

Original article

Healthy lifestyle based on the theory of planned behavior on promoting health literacy and adaptability of students

Zeinab Jalambadani^{1*}, Ali Reza Azimi Farmanabadi², Fouzieh Hoseini Tabatabaee³

1. Non-Communicable Diseases Research Center, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. M. A student, Department of Educational Psychology, Torbat Jam branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
3. Department of Psychology, Torbat Jam branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

Article Info.

Received: 15- July- 2024

Accepted: 11- Sep- 2024

Abstract

Background and Aims: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of healthy lifestyle education based on the theory of planned behavior on improving health literacy and adaptability of students in 2024.

Materials and Methods: The target population included all students of the Islamic Azad University of Torbat Jam in 2024. 30 of whom were selected from among the volunteers to participate in the research. The selected people were randomly divided into two groups of 15 people. Subjects responded to Dennis and Vander Wall 2010 adaptability questionnaire (CFI) and Montazeri et al health literacy questionnaire (2013). Then the experimental group received healthy lifestyle training sessions based on the theory of planned behavior and the control group was placed on the waiting list.

Result: The results of data analysis showed that the health literacy and adaptability scores had a significant effect on the post-test scores after adjusting the effect of the pre-tests.

Conclusion: Therefore, it can be said that healthy lifestyle education based on the theory of planned behavior is effective in promoting health literacy and adaptability of students.

Keywords: healthy lifestyle education based on the theory of planned behavior. health

*** Corresponding Author:** 1* Zeinab Jalambadani, Non-Communicable Diseases Research Center, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. Tel: 05144018301, Fax: 05144018301. **E-mail:** jalambadaniz@gmail.com/jalambadaniz@medsab.ac.ir

How to Cite: Jalambadani Z, Azimi Farmanabadi A.R, Hoseini Tabatabaee F., Healthy lifestyle education based on the theory of planned behavior on promoting health literacy and adaptability of students. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*, 2024;29(2): 199-212.

سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان

زینب جلمبادانی^{1*}، علیرضا عظیمی فرمان آبادی²، فوزیه حسینی طباطبایی³

1. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
2. دانشجوی روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد واحد اسلامی تربت‌جام، تربت‌جام، ایران
3. گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد واحد اسلامی تربت‌جام، تربت‌جام، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ پذیرش: 1403/06/21

تاریخ دریافت: 1403/04/25

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان در سال 1403 انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه موردنظر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شهر تربت‌جام در سال 1403 بود.

30 نفر از دانشجویان به روش در دسترس از بین داوطلبان شرکت در پژوهش انتخاب شدند. افراد انتخاب‌شده به روش تصادفی به دو گروه 15 نفری تقسیم شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های انطباق‌پذیری دنیس و وندر وال (CFI)2010 و پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران (1393) پاسخ دادند. سپس گروه آزمایشی جلسات آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده را دریافت کردند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد نمرات سواد سلامت و انطباق‌پذیری، بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون‌ها، بر نمره‌های پس‌آزمون‌ها اثر معنی‌دار داشته است.

نتیجه‌گیری: آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان مؤثر است.

کلید واژگان: انطباق‌پذیری، آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سواد سلامت

نویسنده مسئول: زینب جلمبادانی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. شماره تماس: 05144018301. ایمیل: jalambadaniz@gmail.com - jalambadaniz@medsab.ac.ir

استناد به مقاله: زینب جلمبادانی، علیرضا عظیمی فرمان آبادی، فوزیه حسینی طباطبایی، سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، تابستان 1403، دوره 29، شماره 2، صفحات: 212-199.

مقدمه

امروزه "سواد سلامت" تبدیل به يك مسئله مهم همگانی شده است. هدف اصلی پیشبرد سواد سلامت، تسهیل استراتژی‌های ارتباطی مؤثر بهداشتی و فناوری اطلاعات سلامت به‌منظور بهبود پیامدهای سلامتی، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و دستیابی به عدالت در سلامت است. سواد سلامت به این صورت تعریف می‌شود که افراد قادر به دستیابی، ارتباط، پردازش و درک اطلاعات اولیه بهداشتی و خدمات موردنیاز برای تصمیم‌گیری مناسب سلامت هستند. سواد سلامت يك مفهوم پویا است که شامل توانایی فرد برای دریافت، درک و بر اساس اطلاعات بهداشتی در میان يك محیط پیچیده سلامت است و توسط موسسه پزشکی و دولت فدرال به‌عنوان اساسی برای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناخته‌شده است (1). انطباق‌پذیری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. انطباق‌پذیری را یک فرایند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. به‌بیان دیگر انطباق‌پذیری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. هامیل¹ (2012) انطباق‌پذیری را به‌عنوان شایستگی افراد در مواجهه با رویدادهایی که به‌صورت معناداری مصیبت‌بار هستند، تعریف نمود. شارکناس² (2012) معتقد است افراد با انطباق‌پذیری ذاتی به دنیا می‌آیند و با پرورش صفاتی از قبیل ویژگی‌های زیر انطباق‌پذیری را در خود حفظ می‌کنند: توانایی حل مسئله، تفکر منتقدانه و خلاق، برنامه‌ریزی و پذیرش کمک از دیگران، خودمختاری، احساس هویت، خودکارآمدی و خودآگاهی و تسلط بر خود و پشت سر گذاشتن سازگاران شرایط و پیامدهای منفی و ناگوار، هدفمندی و باور به آینده ای روشن، هدف‌گرایی، خوش‌بینی و ایمان، شایستگی اجتماعی، تأثیرپذیری، انعطاف‌پذیری فرهنگی، همدلی، مهارت‌های ارتباطی و شوخ‌طبعی که همه این ویژگی‌ها زیر چتر سبک زندگی جمع می‌شوند. سبک زندگی نمایانگر نگاه فرد به زندگی

