظریه شناختی-اجتماعی" نیز چنین یافته هایی را تبیین می کنند. "نظریه شناختی-اجتماعی" طی پنج مرحله شامل افزایش انگیزش افراد برای تغییر یک رفتار هدف، آموزش مهارتها برای توانمندسازی افراد در کسب مهارتهای تغییر رفتاری، توسعه شبکه های اجتماعی به طوری که بتوان یک رفتار جدید را حفظ کرد، حفظ رفتار از طریق تقویت، و در نهایت، تعمیم به همه سطوح تعامل، از خانواده تا اجتماع در اثربخشی مداخلات ارتقای سلامت ایفای نقش می کند (۳۰). طبق نظر Bandura (۳۱)، تأکید "نظریه شناختی-اجتماعی" در مداخلات ارتقای سلامت بر عواملی است که می توانند تا حد زیادی بهزیستی جسمی، هیجانی و همچنین خود تنظیمی عادات سبک سلامتی را تحت تأثیر قرار دهند. "نظریه شناختی-اجتماعی" منشاء پذیرفته ترین سازه های نظری در دوره های آموزش سلامت می باشد (۳۲) و Bandura سازه های این نظریه را در درک رفتارهای مرتبط با سلامت و برنامه ریزی مداخلات برای تغییر آنها بسیار مهم می داند (۲۲). در پژوهش Anderson-Bill و همکاران

(۳۳) خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، انتظارات پیامد و خود تنظیمی را از جمله سازه های روانی-اجتماعی مرتبط با ارتقای سلامتی بر شمرده می شود و از آنها به عنوان تعیین کننده های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت یاد می شود. کارایی این سازه ها در مداخلات ارتقای سلامت ناشی از قابلیت شکل دهی و اصلاح پذیری بالقوه آنها در محیط های آموزش ارتقای سلامت می باشد (۳۴). در پژوهش Willson و همکاران (۳۵) نیز اثر بخشی مداخله بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی تغذیه و فعالیت جسمانی را با تأکید بر محوریت "نظریه شناختی-اجتماعی" و "نظریه خود تعیین گری" تبیین کردند و بیان داشتند که "نظریه شناختی-اجتماعی" زمانی که با مداخله انگیزشی ترکیب شود در افزایش رفتارهای مرتبط با سلامتی از قبیل تغذیه و فعالیت جسمانی مؤثرتر خواهد بود.

نتیجه گیری نهایی

بنابر نتایج حاصل از مطالعه حاضر، مداخله ارتقای سلامت بر بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان مورد بررسی مؤثر است و آن را ارتقاء داده است. بنابراین، آموزش سلامت، اصلاح سبک زندگی، تغییر رفتار، اصلاح محیط و مداخله تغذیه ای سبب بهبود رفتارهای مرتبط با سلامتی در این جامعه پژوهشی می شوند. نخستین محدودیت مطالعه حاضر این بود مشخص نیست نمرات حاصل از این پژوهش تا چه اندازه با رفتارهای واقعی ارتقاء دهنده سلامت در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دوم جامعه آماری این پژوهش است که دانشجویان سه رشته تحصیلی روانشناسی، علوم تربیتی و علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان بود و پژوهش بر روی نمونه ای در دسترس از دانشجویان این دانشکده انجام گرفت. لذا نتایج فقط قابلیت تعمیم پذیری به این جامعه را دارد و قابل تعمیم به دانشجویان سایر رشته ها یا دانشکده های دیگر نیست. همچنین مکان و زمان بندی اجرای جلسات مداخله از دیگر مشکلات در روند اجرای پژوهش بود.

پیشنهاد می شود دوره های آموزشی برای ارتقای سلامت با هدف افزایش کیفیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت برای جامعه دانشجویی در دانشگاه لحاظ گردد. بعلاوه، تکرار این مطالعه در دیگر جوامع دانشجویی و سایر رشته های تحصیلی پیشنهاد می شود تا قابلیت تعمیم نتایج امکان پذیر گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد ابراهیم صابر شهرکی به راهنمایی آقای دکتر اسحق رحیمیان بوگر در رشته روانشناسی بالینی در دانشکده روانشناسی دانشگاه سمنان است که با

کد IRCT۲۰۱۴۰۵۰۶۱۷۵۹۱N۱ در مرکز کارآزمایی های بالینی ایران به ثبت رسیده است. بدین وسیله نویسندگان از تحصیلات تکمیلی و از مساعدت های مسئولین محترم آن دانشکده و همچنین از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می نمایند.

