

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۶ زمستان ۱۳۹۳

## پیش‌بینی تغییرات رفتارهای بهداشتی بر اساس متغیرهای احساس انسجام، خودکارآمدی کلی، خوش‌بینی و بدبینی در جمعیت دانشجویی

منصور بیرامی<sup>۱</sup>

سامره اسدی مجره<sup>۲</sup>

مریم حسینی اصل<sup>۳</sup>

چکیده

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی تغییرات رفتارهای بهداشتی بر اساس متغیرهای احساس انسجام، خودکارآمدی کلی، خوش‌بینی و بدبینی در جمعیت دانشجویی بود. در این پژوهش نمونه‌ای به تعداد ۱۳۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانشجویان کارشناسی ارشد دختر دانشگاه تبریز انتخاب شد. جهت اندازه‌گیری مولفه رفتارهای بهداشتی از مقیاس رفتارهای بهداشتی پلانگ، مولفه احساس انسجام پرسشنامه احساس انسجام آنتونووسکی، مولفه خودکارآمدی کلی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران و مولفه خوش‌بینی بدبینی مقیاس خوش‌بینی و بدبینی توسط چانگ و همکاران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون همزمان تحلیل گردید. نتایج تحقیق نشان داد رابطه احساس انسجام با رفتارهای بهداشتی مثبت و معنی‌دار است ( $P < 0/01$ ). متغیرهای مدیریت‌پذیری و معناداری احساس انسجام پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای رفتارهای بهداشتی بودند. رابطه بدبینی با رفتارهای بهداشتی مثبت، ولی از نظر آماری غیرمعنی‌دار است. خوش‌بینی با رفتارهای بهداشتی، رابطه منفی و غیرمعنی‌دار دارد. نتایج پژوهش، حاکی از آن است که احساس انسجام، خودکارآمدی کلی، خوش‌بینی بدبینی می‌تواند رفتارهای بهداشتی را پیش‌بینی کند فراهم آورد.

**واژگان کلیدی:** رفتارهای بهداشتی؛ احساس انسجام؛ خودکارآمدی؛ خوش‌بینی؛ بدبینی

Email: dr.bayrami@yahoo.com

۱- استاد دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه تبریز

## مقدمه

دانشجویان از افشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور می‌باشند که به‌دلیل واقع‌شدن در دوره جوانی در یک دوره بحرانی برای اتخاذ رفتارهای بهداشتی<sup>۱</sup> قرار دارند. رفتارهای بهداشتی نیز که در این دوره شکل می‌گیرند اثر نگهدارنده‌ای بر سلامت فرد در دوران‌های بعدی زندگی دارند. بسیاری از الگوهای رفتار بهداشتی که در دوران جوانی به‌وجود می‌آیند پایه و اساس الگوهای رفتارهای غیربهداشتی طولانی مدت افراد را در بزرگسالی تشکیل می‌دهند. تئوری یادگیری اجتماعی<sup>۲</sup> نیز بر این امر تأکید می‌کند که فاکتورهای شخصی مانند خودکارآمدی<sup>۳</sup> بر کلیه رفتارها از جمله بر رفتارهای بهداشتی تأثیر می‌گذارند (مظلومی، محمودآباد، مهدی و مروتی تشریف آبادی، ۱۳۸۵).

در حال حاضر پژوهشگران زمینه‌های مختلف از جمله سلامت، علوم اجتماعی، علوم پزشکی و علوم انسانی به سلامت افراد و نگرش‌های سلامت‌مدارانه علاقه‌مند هستند (آرنسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). متغیر احساس انسجام (SOC)<sup>۵</sup>، سازه‌ای است که اخیراً در حوزه‌های سلامت مطرح شده است. آنتونووسکی<sup>۶</sup> احساس انسجام را به‌عنوان سازه‌ای تعریف کرده است که جهت‌گیری کلی فرد و احساس پویایی مداوم و فراگیر را در زندگی و دنیای پیرامون وی نشان می‌دهد. احساس انسجام باعث می‌شود فرد تحریکات درونی و بیرونی دریافت شده را در زندگی سازمان یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک نماید (آنتونووسکی، ۱۹۹۷). به بیان ساده‌تر، احساس انسجام منعکس‌کننده جهت‌گیری جهانی به در نظر گرفتن دنیا به صورت قابل درک، کنترل‌پذیر و پرمعنی است (ایفرتی-ویتزر<sup>۷</sup>، مارمالیت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). قابل درک بودن<sup>۹</sup> مولفه‌ای شناختی است و به این احساس فرد اشاره دارد که اطلاعات راجع به خود و محیط اجتماعی‌اش به‌صورت منظم و سازمان‌یافته قابل درک است و کنترل‌شناختی فرد را بر محیط نشان می‌دهد. کنترل‌پذیر بودن<sup>۱۰</sup> مولفه‌ای