جهان و ارزش‌های موردقبول اوست. به‌بیان دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها را در برمی‌گیرد (سنگلجی، 1399). شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سبک زندگی به افراد کمک می‌کند تا آنچه را که مردم انجام می‌دهند، دلیل و معنی عملشان را برای خود و دیگران درک کنند. دالوندی (1399) آموزش سبک زندگی سالم جزء معطوف به ارتقای سلامت از سبک زندگی است که دارای شش بعد فعالیت جسمانی تغذیه مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت، رشد روحی روابط بین فردی و مدیریت استرس است. این سبک زندگی علاوه بر تداوم و تقویت سطح سلامت و رفاه باعث احساس رضایت و خودشکوفایی می‌شود (ظل و همکاران، 1396). تحقیقات نشان داده که مؤثرترین برنامه‌های آموزشی بر رویکردهای نظریه محور مبتنی هستند که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند. انتخاب یک الگوی آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند برنامه‌ریزی برنامه آموزشی است و آموزش بهداشت مؤثر بستگی به تسلط در استفاده از بهترین نظریه و استراتژی‌های مناسب با هر واقعه‌ای دارد. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده از مدل‌های تغییر رفتار است که به‌خوبی شناخته‌شده است. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، یک الگوی شناختی - اجتماعی انتظار ارزش است که بیان می‌دارد قصد، تعیین‌کننده اصلی رفتار است. قصد تحت تأثیر سه سازه مستقل نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل درک شده است. نگرش، ارزشیابی مثبت یا منفی فرد را از انجام یک رفتار منعکس می‌کند. هنجار انتزاعی اشاره به این مسئله دارد که فشارهای اجتماعی درک شده ممکن است باعث شود فرد رفتار خاصی را انجام داده یا ندهد (فرهنگ، 1400). سرانجام، کنترل درک شده، سختی یا آسانی متصور در خصوص اجرای یک رفتار ویژه است. طبق



مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه آزمایشی حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش متغیر وابسته؛ قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل در دو گروه آزمایش و کنترل اندازه‌گیری می‌شود. این تحقیق با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1403.006 در دانشگاه آزاد واحد اسلامی تربت‌جام در سال 1403 به ثبت رسید. در این طرح سه مرحله قابل‌ذکر است:

- 1- اجرای پیش‌آزمون (اندازه‌گیری متغیر وابسته) پس از انتخاب و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به گروه آزمایش و کنترل.
- 2- اعمال مداخله‌ای آزمایشی بر گروه آزمایش.
- 3- اجرای پس‌آزمون (اندازه‌گیری متغیر وابسته).

جامعه و نمونه

در پژوهش حاضر جامعه موردنظر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شهر تربت‌جام است. نمونه شامل 30 نفر است که به روش در دسترس از بین داوطلبان شرکت در پژوهش انتخاب شدند. افراد انتخاب‌شده به روش تصادفی به دو گروه 15 نفری تقسیم شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه انطباق‌پذیری دنیس و وندر وال (CFI)2010

این پرسشنامه توسط دنای و وندروال در سال 2010 ساخته‌شده و مشتمل بر 20 سؤال است. پرسشنامه موردنظر برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انطباق‌پذیر به کار می‌رود. در ایران و در پژوهش‌های شاره و همکاران (2014) سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه به‌دست‌آمده است که عبارتند از جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی. این پرسشنامه دارای مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت است.

