



نقش پیش‌بین شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت جمعیت‌شناختی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت

اسحق رحیمیان بوگر* (Ph.D.)

۱- دانشگاه سمنان - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی - گروه روانشناسی بالینی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۱۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

چکیده:

مقدمه: باتوجه به اهمیت سبک زندگی در ارتقای سلامت، هدف این پژوهش بررسی نقش پیش‌بین شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت جمعیت‌شناختی، در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت در بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان سمنان بود.

مواد و روش‌ها: در یک طرح توصیفی مقطعی، ۲۱۷ نفر (۱۰۴ پسر و ۱۱۳ دختر) از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر سمنان به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHI)، آزمون بازنگری‌شده جهت‌گیری زندگی (LOT-R) و مقیاس ارتقای سلامت نوجوانی (AHP) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از همبستگی و رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام با نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که بین شادکامی، خوش‌بینی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، با اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). شادکامی، خوش‌بینی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌توانند به‌طور معناداری اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی را پیش‌بینی کنند ($P < 0.001$) و در مجموع ۵۴٪ اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌نمایند ($R^2 = 0.54$). در این مدل، سن و جنس در تبیین اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، نقش معناداری نداشتند ($P > 0.05$). **نتیجه‌گیری:** شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی مهم هستند. پیامد اصلی این مطالعه، تدوین مداخلاتی به‌منظور بهبود این عوامل به‌عنوان مبنای مهم در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی است.

واژه‌های کلیدی: رفتار سالم، شادکامی، خوش‌بینی، دانش‌آموز.

Original Article

Knowledge & Health 2013;8(1):17-23

The Predictive Role of Happiness, Optimism and Demographical Status in Engagement in Health-related Behaviors

Isaac Rahimian Boogar^{1*}

1- Assistant Professor of Health Psychology, Dept. of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

Abstract:

Introduction: With regard to the importance of life style for health promotion, this research aimed to investigate the predictive role of happiness, optimism and demographical status in engagement in health-related Behaviors for high school students in Semnan.

Methods: In a cross-sectional descriptive design, 217 (104 boys and 113 girls) high school students in Semnan were selected through a two-stage cluster sampling and completed the Demographical Information Questionnaire, The Oxford Happiness Inventory (OHI), Life Orientation Test-Revised (LOT-R) and The Adolescent Health Promotion Scale (AHP). Data analysis was performed through correlation and stepwise multiple regression with SPSS.

Results: Results showed that there was a significant positive correlation between happiness, optimism and socioeconomic status, and engagement in health-related behaviors ($P < 0.001$). Happiness, optimism and socioeconomic status were significantly capable to predict the health-related behaviors of high school students ($P < 0.001$) and totally explain 54% of engagement in health-related behaviors ($R^2 = 0.54$). In this model, age and gender did not have significant roles in explaining the engagement in health-related behaviors ($P > 0.05$).

Conclusion: Happiness, optimism and socioeconomic status are important for engagement in health-related behaviors by high school students. The principal implication of this research is set an agenda of intervention for improvement of these factors as an important foundation to engagement in health-related behaviors and health promotion of high school students.

Keywords: Healthy behavior, Happiness, Optimism, Student.

Conflict of Interest: No

Received: 1 July 2012

Accepted: 30 January 2013

*Corresponding author: I. Rahimian boogar, Email: eshaghrahimian@yahoo.com

*نویسنده مسئول: سمنان - دانشگاه سمنان - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی - گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۲۲۲-۳۶۲۲۳۰۰، نمابر: ۰۲۲۲-۳۶۲۵۵۵۴، Email: eshaghrahimian@yahoo.com

مقدمه

رفتارهای مرتبط با سلامت از بنیادی‌ترین فعالیت‌های فردی، به‌منظور پیشگیری از بروز و کاهش شانس ابتلا به بیماری‌ها و بهبود رضایت از زندگی است (۱). سبک زندگی سالم در دانش‌آموزان؛ نظیر داشتن عادات‌های غذایی سالم، انجام منظم ورزش و فعالیت‌های بدنی و اجتناب از سیگار و سایر داروها موجب ارتقای سلامت می‌شود و مرگ‌ومیر زودرس در آنان را تا اندازه‌ای چشمگیر کاهش می‌دهد (۲) و (۳).