1- Health behavior

3- Self-Efficacy

5- Sense of Coherence

7- Efrati-Virtzer

9- Comprehensible

2- Social Learning Theory

4- Aronson

6- Antonovsky

8- Marmalite

10- Manageable

ابزاری است و به این احساس فرد اشاره دارد که منابع قابل دسترس برای وی کافی بوده تا بتواند به‌طور مناسب به نیازها و تقاضاهای ناشی از تحریکات درونی و بیرونی پاسخ دهد. این مولفه، نگرش‌ها و منابع مقابله‌ای موجود فرد را نشان می‌دهد. معنی‌داربودن<sup>۱</sup> مولفه انگیزشی است و به‌وسعت این احساس در فرد اشاره دارد که محدوده‌های مشخص زندگی متناسب با تلاش و زمان صرف‌شده وی هستند و میزان درگیر شدن وی را در حیطه‌های مختلف زندگی نشان می‌دهند. در این مولفه موقعیت‌ها از سوی فرد به‌عنوان چالش ارزیابی می‌شوند و فرد برای تغییر و رشد، احساس تعهد می‌نماید (گانا و گارنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی، ۱۳۸۸). بررسی‌ها نشان داده است که افراد دارای احساس انسجام پایین به احتمال زیادی موقعیت‌های استرس‌زا را به‌صورت تهدیدآمیزتری ادراک می‌کنند و تمایل کمی به ارزیابی چنین موقعیت‌ها به‌عنوان موقعیت قابل کنترل دارند (فلدت، کوکو، لکینیون و پالکینن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). سومین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده وضعیت جسمی و میزان تندرستی زنان و مردان است. به‌زعم پالانت و لای<sup>۵</sup> احساس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی و جسمی و عوامل شخصیتی مانند خوش‌بینی، عزت‌نفس و احساس تسلط رابطه مثبت دارد (پالانت و لای، ۲۰۰۲).

خصوصیات شخصیتی افراد نیز به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامتی و بیماری تأثیر گذاشته و گاهی ویژگی‌های شخصیتی محصول بیماری خاصی هستند و یا این که موجب رفتارهای ناسالم می‌شوند (بنی‌هاشمیان و همکاران، ۱۳۸۸). یکی از ویژگی‌های بارز شخصیتی، وجود خوش‌بینی و یا بعد متقابل آن، بدبینی است. خوش‌بینی به‌عنوان جزئی از روانشناسی مثبت‌نگر، مفهوم فراگیر و گسترده‌ای دارد (آقایی و رئیس‌دهکردی و آتش‌پور، ۱۳۸۶). خوش‌بینی، به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدهاست. نقطه مقابل خوش‌بینی، بدبینی است که به معنای تأکید بر فاجعه‌آمیزترین علت هر شکست است. فرد بدبین نسبت به انسان‌های اطراف و رویدادهای مختلف نگرش منفی

1- Meaningful  
3- Suominen  
5- Pallant and lae

2- Gana & Garnier  
4- Feldt, Kinnunen & Pulkkinen

دارد، مثلاً از افراد مختلف انتظار خیانت و از رویدادهای مختلف انتظار ضرر و آسیب دارد (بنی‌هاشمیان، سیف و صیف، ۱۳۸۸). به عبارتی دیگر، بدبینی به معنای داشتن انتظارات منفی برای نتایج و پیامدهاست (به نقل از آقایبی و همکاران، ۱۳۸۶). خوش‌بینی مزایای متعددی دارد. این صفت کمک می‌کند تا در مقایسه با آنچه که دیگران از او انتظار دارند، موفقیت بیشتری در زندگی و محیط کاری و... به دست آورد. خوش‌بینی باعث فعال‌تر شدن دستگاه ایمنی فرد می‌گردد و این امر موجب می‌شود تا فرد کمتر دچار بیماری‌های عفونی گردد و به پزشک مراجعه کند؛ در صورتی که بدبینی با افسردگی، اضطراب بیشتر، کاهش انتظار پیشرفت و وضعیت جسمانی نامناسب مرتبط است (سلیگمن و همکاران، ۱۳۸۳).

بر اساس پژوهش‌های انجام‌یافته (فارس، ترال، ۲۰۰۶، کیویماکی و همکاران، ۲۰۰۵)، کسانی که از خوش‌بینی بالایی در زندگی برخوردار بودند، نسبت به بدبین‌ها کمتر به بیماری مبتلا می‌شوند و کمتر حوادث دلخراش گذشته را به خاطر می‌آوردند. کوبزانسکی و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بدبینی و خوش‌بینی دو قطب یک پیوستار را تشکیل می‌دهند که قطب خوش‌بینی بالا با قطب سلامتی بالا و قطب بدبینی بالا با قطب اختلالات شدید در سلامتی منطبق است. افراد بدبین و مضطرب در مقایسه با افراد خوش‌بین، دارای فشار خون بالاتری می‌باشند اما خوش‌بینی باعث پشتکار و پیشرفت و سلامت روانی و جسمانی فرد می‌شود (به نقل از بنی‌هاشمیان و همکاران، ۱۳۸۸).