در پژوهش دنیس و وندروال (2010) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر 0/39- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین 0/75 به دست

نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، افراد زمانی انجام رفتاری را مثبت ارزیابی کرده و قصد انجام آن را خواهند داشت که معتقد باشند افرادی صاحب نفوذ و مهم فکر می‌کنند که آن رفتار باید انجام گیرد و همچنین انجام رفتار تحت کنترل آن‌هاست. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (TPB) بر پیشگیری از رفتارهای مرتبط با تعدادی از بیماری‌های غیر واگیر در مطالعاتی مانند پیش‌بینی عوامل مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای مرتبط با بیماری قلبی و عروقی، همچنین مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و تأثیر آن بر رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلابه پیش پرفشاری خون و مطالعات دیگر ثابت‌شده است. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده فرد را به‌عنوان یک عمل‌کننده منطقی فرض می‌کند؛ به‌طوری‌که فرد قبل از انجام یک رفتار به پردازش اطلاعات می‌پردازد و ممکن است که باورهای بنیادی فرد و در نتیجه رفتار او تغییر کند. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده با معیارهای شخصی به‌عنوان تعیین‌کننده انجام یک رفتار در ارتباط است و این نظریه یکی از نظریه‌های تغییر رفتار است که به‌منظور پیش‌بینی و قصد و درک رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرد و سازه‌ها و متغیرهایی را در خود دارد که طیف ترغیب رفتار، قصد و نمایش رفتار را شامل می‌شود و اعتبار آن به‌صورت تجربی در بسیاری از مطالعات تأیید شده است (قهرمانی، 1398). نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که توجه به نگرش و باور و هنجارهای انتزاعی در تغییر سبک زندگی سودمند است. بنابراین، می‌توان با استفاده از مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در تغییر نگرش و باور و هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده دانشجویان برای رسیدن به‌قصد رفتاری و رفتار مناسب در آنان کمک گرفت. بنابراین لازم است با مداخلات آموزشی و تکیه بر تغییر بنیان‌های نگرشی در افراد با کاربرد روش‌های اثربخش، انگیزه لازم برای تغییرات سالم فراهم آید. بدین سبب در این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال هستیم که آیا آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان مؤثر است؟



در خصوص تعریف بیماری، نحوه تشخیص آن، بی علامت بودن بیماری و ظهور علائمی از قبیل سردرد، تاری دید، درد قفسه سینه، وزوز گوش، تنگی نفس و... پس از تأثیر پرفشاری خون بر اندام‌های حیاتی، بیان گردید. سپس اهمیت بیماری و لزوم اندازه‌گیری منظم فشارخون به روش بحث گروهی یادآوری شد.

جلسه دوم: تغییر هنجارهای انتزاعی که شامل باورهای ذهنی افراد درباره سبک زندگی سالم است مثلاً درباره اینکه چه کسانی بیشترین تأثیر رو درباره سبک زندگی افراد دارند پدر، مادر، دوستان.

جلسه سوم: کنترل رفتار درک شده که شامل باورهایی درباره کنترل محیط توسط افراد است.

جلسه چهارم: قصد رفتار که شامل قصد تغییر سبک زندگی ناسالم به سالم است.

جلسه پنجم: آموزش تغییر رفتار افراد از سبک زندگی ناسالم به سالم

جلسه ششم: این جلسه به‌مرور مطالب ارائه‌شده و پرسش و پاسخ اختصاص یافت. با توجه به نقش مؤثر اطرافیان در تغییر رفتار فرد، از خانواده هر بیمار یک فرد مؤثر برای حضور در جلسه اول دعوت شد. همچنین از افراد خواسته شد تا مطالب پمفلت توزیع‌شده در کلاس و آموزش‌های ارائه‌شده را به خانواده نیز منتقل کنند. کلیه مباحث آموزشی توسط دانشجو با کمک استاد راهنما دکترای آموزش بهداشت، ارائه خواهد گردید. بدیهی است برای گروه کنترل، هیچ مداخله آموزشی به عمل نیامد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار spss24 انجام گرفت؛ که بر اساس فرضیه‌های موجود در تحقیق به ارتباط معنی‌دار متغیرها و فرضیه‌ها می‌پردازیم. توصیف داده‌ها با استفاده از شاخص‌های فراوانی، درصد، نما، میانگین و انحراف معیار خواهد بود. برای مقایسه بین گروه‌ها آزمون‌های آماری مرتبط شامل آزمون کای‌دو، آزمون‌های مقایسه میانگین‌ها (گروه آزمون‌های T) و آزمون مقایسه واریانس‌ها بر مبنای نمرات پیش‌آزمون (آنالیز کوواریانس) انجام خواهد شد. در صورت نرمال نبودن متغیر کمی، آزمون‌های ناپارمتری معادل همچون

آوردند. در ایران شاره و همکاران (شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی، 1392؛ به نقل از فاضلی و همکاران، 1393) ضریب بازنمایی کل مقیاس را 0/71 و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را 0/90 گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (1393) 0/75 به دست آمد. در پژوهش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر 0/72، 0/55 و 0/57 به دست آمد.

پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران

پرسشنامه سواد سلامت (1393) شامل پنج مؤلفه و در قالب 33 نشانگر تنظیم‌شده است. 4 گویه آن مربوط به مؤلفه دسترسی، 7 گویه آن مربوط به مؤلفه فهم و درک، 4 گویه آن مربوط به مؤلفه ارزیابی، 12 گویه آن مربوط به مؤلفه تصمیم‌گیری و رفتار است. پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد شمارگذاری شده‌اند. روایی محتوایی کیفی ابزار توسط 15 نفر از متخصصان رشته‌های گوناگون سلامت موردبررسی قرار گرفته است. این ابزار با 47 سؤال نهایی شده و پس از جمع‌آوری اطلاعات، از 336 نفر که به‌صورت تصادفی از مناطق 22 گانه شهر تهران انتخاب‌شده بودند، روایی سازه (با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی) و پایایی (با محاسبه ضریب همبستگی درونی) آن ارزیابی شد. نتایج نهایی تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور با 33 گویه و در 5 حیطه از روایی سازه مطلوب برخوردار است. این پرسشنامه همچنین توسط پنج نفر از اساتید موردبررسی و تأیید قرار گرفته است. برای بررسی روایی سازه پرسشنامه و نیز مناسب بودن معیارهای روان‌سنجی پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده‌شده است. همچنین با محاسبه آلفای کرونباخ (0/84) برای متغیرهای پژوهش، مشخص شد که پرسشنامه پژوهش از اعتبار و روایی بالایی برخوردار هست.

پروتکل درمانی آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌صورت خلاصه

جلسه اول: تغییر نگرش افراد درباره سبک زندگی سالم. در این جلسه ضمن توزیع پمفلت آموزشی، مقدمه‌ای

لزمون) و نیز کای اسکوار (و یا آزمون دقیق فیشر در صورت لزوم) است. تغییرات در هر گروه بر اساس آزمون T زوجی (و یا آزمون ویلکسون در صورت لزوم) مورد بررسی قرار گرفت.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss24 انجام و در همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری 0/05 شد.

یافته‌ها

برای بررسی توزیع سنی شرکت‌کنندگان، جدول شماره 4 - 1 شاخص‌های توصیفی متغیر سن شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول 4-1. شاخص توصیفی متغیر سن

میانگین	انحراف استاندارد	
21.866	1.684	گروه آزمایش
22.2	1.934	گروه کنترل
مقدار t	معنی‌داری	آزمون t مستقل
-0.519	0.916	مقایسه سن دو گروه

مقابل آن میانگین گروه کنترل، به‌اندازه 0/80 نمره افزایش داشته است. نتایج همچنین نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های سواد سلامت نیز بین نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت‌هایی وجود دارد.

آزمون کروس‌کاروالیس یا من‌ویتنی استفاده خواهد شد. جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر از مدل‌های خطی عمومی استفاده خواهیم نمود. در همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری 0/05 خواهد بود.

برای توصیف داده‌ها از میانگین انحراف معیار، میان، فراوانی و درصد استفاده کرد شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از آماره آلفای کرونباخ و آزمون مجدد استفاده شد. برای مقایسه تأثیر آموزش در گروه مداخله در برابر کنترل آزمون آماری T آزمون مستقل استفاده شد. مقایسه نتایج در پایه از طریق آزمون‌های آماری T آزمون مستقل (و یا ناپارامتری من‌ویتنی در صورت

در جدول شماره 4 - 3 نیز شاخص‌های توصیفی سواد سلامت در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است. بر اساس این شاخص‌ها، میانگین سواد سلامت گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون، به‌اندازه 80/20 نمره افزایش یافته است و در

جدول 4-3. شاخص‌های توصیفی - نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سواد سلامت و مؤلفه‌های آن

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کلی سواد سلامت	پیش‌آزمون	99.200	24.475	97.600	18.988
	پس‌آزمون	107.400	23.503	98.400	18.826
دسترسی	پیش‌آزمون	18.133	5.041	17.333	4.791
	پس‌آزمون	18.867	4.882	17.867	4.688
فهم و درک	پیش‌آزمون	20.533	6.728	19.067	6.100
	پس‌آزمون	22.267	6.756	19.133	6.058
ارزیابی	پیش‌آزمون	12.067	2.314	11.333	2.320
	پس‌آزمون	13.533	2.386	11.400	2.473
مهارت خواندن	پیش‌آزمون	12.467	2.615	12.733	2.764
	پس‌آزمون	14.333	2.690	12.533	2.642
کاربرد اطلاعات سلامت	پیش‌آزمون	36	9.047	37.133	9.620
	پس‌آزمون	99.200	24.475	97.600	18.988



مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همسانی واریانسها، یکی از مفروضه‌های ویژه برای استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره، همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس است. این مفروضه توسط آزمون باکس بررسی شد.

فرضیه اصلی: آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان مؤثر است.

در پژوهش حاضر برای آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. علاوه بر

جدول 4 - ۷. آزمون باکس برای فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس

ام باکس	F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
6.243	1.911	3	141120	0.125

هستند؛ بنابراین آزمون لامبدای ویلکس استفاده می‌شود.