References

- 1- 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. (Persian).
- 2- Hacıhasanoğlu R, Yildirim A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. International Journal of Nursing Practice 2011; 17(1): 43-51.
- 3- Altun E. Effect of a health promotion course on health promoting behaviors of university students. Eastern Mediterranean Health Journal. 2008; 14(4): 880-887.
- 4- Baban A, Craciun C. Changing health-risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies. 2007; 7(1): 45-67.
- 5- Hosseini M, Yaghmaei F, Hosseinzade S, Alavi Majd H, Sarbakhsh P, Tavousi M. [Psychometric evaluation of the "Health Promoting Life Style Profile 2"]. Payesh Journal 2012; 11(6): 46-53 (Persian).
- 6- Huber M, Knottnerus J A, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011; 343:d4163
- 7- Lee RLT, Yuen Loke AJT. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. Public Health Nursing. 2005; 22(3): 209-220.
- 8- Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. Journal of Dental Education. 2011; 75(3): 413-420.
- 9- Sutton S, Baum A, Johnston M. The SAGE Handbook of Health Psychology. London: Sage; 2004: 96-125.
- 10- Sharma M, Romas JA. Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. 2nd edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Learning; 2012: 2-27.
- 11- Modeste N, Tamayose T. Dictionary of Public Health Promotion and Education: Terms and Concepts. 2nd edition. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- 12- Wang D, Ou CQ, Chen MY, Duan N. Health promoting lifestyles of university students in Mainland China. BioMed Central Public Health. 2009; 9(1): 379-388.
- 13- Alpar ŞE, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behavior of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Education in Practice. 2008; 8(6): 382-388.
- 14- Hajian K, Khirkehah F, Habibi M. Frequency of risky behaviors among students in Babol

- Universities (2009). Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2011; 13(2): 53-60.
- 15- Nilsaz M, Tavasoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezeli M, Ghazanfari Z, et al. [Study of health-promotion behaviors and life style among students of Dezful universities]. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2013; 20(5): 168-175 (Persian).
- 16- Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. [Study of health-promotion behaviors among university of medical science students]. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2011; 13(4): 29-34 (Persian).
- 17- Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi M. [Health promotion lifestyle in nursing students: A systematic review]. Journal of Health Promotion Management. 2013; 2(1): 66-79 (Persian).
- 18- Babanejad M, Khesht Zarin H, Sayehmiri K, Delpisheh A. [Lifestyle investigation and its associated factors in students of Ilam University of Medical Sciences]. Pajoohandeh Journal. 2012; 17(5): 252-257 (Persian).
- 19- Tol A, Tavassoli E, Shariferad G, Shojaezadeh D. [The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences]. Health System Research. 2011; 7(4): 442-448. Article in (Persian).
- 20- Paulik E, Boka F, Kertesz A, Balogh S, Nagymajtenyi L. Determinants of health-promoting lifestyle behaviour in the rural areas of Hungary. Health Promotion International. 2010 25(3): 277-288.
- 21- Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. BMJ. 2001; 322(7288): 728-729.
- 22- Fertman CI, Allensworth DD. Health Promotion Programs: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2010: 65-84.
- 23- Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. The European Health Psychologist. 2008; 10(1): 2-5.
- 24- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version). College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha. 1995.
- 25- Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012; 21(1): 102-113 (Persian).
- 26- Ince ML. Use of a social cognitive theory-based physical-activity intervention on health-promoting behaviors of university students. Perceptual and Motor Skills. 2008; 107(3): 833-836.
- 27- Chaeye K, Jullmusi O. The effects of a health promotion program on health-promoting behaviors of nursing students at McCormick Faculty of Nursing, Payap University. Chiang Rai, Thailand: First Mae Fah Luang University International Conference, 29 November-1 December. 2012.

- 28- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice. 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2008: 12-13.
- 29- Wills J. Vital Notes for Nurses: Promoting Health. UK: Blackwell; 2007: 46-60.
- 30- Gorin SS, Arnold JH. Health Promotion in Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2006: 44-47.
- 31- Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health* 1998; 13(4): 623-649.
- 32- Whitehead D. A social cognitive model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36(3): 417-425.
- 33- Anderson-Bill ES, Winett RA, Wojcik JR. Social cognitive determinants of nutrition and physical activity among web-health users enrolling in an online intervention: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation. *Journal of Medical Internet Research*. 2011; 13(1): e28.
- 34- Creson DL, Blakeney P. Catholic relief services: A manual for psychosocial intervention. Catholic Relief Services: Bosnia-Herzegovina; 2001: 12-25.
- 35- Wilson DK, Friend R, Teasley N, Green S, Reaves IL, Sica DA. Motivational versus social cognitive interventions for promoting fruit and vegetable intake and physical activity in African American adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002; 24(4): 310-319.