پندر در مدل ارتقاء سلامت خود یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار را خودکارآمدی (SE) مطرح کرده است و در ۸۶ درصد مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقای سلامت وی صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار، تأیید شده است (پندر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

بندورا<sup>۲</sup>، باربارانلی<sup>۳</sup> و پاستورلی<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) خودکارآمدی را عبارت از باورهای افراد به

1- Pender

3- Barbaranelli

2- Bandura

4- Pastorelli

توانایی‌هایشان در بسیج‌انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین تعریف کرده‌اند. یکی از جنبه‌های اساسی خودکارآمدی شخص این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد. به‌ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است (آسپینوال و ریچتر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). خودکارآمدی می‌تواند افراد را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت، قادر سازد (بندورا، ۱۹۷۷). بدون تردید، احساس پیوستگی و خودکارآمدی به‌عنوان متغیرهای مجزا، سازه‌های نگرشی مشابهی دارند و با سلامت کلی در ارتباط هستند (اریکسون<sup>۲</sup>، لیندرستورام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

ارتقای سلامتی نیاز اساسی انسان‌ها است (داسو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲) رفتارهای بهداشتی از مهم‌ترین عوامل در پیشگیری از بیماری و مرگ‌ومیر و ارتقای سلامت محسوب می‌شود (پرونک<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴، شیهان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). رفتارهای بهداشتی<sup>۷</sup> به آن دسته از رفتارها گفته می‌شود که بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارند. جستجوی اطلاعات مربوط به موضوع سلامت، مراجعه به پزشک یا دندانپزشک برای معاینه عمومی، ایمن‌سازی، ورزش کردن، رژیم غذایی مناسب، بستن کمربند ایمنی در هنگام رانندگی، برقراری روابط جنسی سالم و حساس شدن نسبت به وضعیت بیماری خود از جمله رفتارهای بهداشتی هستند (بام<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از حسن‌زاده، تولیتی، حسینی و داوودی، ۱۳۸۵).

رفتارهای بهداشتی، به‌عنوان مولفه‌ای رفتاری، نگرش و سطوح خوش‌بینی (LOO) نیز تأثیر قابل توجهی بر سلامت دارند (جاکزینسکی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱، سیگرستوم<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵، سلینگمن<sup>۱۱</sup>، والکر<sup>۱۲</sup>، روزنهان<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳، اسمیت<sup>۱۴</sup>، یانگ<sup>۱۵</sup>، لی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴). از نظر تئوریک،

1- Aspinwall & Richter  
3- Lindstro  
5- Pronk  
7- Health behavior  
9- Juczynski  
11- Seligman  
13- Rosenhan  
15- Young

2- Eriksson  
4- Duaso  
6- Sheahan  
8- Baum  
10- Segerstrom  
12- Walker  
14- Smith  
18- Lee

وقتی سازه‌هایی که به آن‌ها اشاره شد ترکیب می‌شوند می‌توانند تأثیر مثبتی بر سلامت افراد داشته باشند. روابط بین SOC و HB نشان داده شده است (فرایر، شیپام و هاردی، ۲۰۰۱). به‌هرحال، وان بوتمر و فریدلاندر (۲۰۰۳) ادعا می‌کنند که بررسی رابطه بین SOC و LOO مورد نیاز است. احساس انسجام، خودکارآمدی و خوش‌بینی به‌عنوان منابع فردی برای پیشگیری از پیامدهای نامطلوب رفتارهای بهداشتی است و به مسئولیت فرد در قبال سلامت خویش تأکید دارد (هالستیر و آنیما، ۲۰۰۴). با توجه به مبانی نظری و پژوهشی مطرح شده سوال اصلی پژوهش این بود که آیا احساس انسجام، خودکارآمدی و خوش‌بینی و بدبینی تغییرات رفتارهای بهداشتی فرد را پیش‌بینی می‌کنند؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد ساکن در خوابگاه‌های شهرداری دانشگاه تبریز بود. در این خوابگاه‌ها به‌روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به تعداد ۱۳۰ نفر انتخاب شد.