بر اساس نتایج آزمون باکس، سطح معنی‌داری ام باکس بیشتر از 0/05 است؛ بنابراین ماتریس کوواریانس‌ها همگن

جدول 4-۸. تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به تأثیر آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر سواد سلامت و انطباق‌پذیری

نوع آزمون	منبع تغییرات	ارزش (مقدار)	آماره F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلاپی	گروه	0.709	30.481	2	25	0.001	0.709
لامبدای ویکلز	گروه	0.291	30.481	2	25	0.001	0.709
اثر هاتلینگ	گروه	2.438	30.481	2	25	0.001	0.709
بزرگترین ریشه روی	گروه	2.438	30.481	2	25	0.001	0.709

متغیرهای سواد سلامت و انطباق‌پذیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و همچنین نتایج مربوط به میانگین نمره‌های تعدیل-شده پس‌آزمون به ترتیب در جداول 4-9 و 4-10 ارائه شده است.

جدول فوق نتایج آزمون چند متغیری را گزارش می‌کند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بعد از تبدیل مقدار لامبدای ویلکس به شاخص F چند متغیری راثو¹، سطح معناداری F کمتر از 0/05 است ($P\text{-value} < 0/05$) و $f(2 \text{ و } 25) = 30/48$ ، بنابراین مقدار F به‌دست‌آمده معنادار نشان می‌دهد اثر کلی گروه معنی‌دار است. بدین معنا که بین دو گروه آزمایش و کنترل لااقل در یکی از

جدول 4 - 9. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر سواد سلامت و انطباق‌پذیری

میانگین مجزورات	آماره f	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سواد سلامت	417.040	40.308	0.001
انطباق‌پذیری	102.509	17.607	0.001

معنی‌دار و ($f=17/60$ و $P\text{-value}<0/05$) میزان تأثیر آن 0/40 است. در ادامه میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون سواد سلامت و انطباق‌پذیری گروه‌ها در جدول زیر آمده است:

همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، سواد سلامت، بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروه بر نمره‌های پس‌آزمون‌ها معنی‌دار و ($P\text{-value}<0/05$) و ($f=40/30$) میزان تأثیر آن نیز 0/60 است. در مورد انطباق‌پذیری نیز، تأثیر آموزش‌ها بر نمرات پس‌آزمون

جدول 4- ۱۰. میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات سواد سلامت و انطباق‌پذیری در مرحله پس‌آزمون

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سواد سلامت	106.631	0.831
آزمایش	99.169	0.831
کنترل	99.417	0.623
انطباق‌پذیری	95.717	0.623
آزمایش		
کنترل		

است. درواقع آجزن تئوری عمل منطقی را با اضافه کردن سازه ادراک از کنترل رفتاری برای در نظر گرفتن ادراکات فردی از موجود بودن دانش، منابع، شرایط تسهیلی و فرصت‌های انجام رفتار، توسعه و بسط داده است. اضافه کردن سازه ادراک از کنترل رفتاری، قدرت پیشگویی تئوری را، به‌خصوص در وضعیت‌هایی که فرد معتقد است که کنترل کاملی بر روی توانایی‌اش در انجام رفتار ندارد، بالا می‌برد؛ بنابراین در این تئوری، تمایل رفتاری توسط سه عامل تعیین می‌شود: نگرش، هنجارهای ذهنی و ادراک از کنترل رفتاری که هر عامل به‌وسیله تعدادی از باورها و ارزیابی‌های مرتبط ایجاد شده است. در تئوری رفتار برنامه‌ریزی، خود رفتار تابعی از تمایل رفتاری و ادراک از کنترل رفتاری است.

عناصر اصلی این تئوری که در پژوهش حاضر بر روی ارتقای رفتار سلامت و انطباق‌پذیری مؤثر بوده؛ به شرح زیر است:

- باورهای رفتاری به‌احتمال ذهنی فرد به اینکه رفتار موردنظر موجب پیامد خاصی می‌شود و ارزیابی‌ها، ارزیابی از بازده مرتبط با آن نتایج اند اشاره دارند.
- نگرش به اینکه چطور فرد، رفتاری را مطلوب یا نامطلوب، مشاهده می‌کند، اشاره دارد.
- باورهای هنجاری، به ادراکات فرد از اینکه گروه‌های مرجع، رفتار را چگونه می‌بینند، مربوط است و ارزیابی‌ها معمولاً به‌عنوان انگیزش فرد به مطابقت با این گروه‌های مرجع بیان شده اند.

با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و جدول میانگین‌های تعدیل‌شده، چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در سواد سلامت و انطباق‌پذیری نسبت به گروه کنترل تغییر معنی‌دار داشته است که متأثر از آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بوده است؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود بدین‌صورت که آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان مؤثر است و باعث افزایش سواد سلامت و انطباق‌پذیری در آن‌ها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج تحلیل کوواریانس و جدول میانگین‌های تعدیل‌شده، استنباط می‌شود در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در سواد سلامت و انطباق‌پذیری نسبت به گروه کنترل تغییر معنی‌داری داشته که متأثر از آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بوده است؛ بنابراین در فرضیه پژوهش تأیید می‌شود که آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر سواد سلامت و انطباق‌پذیری دانشجویان مؤثر است و باعث افزایش سواد سلامت و انطباق‌پذیری در آن‌ها شده که نتایج همسو با نتایج است (7-8).