رفتارهای مرتبط با سلامت، جزء اصلی سبک زندگی سالم هستند و در ارتقای سلامت نقشی اساسی دارند. منظور از رفتارهای مرتبط با سلامت، فعالیت‌هایی نظیر تغذیه سالم، خواب شبانه کافی بین ۷-۸ ساعت، ورزش منظم و عدم مصرف سیگار و الکل و نیز کنترل وزن است که به‌منظور حفظ یا ارتقای سلامتی فرد انجام می‌گیرند (۴). مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روانشناختی و جمعیت‌شناختی، در اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت نقش مهمی دارند (۵ و ۶ و ۷). پژوهش‌ها در زمینه سلامت نوجوانان نشان می‌دهند که در میان عوامل روانشناختی، شادکامی، در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت نقش مهمی دارد (۸). در واقع، شادکامی، در کنار عوامل محیطی و ژنتیکی نقش برجسته‌ای در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، بهزیستی ذهنی، سلامت ادراک‌شده و بروز بیماری جسمانی دارد (۹). تحقیقات همچنین نشان داده است که خوش‌بینی و مثبت‌گرایی در مقابله با فشارهای زندگی و غلبه بر ناامیلات روانی- اجتماعی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، اصلاح سبک زندگی و در نهایت کاهش بروز بیماری‌های جسمانی و روانشناختی تأثیر مهمی دارد (۱۰ و ۱۱).

علاوه بر عوامل روانشناختی، وضعیت اجتماعی و جمعیت‌شناختی نقش مهمی در انجام رفتارهای بهداشتی دارد (۱۲ و ۱۳). عوامل جمعیت‌شناختی و محرومیت‌های اجتماعی در عمل به رفتارهای سالم و آمادگی برای سرند به‌نگام به‌منظور کاهش بیماری‌ها در دانش‌آموزان نوجوان نقش مهمی دارد (۱۴ و ۱۵). اگرچه مطالعات قویاً بر نقش شادکامی، خوش‌بینی و عوامل اجتماعی- جمعیت‌شناختی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی تأکید دارند (۱۶ و ۱۷)، با وجود این مطالعه منسجمی روی نوجوانان ایرانی در این زمینه پژوهشی وجود ندارد. وجود مسائل درهم‌تنیده محیطی، اجتماعی و روانشناختی می‌تواند در مورد تغذیه مناسب، ورزش، حمایت اجتماعی مثبت و اتخاذ سبک زندگی سالم در دانش‌آموزان و نوجوانان دبیرستانی در ایران مشکل ایجاد کنند. فرض بر این است که شادکامی، خوش‌بینی و عوامل اجتماعی- جمعیت‌شناختی در بروز رفتارهای سالم نوجوانان ایرانی نیز تأثیرگذار هستند. از آنجایی‌که تاکنون پژوهشی در این زمینه در نمونه‌های ایرانی انجام نشده است، این پژوهش اهمیت و

ضرورت می‌یابد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بین شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت جمعیت‌شناختی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود که به بررسی همبستگی و قدرت پیش‌بین روابط بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک (اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت) پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان سمنان طی نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بودند. نمونه پژوهش حاضر ۲۱۷ نفر؛ شامل ۱۰۴ پسر (۴۷/۹٪) و ۱۱۳ دختر (۵۲/۱٪) بودند که براساس محاسبه اندازه نمونه در تحلیل رگرسیون، افزایش توان آماری و محدودیت‌های جامعه پژوهش به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای دومرحله‌ای از این جامعه انتخاب شدند. نمونه اولیه ۲۲۴ نفر بود که داده‌های مربوط به ۴ نفر به پژوهشگر عود داده نشد و داده‌های ۳ نفر ناقص و ناکامل بود، لذا این تعداد در تحلیل داده‌ها از مطالعه حذف شدند. در بررسی‌های انجام‌شده این ۷ نفر از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی یا دیگر عوامل مهم، تفاوت بارزی با دیگر شرکت‌کنندگان در پژوهش نداشتند و بنابراین این عامل بر نتایج مطالعه اثر معناداری نداشت. تحصیل در یکی از دبیرستان‌های پسرانه و دخترانه شهرستان سمنان طی نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ و نیز تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در مطالعه، ملاک‌های ورود به مطالعه بود. افت تحصیلی بارز و وجود سابقه مشروطی، داشتن معلولیت و سابقه اختلالات روانشناختی و طبی (به این دلیل که یافته‌های مطالعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند، از ملاک‌های خروج از مطالعه بودند. در این مطالعه به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت- شناختی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (The Oxford Happiness Inventory (OHI)، آزمون بازنگری‌شده جهت‌گیری زندگی (Life Orientation Test-Revised (LOT-R) و مقیاس ارتقای سلامت نوجوانی (The adolescent health promotion scale (AHP)) استفاده شد.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت- شناختی در این مطالعه به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات شرکت‌کنندگان در مورد جنس، سن، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، پایه و رشته تحصیلی و اطلاعات کلی راجع به سابقه تحصیلی و اختلالات روانی و جسمانی تهیه و استفاده شد.