## ابزار پژوهش

### مقیاس رفتارهای بهداشتی

این مقیاس دارای ۵۸ ماده است. ۱۴ ماده به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ۴۴ ماده دیگر با رفتارهای بهداشتی ارتباط دارند. پرسش‌های مربوط به رفتار بهداشتی دربرگیرنده پنج زمینه بهداشت فردی (پرسش‌های ۵ تا ۲۰)، خوراک (۲، ۳، ۴، و ۲۱ تا ۲۹)، ورزش (۳۰ تا ۳۳)، خواب و استراحت (۳۴ تا ۳۸) و کنترل استرس (۱، ۳۹ تا ۴۴) هستند (پلانگ، ۱۳۷۰). برای نمره‌گذاری پرسشنامه، در پرسش‌های مثبت، گزینه همیشه نمره ۳، بیشتر وقت‌ها نمره ۲، گاهی وقت‌ها نمره ۱ و هیچ‌وقت نمره صفر می‌گیرند. در پرسش‌های منفی همیشه نمره صفر، بیشتر وقت‌ها نمره ۱، گاهی وقت‌ها نمره ۲ و هیچ‌وقت نمره ۳

می‌گیرد. پایایی پرسشنامه به کمک روش دو نیمه کردن ۰/۸۱. محاسبه شد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کراباخ ۰/۶۶ به‌دست آمد.

### مقیاس احساس انسجام آنتونوسکی (soc)

سطح احساس انسجام دانشجویان با استفاده از مقیاس احساس انسجام مورد ارزیابی قرار گرفت. این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط آنتونوسکی طراحی شده است. و از ۲۹ آیتم و ۳ خرده‌مقیاس قابلیت ادراک، مدیریت‌پذیری و معناداری تشکیل شده است. این مولفه‌ها شامل: الف) ۱۱ آیتم برای قابلیت ادراک، ب) ۱۰ آیتم مربوط به مدیریت‌پذیری و ج) ۸ آیتم مربوط به معناداری می‌باشد. در این مقیاس، پاسخ هر سوال از طیف ۷ درجه‌ای تشکیل شده است. این پرسشنامه باورهای شخصی افراد در رابطه با میزان منطقی بودن و وحدت جهان را اندازه می‌گیرد. پرسشنامه بر اساس مفهوم منابع مقاومت کلی پایه‌ریزی شده است (آنتونوسکی، ۱۹۹۸، ۱۹۹۷). جاسزینسکی در تحقیق خود (۲۰۰۱)، ضریب آلفای کراباخ ۰/۸۵ و ضریب پایایی با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۸۸ به‌دست آورد (جاسزینسکی، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کراباخ این مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران: در این تحقیق برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت و با ۱۷ سوال تدوین شده است که در مقابل هر سوال ۵ گزینه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم وجود دارد که نمرات آنها نیز از ۰ تا ۵ تغییر می‌کند. سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۳ و ۱۵ و ۹ از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد و بقیه سوالات به‌صورت معکوس یعنی از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد. پایین‌ترین نمره ۱۷ و بالاترین نمره ۸۵ می‌باشد. راثی (۱۳۸۲) در پژوهش خود ضریب پایایی این آزمون را ۰/۷۴ به‌دست آورد. اعتبار این مقیاس در پژوهش براتی (۱۳۷۶) با استفاده از روش محاسبه همبستگی بین مقیاس خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی- بیرونی ۰/۷۹ به‌دست آمد (به نقل از وقری، ۱۳۷۹). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کراباخ این مقیاس ۰/۸۱ به‌دست آمد.

مقیاس بازیابی شده خوش‌بینی و بدبینی: مقیاس خوش‌بینی و بدبینی توسط چانگ و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است. این مقیاس از ۱۵ آیتم تشکیل شده است. ۶ آیتم این مقیاس به ارزیابی خوش‌بینی و ۹ آیتم این مقیاس به ارزیابی بدبینی اختصاص دارد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) نمره‌بندی شده‌اند. در مورد مقیاس بدبینی این نمره‌گذاری به صورت معکوس است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۷ به دست آمد.

### یافته‌ها

جدول (۱) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- خودکارآمدی	-				
۲- احساس انسجام	۰/۷۳	-			
۳- بدبینی	*۰/۲۳	۰/۰۹			
۴- خوش‌بینی	*۰/۴۱	-۰/۰۸۹	**۰/۳۴		
۵- رفتار بهداشتی	-۰/۰۹۷	*۰/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۱۲	
	۰/۵۱	۰/۰۰۳	۰/۸۴	۰/۴۱	۰/۴۱

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

در جدول شماره ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. رابطه احساس انسجام با خودکارآمدی مثبت و از نظر آماری غیرمعنی‌دار ولی با رفتارهای بهداشتی مثبت و معنی‌دار است. بدبینی با خودکارآمدی رابطه منفی و معنی‌دار دارد و این رابطه با رفتارهای بهداشتی مثبت ولی از نظر آماری غیرمعنی‌دار است. همچنین رابطه خوش‌بینی با خودکارآمدی مثبت و معنادار و با بدبینی منفی و معنی‌دار است؛ ولی رابطه



خوش‌بینی با رفتارهای بهداشتی منفی و غیرمعنی‌دار و بدبینی با رفتارهای بهداشتی رابطه مثبت و غیرمعنی‌دار دارد.