تئوری رفتار برنامه‌ریزی توسط آجزن به‌عنوان مدل توسعه داده‌شده تئوری عمل منطقی و برای وضعیت‌هایی که افراد کنترل کاملی روی رفتارشان ندارند، مطرح‌شده

رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر مؤلفه‌های فهم و درک، ارزیابی، مهارت خواندن و کاربرد اطلاعات سلامت تأثیر دارد و باعث افزایش این مؤلفه‌ها شده است که نتایج همسو با نتایج (7-8) است.

تئوری عمل منطقی در اصل ریشه در رشته روانشناسی اجتماعی دارد و شاید یکی از مهم‌ترین مؤثرترین تئوری‌های استفاده‌شده برای توضیح رفتار انسانی باشد. آن‌ها در این تئوری مطرح کرده‌اند که پیوند بین باورهای فردی و اجتماعی مرتبط با یک رفتار خاص، تمایل شخص به انجام یا عدم انجام رفتار موردنظر را تعیین می‌کند. درواقع این تئوری رابطه بین باورها، نگرش‌ها، هنجارها، تمایلات و رفتارهای فرد را با در نظر گرفتن دو فرض زیر مشخص می‌کند؛ انسان موجودی منطقی است که توانایی پردازش و استفاده از اطلاعات را دارد. انسان از پردازش اطلاعات برای رسیدن به یک تصمیم منطقی استفاده می‌کند.

طبق این تئوری، رفتار فرد به‌وسیله تمایل وی به انجام آن تعیین می‌شود که به‌نوبه خود به‌وسیله نگرش‌های فرد و هنجارهای ذهنی‌اش (سواد سلامت) نسبت به رفتار تعیین می‌شود.

این تئوری از طرق زیر سواد سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند:

- باورهای رفتاری، مجموعه‌ای از اعتقادات شخصی درباره انواع رفتارهایی است که در کل مطلوب‌اند و به شخص برای تصمیم‌گیری درباره اینکه یک رفتار خاص مطلوب است یا خیر، کمک می‌کند. باورهای رفتاری به‌شدت روی نگرش فرد درباره مطلوبیت هر رفتار خاصی اثر می‌گذارند. این باورها، پیش‌شرط و زمینه نگرش به رفتارهای خاص هستند.
- نگرش‌ها، باورهایی هستند که فرد در طول زندگی‌اش شکل می‌دهد و شامل موارد زیر می‌شود:
- باورهای شکل‌گرفته به‌وسیله تجربیات مستقیم.
- باورهای شکل‌گرفته به‌وسیله اطلاعات خارجی.
- باورهایی که فرد خودش ایجاد کرده است.

اما این باورها نمی‌توانند روی نگرش نسبت به رفتار تأثیر بگذارند و تعداد کمی از آن‌ها روی نگرش اثر دارند

• هنجار ذهنی، تأثیر محیط اجتماعی را ارزیابی می‌کند و به‌عنوان ادراک فرد در مورد اینکه اغلب افرادی که برای فرد مهم‌اند، افکار مشابهی با فرد دارند، اشاره دارد.

• باورهای کنترلی، به ادراکات فرد درباره دارا بودن مهارت‌ها، منابع و فرصت‌های لازم برای انجام موفق فعالیت اطلاق می‌شود. ارزیابی‌ها عموماً به تسهیلات موجود اشاره دارد و اهمیت هر مهارت، منبع یا فرصتی را برای موفق بودن عمل، نشان می‌دهد.

• ادراک از کنترل رفتاری، به ادراکات فرد از وجود یا کمبود منابع و فرصت‌های لازم برای انجام رفتار اشاره دارد. ادراک از کنترل رفتاری به‌صورت ادراک از محدودیت‌های داخلی و خارجی در انجام رفتار مفهومی‌شده است و روی تمایل رفتاری و نیز رفتار واقعی تأثیر دارد.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده مبتنی بر تئوری رفتار منطقی است. در نظریه رفتار منطقی، دو عامل تعیین‌کننده مهم قصد رفتاری وجود دارد: نگرش شخصی فرد نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی تأثیرگذار بر فرد.

کنترل رفتاری درک شده انعکاس‌دهنده باورهای شخص در ارتباط با موجود بودن یا نبودن منابع و فرصت‌ها برای اجرای رفتار است. افراد زمانی برای انجام رفتارهای بهداشتی برانگیخته می‌شوند و حتی در برخورد با چالش‌ها آن را انجام می‌دهند که احساس کنند بر آن رفتار کنترل دارند.

فرضیه فرعی اول: آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر مؤلفه‌های سواد سلامت دانشجویان تأثیر معنادار دارد.