جهت تبیین رابطه احساس انسجام با رفتارهای بهداشتی و خوش‌بینی و بدبینی با خودکارآمدی نیز، از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج حاصل در جدول زیر ملاحظه می‌شود.

### بررسی رابطه احساس انسجام و رفتارهای بهداشتی

جدول (۲) خلاصه نتایج رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی متغیر رفتارهای بهداشتی (مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل)

شاخص روش	R	R <sup>2</sup>	تعدیل شده R <sup>2</sup>	df	df	F	سطح معناداری
همزما	۰/۶۳	۰/۴۳	۰/۲۶	۳	۴۴	۹/۸۳	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است که F به‌دست آمده در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است و R<sup>2</sup> محاسبه شده ۰/۴۰ است، یعنی این متغیر با هم ۴۰٪ از واریانس متغیر رفتار بهداشتی را تبیین می‌کنند.

جدول (۳) ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش‌بینی‌کننده رفتار بهداشتی

مدل	ضرایب استاندارد نشده b	ضرایب استاندارد شده خطای استاندارد	ضرایب استاندارد شده Beta	t	سطح معناداری
ثبات	۴۰/۲۳	۱۱/۸۶	—	۴/۱۵	۰/۰۰۰
قابلیت ادارک	۰/۳۰	۰/۱۶۵	۰/۲۴۵	۱/۸۲	۰/۰۷۹
مدیریت پذیری	۱/۵۲	۰/۳۴	۰/۵۴	۴/۴۵۰	۰/۰۰۰
معناداری	-۰/۵	۰/۱۸	-۰/۳۷	-۲/۷۷	۰/۰۰۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای مدیریت‌پذیری و معنادار پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای رفتارهای بهداشتی بودند.

## بررسی رابطه بدبینی با خودکارآمدی

جدول (۴) خلاصه نتایج رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی متغیر خودکارآمدی (مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل)

شاخص	R	R <sup>2</sup>	تعدیل شده R <sup>2</sup>	df	df	F	سطح معناداری
روش ورود	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۶	۱	۱۰۸	۲۲/۳۵	۰/۰۰

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است که اثر رگرسیون  $F=۲۲,۳۵$  به‌دست آمد که معنادار می‌باشد و  $R^2$  محاسبه شده بر اساس این متغیر ۰/۱۷ است یعنی این متغیر ۱۷٪ از واریانس متغیر خودکارآمدی را تبیین می‌کند.

جدول (۵) ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	t	سطح معناداری
	b	Beta		
(ثابت)	۳۱/۸۸	-	۶/۹۲	۰/۰۰۰
خوش‌بینی	۰/۶۹	۰/۴۱	۴/۷۲	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بدبینی پیش‌بین‌کننده معنادار خودکارآمدی هست.

## بررسی رابطه خوش‌بینی با خودکارآمدی

جدول (۶) خلاصه نتایج رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی متغیر خودکارآمدی (مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل)

شاخص	R	R <sup>2</sup>	تعدیل شده R <sup>2</sup>	df	df	F	سطح معناداری
روش ورود	۰/۲۳	۰/۰۵۵	۰/۰۴۵	۱	۹۶	۵/۰۶	۰/۰۲

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است که اثر رگرسیون  $F=۵/۰۶$  به‌دست آمد که معنادار است و

$R^2$  محاسبه شده بر اساس این متغیر  $0/045$  است یعنی این متغیر هم  $45\%$  از واریانس متغیر خودکارآمدی را تبیین می‌کند.

جدول (۷) ضرایب حاصل از رگرسیون به روش همزمان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی

مدل	ضرایب استاندارد نشده خطای استاندارد	ضرایب استاندارد شده Beta	t	سطح معناداری
(ثابت)	۲۶/۰۲	-	۵/۴۳	۰/۰۰۰
خوش‌بینی	۰/۷۱	۰/۲۳	۲/۳۷	۰/۰۲

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که خوش‌بینی پیش‌بین‌کننده معنادار خودکارآمدی هست.

### بحث و نتیجه‌گیری

متخصصان حوزه‌های مختلف علمی، نگرش بهداشتی را مورد بررسی قرار داده‌اند (آرونسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). گرابوسکی<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) نگرش‌های بهداشتی را مورد بررسی قرار داد و دریافت این سازه تجلی گرایش‌های مداوم، خلاقانه، تفریحی یا درمانی مرتبط با جسم است. او بدن را به‌عنوان کانون توجه رفتارهای بهداشتی در نظر گرفته و معتقد است که باید به‌صورت کلی تحلیل گردد. همین‌طور، گاسک و فرازک<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) معتقدند که رویکردهای مثبت، عقلانی و هدفمند به رژیم غذایی، فعالیت جسمانی و بهزیستی هیجانی می‌توانند نشانگر رفتارهای بهداشتی باشند. او معتقد است که رفتارهای بهداشتی مولفه‌ای ذهنی است. اما، موراوو همکاران (۲۰۰۱) به وضوح ادعا کردند که یک نگرش بهداشتی عینی، توانایی فرد برای زندگی و دوست داشتن است (به نقل از پوسادزکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از دوره‌های بحرانی برای تثبیت رفتارهای بهداشتی دوره جوانی است. امروزه اکثریت جوانان در این سن اشتغال به تحصیلات دانشگاهی دارند. پر واضح است که زندگی دانشگاهی مسائل و ویژگی‌های خاص خود را دارد که آشنایی قبلی با آن تأثیر پیشگیرانه‌ای بر مسائل و مشکلات آینده دارد. یکی از مهم‌ترین مسائل، رفتارهای بهداشتی

1- Aronson  
3- Gacek & Fraczek

2- Grabowski  
4- Posadzki

دانشجویان است. اهمیت بررسی کمیت و کیفیت رفتارهای بهداشتی دانشجویان واضح و روشن است. ویژگی‌های خاص زندگی دانشجویی از جمله اسکان در خوابگاه‌ها رفتارهای بهداشتی دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (همان منبع).

وو، رز و بانکروفت<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) بیان کردند که در دوره جوانی دانشجویان فرصت برنامه‌ریزی برای آینده و تجربه اسفاده از راهبردهای بهداشتی را پیدا می‌کنند. تجارب دوره جوانی به مراحل بعدی زندگی افراد انتقال می‌یابد. بنابراین، در تمامی مراحل زندگی کنش و واکنش بین رفتارهای بهداشتی و سلامت جسمی-روحي ادامه پیدا می‌کند.

به‌طور مشابه، آدرلی-کلی و گرین (۲۰۰۰) معتقدند که تشخیص اولیه رفتارهای پرخطر دانشجویان می‌تواند باعث پیشگیری از گسترش آنها به سایر مراحل می‌شود. کلی منت و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) بیان کردند که محدودیت‌ها و ملزومات زندگی دانشگاهی باعث کاهش رفتارهای بهداشتی زمان بر مثل خواب کافی، صرف صبحانه و ورزش می‌شود. این موافق با یافته‌های آدرلی-کلی و گرین (۲۰۰۲) است که گزارش کردند ۵۱ درصد از دانشجویان نمرات پایینی در انجام فعالیت‌های ورزشی و تناسب اندام دارند. همچنین شواهد گزارش شده توسط ریچتر و همکاران (۱۹۸۷) نشان داده که روند کلی رشد رفتارهای بهداشتی در طول زمان کاهش یافته است (به نقل از پوسادزکی و همکاران، ۲۰۱۰).

عموم مردم خوش‌بینی را در نظر گرفتن نیمه پر لیوان، عادت به انتظار پایانی خوش برای هر دردسر واقعی، در نظر می‌گیرند (سلیگمن، رایویچ، کاکس و گیگهام، ترجمه داورپناه، ۱۳۸۳). خوش‌بینی می‌تواند بهزیستی و سلامت آزمودنی‌ها را (سامی،<sup>۳</sup> ۱۹۹۷) از طریق رفتارهای سازگارانه (راش و شیر، ۲۰۰۳) یا راهکارهای کاهش‌دهنده خلق منفی (بریدن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ سگرومو و همکاران، ۱۹۹۸) و کاهش فرسودگی هیجانی (ریولی و ساویسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳) ارتقا بخشد (به نقل از پوزادسکی و همکاران، ۲۰۱۰).

از دیدگاه زیست‌شناسی، خوش‌بینی با خنثی کردن مکانیزم مقابله با استرس، با افزایش

1- Wu, rose & Bancroft  
3- Sumi  
5- Riolli & Savicki

2- Clement  
4- Bryden

افزایش دادن پاسخ‌های التهابی یا بالابردن تعداد سلول‌های t یاریگر و بالابردن مسمومیت سلول‌های کشنده طبیعی، سلامت دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهد (هان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). خوش‌بینی رابطه معنی‌داری با وضعیت سلامت جسمی، اجتماعی، تحصیلی، شخصی و هدف‌گزینی، اعتماد به نفس بالاتر و میزان پایین احساس تنهایی دارد (موننگومری و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر این، مکارمی (۲۰۰۰) بر اهمیت خوش‌بینی در مدیریت نشانگان افسردگی در بین دانشجویان تأکید می‌کند و همچنین نشان می‌دهد که خوش‌بینی می‌تواند نشانه‌های افسردگی را تعدیل کند (به نقل از پوزادسکی، ۲۰۱۰). نقطه مقابل خوش‌بینی، بدبینی است که به معنای تأکید بر فاجعه‌آمیزترین علت هر شکست است (سلیگمن و همکاران، ترجمه داورپناه، ۱۳۸۳). در کل بدبینی به معنای داشتن انتظارات منفی برای نتایج و پیامدها است (اسچیر و کارور، ۱۹۸۵).