با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و جدول میانگین‌های تعدیل‌شده، چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در مورد مؤلفه‌های فهم و درک، ارزیابی، مهارت خواندن و کاربرد اطلاعات سلامت نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار داشته است که متأثر از آموزش سبک زندگی سالم بوده است؛ بنابراین فرضیه پژوهش این‌گونه تأیید می‌شود که آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری



با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و جدول میانگین‌های تعدیل‌شده، چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در مورد مؤلفه‌های جایگزین‌ها و ادراک کنترل‌پذیری نسبت به گروه کنترل تغییرات معنی‌دار داشته است که متأثر از اجرای آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بوده است؛ بنابراین فرضیه پژوهش این‌گونه تأیید می‌شود که آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر مؤلفه‌های جایگزین‌ها و ادراک کنترل‌پذیری دانشجویان تأثیر دارد. بدین‌صورت که باعث افزایش میزان جایگزین‌ها و ادراک کنترل‌پذیری در آن‌ها شده که نتایج همسو با نتایج (7-8) است.

آجزن و فیش بین اظهار می‌دارند که مداخلاتی که هدفشان تغییر رفتار است باید عقاید برجسته و باورهای تأثیرگذار را مدنظر قرار دهند. بر اساس یافته‌های پژوهش در هنجارهای انتزاعی نشان‌دهنده تصور فرد از تأیید یا عدم تأیید دیگران نسبت به انجام رفتار است؛ بنابراین، اگر فرد احساس کند که رفتار از دید والدین، دوستان، رسانه‌های جمعی و سایر افراد بانفوذ مورد تأیید است، تمایل بیشتری برای این رفتار دارد. بر این اساس تغییر رفتار انطباق‌پذیری در دانشجویان بدین شرح است:

- باورهای رفتاری اشاره دارند به احتمال ذهنی فرد به اینکه رفتار موردنظر موجب پیامد خاصی می‌شود و ارزیابی‌ها، ارزیابی از بازده مرتبط با آن نتایج اند.
- نگرش به اینکه چطور فرد، رفتاری را مطلوب یا نامطلوب، مشاهده می‌کند، اشاره دارد.
- باورهای هنجاری، به ادراکات فرد از این‌که گروه‌های مرجع، رفتار را چگونه می‌بینند، مربوط است و ارزیابی‌ها معمولاً به‌عنوان انگیزش فرد به مطابقت با این گروه‌های مرجع بیان شده اند.
- هنجار ذهنی، تأثیر محیط اجتماعی را ارزیابی می‌کند و به‌عنوان ادراک فرد در مورد اینکه اغلب افرادی که برای فرد مهم‌اند، افکار مشابهی با فرد دارند، اشاره دارد.

که باورهای برجسته نامیده می‌شوند و تعیین‌کننده بی‌واسطه نگرش می‌باشند؛ بنابراین نگرش نسبت به رفتار، باورهای منحصر به فرد شخص است، درباره اینکه نتیجه عملش مثبت یا منفی خواهد بود. درواقع احساس مثبت یا منفی فرد در مورد انجام رفتار است.

- باورهای هنجاری، مجموعه‌ای از باورهای ایجادشده بر اساس اعتقادات گروه‌های بااهمیت در زندگی شخص؛ گروه‌های مرجع، مانند دوستان، همکاران و مافوق‌ها در مورد مطلوبیت انجام رفتار است. باورهای هنجاری نیز تأثیر شدیدی روی هنجارهای ذهنی دارد.
- هنجارهای فردی، به فشار اجتماعی حاصل از انجام و یا عدم انجام یک رفتار خاص اطلاق می‌شود؛ این جزء هنجاری، به اثری که محیط اجتماعی ممکن است بر رفتار شخص داشته باشد، مرتبط است و به ادراک و باور شخص درباره اینکه افراد یا گروه‌های معین و مهم مانند همکاران، دوستان و خانواده، انجام رفتار را تأیید می‌کنند یا خیر، اشاره دارد.
- تمایل، فرآیند آگاهانه تصمیم‌گیری درباره درگیر شدن در رفتار است.
- رفتار واقعی، به اجرا و ادامه رفتار مطلوب اطلاق می‌شود.

از نظر فیشبین همه این مؤلفه‌ها، نقش کلیدی در تعیین تمایل فرد و عمل تصمیم‌گیری فرد برای درگیر شدن در رفتار ایفا می‌کنند. اگرچه برای درگیر شدن در یک رفتار ضرورتاً به معنی انجام کامل رفتار نیست، اما تحقیقات متعددی از رابطه قوی بین تمایل و انجام واقعی رفتار حمایت می‌کنند. تئوری عمل منطقی بیشتر بر روی رفتارهای فردی و اجتماعی یک رفتار تمرکز دارد، به‌عبارتی دیگر، رفتار، نگرش و هنجارهای فرد را موردبررسی قرار می‌دهد. این تئوری با متغیر هنجار ذهنی در مدل این تحقیق همسویی دارد.