در پژوهش حاضر بین خوش‌بینی و خودکارآمدی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. ولی بین خوش‌بینی و رفتارهای بهداشتی رابطه وجود ندارد، یعنی بر اساس نمره خوش‌بینی نمی‌توان رفتارهای بهداشتی را پیش‌بینی کرد. کسانی که در مقیاس خوش‌بینی نمره بالایی کسب می‌کنند لزوماً رفتارهای بهداشتی را رعایت نمی‌کنند. به عبارت دیگر اندیشه الزاماً منجر به عمل نمی‌شود. یافته این پژوهش با پژوهش استراسل (۲۰۰۵) ناهمسو است. همچنین بین بدبینی و رفتارهای بهداشتی رابطه وجود ندارد و فرضیه پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی از طریق نمره مقیاس بدبینی رد می‌شود.

احساس انسجام باعث سلامتی می‌شود و مستقیماً بهزیستی روانی و کیفیت زندگی دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر افرادی که احساس انسجام می‌کنند راهبردهای مقابله با استرس را به کار می‌گیرند. احساس انسجام می‌تواند سلامت و کیفیت زندگی را از طریق کاهش اضطراب و افسردگی (انگلهارد<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ اریم و همکاران، ۲۰۰۸؛ فرامبرگر و همکاران، ۱۹۹۹؛ بینگ و همکاران، ۲۰۰۷)، کاهش استرس ناشی از تحصیل (بودبرگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسکسراک، ۲۰۰۰؛ تورشیم و همکاران، ۲۰۰۱) و افزایش ظرفیت سازگاری با استرس ناشی از تحصیل (سورتیس و

1- Han

2- Engelhaed

همکاران، ۲۰۰۶) بهبود بخشید (پودازسکی و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش حاضر نشان داد که مولفه‌های متغیر احساس انسجام شامل مدیریت‌پذیری و معناداری پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بهداشتی هستند. به عبارت دیگر افرادی که احساس می‌کنند که بر مسائل زندگی مدیریت دارند و زندگی آنها حاوی معناست متقابلاً رفتارهای بهداشتی را رعایت می‌کنند. این یافته هم‌سو با یافته‌های پژوهشی است که نشان می‌دهد کسانی که نمره بالایی در مقیاس احساس انسجام به دست می‌آورند زندگی طولانی‌تر و راهبردهای مناسب‌تری برای مقابله با استرس دارند (آنتونووسکی، ۱۹۷۹). دوره جوانی یکی از مراحل است که کیفیت آن تأثیر چشمگیری بر سایر مراحل زندگی انسان دارد. ضروری است که دانشجویان دیدگاه روشنی نسبت به زندگی داشته باشند. آموزش مناسب، نگرش‌ها و رفتارهای بهداشتی افراد را تغییر می‌دهد. برنامه‌های تغییر باید به بهبود آگاهی از پیامدهای انتخاب‌های سبک زندگی منجر شود (داوسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

بنابراین هردانشگاهی باید به توسعه برنامه‌های نگرش سلامت‌مدار بپردازد و پیشگیری از بیماری را در اولویت کاری خود قرار دهد. محققان پیشنهاد می‌کنند که متغیرهای احساس انسجام، خوش‌بینی بدبینی و خودکارآمدی جداگانه یا به صورت ترکیبی می‌توانند جهت ارزیابی و مداخله در رفتارهای بهداشتی مورد استفاده قرار گیرند. احساس انسجام، خودکارآمدی و خوش‌بینی برای جلوگیری از استرس‌های جاری در طول عمر به‌ویژه استرس ناشی از تحصیلات دانشگاهی، افسردگی و سایر اختلالات مربوط مربوط به سلامت روانی مورد استفاده قرار گیرد. با سنجش این مولفه‌ها می‌توان دانشجویان در معرض خطر را شناسایی کرد و اقدامات آموزشی و پیشگیرانه را انجام داد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۸

## منابع

- آقایی، اصغر؛ رئیسی دهکردی، راضیه؛ آتش‌پور، حمید (۱۳۸۶). رابطه خوش‌بینی و بدبینی با سلامت روان در افراد بزرگسال شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). شماره سی و سوم. ص ۱۱۸.
- ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، فاطمه؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، سال یازدهم، شماره ۳- پیاپی ۴۳، صفحه ۲۱۴.
- بنی‌هاشمیان، کورش؛ سیف، محمدحسین؛ صیف، مؤذن، منصور (۱۳۸۸). رابطه بدبینی با سلامت عمومی و هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، دوره یازدهم / شماره ۱ / فروردین - اردیبهشت، صفحه ۵.
- حسن‌زاده، رمضان؛ تولیتی، منصور؛ حسینی، حمزه؛ داوری، فرزانه (۱۳۸۵). ارتباط میان منبع کنترل سلامت و رفتارهای بهداشتی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار): ۱۱۲ (۳) (پیاپی ۴۶): ۲۷۷-۲۸۱.
- سیلگمن، مارتین ای. پی. کارن رایویچ. لیزاجی کاکس و جین گلیهام (۱۳۸۳). *کودک خوش‌بین*، ترجمه فروزنده داورپناه چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.
- مظلومی محمودآباد، سعید؛ مهری، علی؛ مروتی شریف‌آبادی، محمدعلی (۱۳۸۵). ارتباط بین اعتماد به نفس و خود کارآمدی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی*، دوره سوم: شماره دوم. ص ۱۱۲.
- Antonovski, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36(5): 725-27.
- Aronson, E. (2008). *The social animal*. New York: Worth Publishers.
- Aspinwall, L.G. & Richter, L. (1999). *Optimism and selfmastery tasks in the presence o predict more rapid disengagement from unsolvable f alternatives*. *Journal of Motivation & Emotion*, 23: 221-22.

- 
- Bandura A. (1997). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*; 84(2): 191-193.
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A.J., Chart, H. & Steptoe, A. (2009). *Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood*. *Brain, Behavior and Immunity*, March 9 [Epub ahead of print].
- Dawson, K.A., Schneider, M.A., Fletcher, P.C. & Bryden, P.J. (2007). Examining gender differences in the health behaviours of Canadian university students. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127(1), 38-41.
- Duaso MJ. (2002). Issues and innovations in nursing practice, health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think?. *Journal of Advance Nursing*. Aug; 39(5): 472-474.
- Efrati-Virtzer, M. & Marlite, M. (2009). Margali Students' behaviour difficulties, sense of coherence and adjustment at school: risk and protective factors. *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 24, No. 1, February, 59-73.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-462.
- Feldt, T., Kokko, U., Kinnunen & L. Pulkkinen. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist* 10, no. 4: 298-30.
- Freire, M.C., Sheiham, A. & Hardy, R. (2001). *Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(3), 204-212.
- Gana K. & Garnier S. (2001). Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Pers Individ Dif*; 31(7): 1079-82.
- Grabowski, H. (1999). *The Theory of Physical Education*. Warsaw: School & Pedagogic Press.
- Huan, V.S., Yeo, L.S., Ang, R.P. & Chong, W.H. (2006). The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41(163), 533-546.



- 
- Hollister, M.C. & Anema, M.G. (2004). Health behaviour models and oral health: a review. *Journal of Dental Hygiene*, 78(3), 6.
- Juczynski, Z. (2001). Tools for Assessment of Health in Promotion of Health and Psychology. Warsaw: Polish Psychological Society.
- Montgomery, R.L., Haemmerlie, F.M. & Ray, D.M. (2003). *Psychological correlates of optimism in college students*. *Psychological Reports*, 92(2), 545-547.
- Pallant JF, Lae L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Pers Individ Dif*; 33(61): 39-48.
- Pender JN, Murdaugh LC, Parsons AM (2006). *Health promotion in nursing practice*. 5th ed, Upper Saddle River, Nurs J: Prentice Hall.
- Pronk NP, Anderson LH, Crain AL, Martinson BC, O'connor PJ, Sherwood NE, Whitebird RR. (2004). Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors: Prevalence, clustering, and predictors lescent, adult, and senior health plan members. *American Journal of Preventive Medicine*. 27(2): 25-33.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 220.
- Seligman, M.E., Walker, E.F. & Rosenhan, D.L. (2003). Abnormal Psychology. Poznan: Zysk & S-ka Publishing. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(3), 204-206.
- Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 6.
- Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: do positive thoughts always lead to positive effects?. *Brain, Behaviour and Immunity*, 19(3), 195-196.
- Sheahan SL. (2000). Documentation of health risk; and heath promotion counseling by emergency department nurse practitioners and physicians. *J Nursing scholar*; 32(3): 245-50.
- Smith, N., Young, A. & Lee, C. (2004). Optimism, health-related hardiness and well-being among older Australian women. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 741-743.
-

- Sobal, J. (1986). Health protective behaviours in first year medical students. *Social Science and Medicine*, 22(5), 593-598.
- Suominen P, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M.(2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res*; 50(2): 77-86.
- Wu, T.Y., Rose, S.E. & Bancroft, J.M. (2006). Gender differences in health risk behaviours and physical activity among middle school students. *Journal of School Nursing*, 22(1), 25-31.