فرضیه فرعی دوم: آموزش سبک زندگی سالم بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر انطباق‌پذیری دانشجویان تأثیر معنادار دارد.

دیگری مطرح است که به آن کنترل درک شده گفته می‌شود که با متغیر محیط خارجی همجهت است.

تئوری عمل منطقی نشان می‌دهد چگونه باورهای هنجاری و پیامدهای رفتاری منجر به شکل‌گیری نگرش یا انجام رفتاری ویژه در فرد می‌شود. بر اساس این نظریه افراد به صورتی عقلایی پیرامون ماهیت و پیامدهای رفتار اندیشه کرده و اقدام به عملی خاص می‌کنند و انطباق‌پذیری را افزایش می‌دهد.

محدودیت‌ها

این پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد تربت‌جام صورت گرفت، لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت بگیرد.

- نبود دوره پیگیری نتایج درمان به‌واسطه محدودیت‌های زمانی و مکانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده، همچنین به‌واسطه ماهیت کارگروهی و کوتاه بودن تعداد جلسات انجام بعضی فنون؛ آن‌گونه که بایدوشاید در این مداخله امکان‌پذیر نبوده و به آموزش و اجرای مقدماتی این فنون اکتفا می‌شد.

- از آنجاکه روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر در دسترس بوده، بنابراین در تعمیم نتایج آن باید با احتیاط عمل کنیم.

- محدودیت بعدی این پژوهش به این حقیقت برمی‌گردد که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داد ها شود.

- باورهای کنترلی، به ادراکات فرد درباره دارا بودن مهارت‌ها، منابع و فرصت‌های لازم برای انجام موفق فعالیت اطلاق می‌شود. ارزیابی‌ها عموماً به تسهیلات موجود اشاره دارد و اهمیت هر مهارت، منبع یا فرصتی را برای موفق بودن عمل، نشان می‌دهد.
- ادراک از کنترل رفتاری، به ادراکات فرد از وجود یا کمبود منابع و فرصت‌های لازم برای انجام رفتار اشاره دارد. ادراک از کنترل رفتاری به‌صورت ادراک از محدودیت‌های داخلی و خارجی در انجام رفتار مفهومی‌شده است و روی تمایل رفتاری و نیز رفتار واقعی تأثیر دارد.

بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده تمایل به یک رفتار بر اساس نگرش و هنجارهای ذهنی فرد پیرامون آن رفتار تعیین می‌شود. نگرش از باورهای عمیق فرد به نتایج رفتار و ارزیابی از نتایج ناشی می‌شود. هنجارهای ذهنی فرد نیز از باورهای ذهنی وی به انتظارات ادراک‌شده از یک گروه مرجع و انگیزه و تمایل به انطباق با این باورها و انتظارات شکل می‌گیرد.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده مبتنی بر تئوری رفتار منطقی است. در نظریه رفتار منطقی، دو عامل تعیین‌کننده مهم قصد رفتاری وجود دارد: نگرش شخصی فرد نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی تأثیرگذار بر فرد. این تحقیق بر پایه تئوری رفتار برنامه‌ریزی بیان شده است. در کنار عوامل دیگر در تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، عامل



References

- [1]. اسلامی، محمد. (1398). بررسی ارتباط افسردگی با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران افسرده و غیر افسرده مبتلابه دیابت. مجله دیابت و لیپید ایران، 10 (3)، 313-318.
- [2]. سنگلجی، بهرام. (1399). رابطه انطباق پذیری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس انجمن ام اس تهران. مجله بهداشت و توسعه، 2 (3)، 27-36.
- [3]. دالوندی، رضا (1399). بررسی اعتبار و پایایی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی سبک زندگی پارسین و دونینگ. مجله اصول بهداشت روانی، 17 (3)، 6-131.
- [4]. ظل، مریم (1396). نقش میانجیگری حمایت ادراک شده در پیش‌بینی روان‌شناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک زندگی در مادران کودکان مبتلابه تالاسمی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، 6 (3)، 92-100.
- [5]. فرهنگ، سارا. (1400). مقایسه اثربخشی درمان رفتار برنامه‌ریزی‌شده بیانگر بر سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- [6]. قهرمانی، علیرضا. (1398). تأثیر آموزش خود مراقبتی مبتنی بر رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر میزان آگاهی، عملکرد و بستری مجدد بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بیمارستان‌های شهرستان اردبیل. پژوهش پرستاری، 8 (29)، 65-72.
- [7]. Liu L, Fu M, Wang H, Zhao J, Chen P, Cao J, et al. Association of digital health literacy, health lifestyles and psychological resilience among undergraduate nursing students in China: A cross-sectional study. 2024
- [8]. Song J, Feng K, Zhang D, Wang S, Wang W, Li Y. The relationship between mental health literacy, overall adaptation and mental health of university freshers. Psychology Research and Behavior Management. 2023:4935-47.