آرگایل و لو، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد را در سال ۱۹۹۰ ساخته‌اند (۱۸). آرگایل پس از مشورت با بک، بر آن شد تا جملات مقیاس افسردگی بک را معکوس کند. ۱۱ ماده دیگر به آن اضافه شد تا سایر جنبه‌های شادمانی را دربرگیرد. سپس این مقیاس ۳۲ گویه‌ای روی چند دانشجو انجام شد. ۳ تا از گویه‌ها حذف گردید و فرم نهایی

۳ "گاهی اوقات"، ۴ "معمولاً" تا ۵ "همیشه" به‌دست‌می‌آید. در این نمره‌گذاری، ۱ به معنای عدم‌مناسبت آن ویژگی با فرد و ۵ به معنای مناسبت کامل آن ویژگی با فرد است. سه بعد از ۶ بعد AHP (حمایت اجتماعی، دانستن ارزش و قدر سلامتی و زندگی، و فعالیت بدنی) دارای ضریب پایایی دو نیمه آزمون بیشتر از ۰/۷ بود، درحالی‌که ۳ بعد دیگر؛ یعنی رفتارهای مربوط به تغذیه، مسئولیت‌پذیری در امور بهداشتی و مدیریت استرس دارای ضرایبی از ۰/۶ تا ۰/۷ بودند (۲۳). به‌علاوه، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۶ بود و تحلیل عاملی نیز رویی سازه مقیاس AHP را تأیید کرد (۲۳). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به‌دست‌آمد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و نیز آموزش نحوه اجرای پژوهش، مطالعه با انتخاب خوشه‌ای دانش‌آموزان طی دو مرحله از میان دبیرستان‌های پسرانه و دخترانه شهر سمنان -توسط چهار فرد جمع‌آوری‌کننده داده‌ها- انجام گرفت. روش انتخاب به این طریق بود که ابتدا ۱۰ دبیرستان (۵ دبیرستان پسرانه و ۵ دبیرستان دخترانه) انتخاب شدند و در مرحله بعد، از هر دبیرستان کل دانش‌آموزان دو کلاس به‌طور تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور پژوهشگر با مراجعه به دبیرستان‌های انتخاب‌شده و ارائه ابزارهای مطالعه به شرکت‌کنندگان، اطلاعات لازم را جمع‌آوری کرد. لازم به ذکر است قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها اطلاعات چندی به شرکت‌کنندگان برای سهولت در انجام کار داده شد و علاوه‌براین به آنان اطمینان داده شد که نتایج، محرمانه باقی خواهد ماند. شرکت‌کنندگان طی مدت ۲۰-۲۵ دقیقه پرسش‌نامه را تکمیل کردند و تحویل پژوهشگر دادند. همچنین توجه به رعایت اصول اخلاق پژوهشی، تکمیل رضایت‌نامه کتبی، حفظ اطلاعات و توجه به رفاه شرکت‌کنندگان و آزادی عمل آنان در مشارکت در مطالعه و یا خروج از آن مورد توجه بوده است و مطالعه فاقد هرگونه تعارض منافع انجام گرفته است. داده‌های مطالعه با استفاده از محاسبات آمار توصیفی (تعداد و فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی) و آمار استنباطی با محاسبه رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام همراه با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۲۱۷ نفر بودند که ۱۰۴ نفر آنان (۴۷/۹٪) پسر و ۱۱۳ نفر (۵۲/۱٪) دختر بودند. از این میان، ۵۹ نفر (۲۷/۲٪) در پایه اول، ۶۸ نفر (۳۱/۳٪) در پایه دوم، ۴۹ نفر (۲۲/۶٪) در پایه سوم و ۴۱ نفر (۱۸/۹٪) در مقطع پیش‌دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند. همچنین، ۱۱۱ نفر (۵۱/۲٪) وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، ۶۹ نفر (۳۱/۸٪) وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط و ۳۷ نفر (۱۷/۱٪) وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالایی داشتند. سن

با ۲۹ گویه باقی ماند. این پرسش‌نامه ۲۹ گویه‌ای ۴ گزینه دارد که گزینه‌های آن به‌ترتیب نمره‌گذاری می‌شود. برای انجام این پرسش‌نامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا جملات هریک از مواد آزمون را به‌ترتیب و با دقت بخوانند و جمله‌ای را که بهتر از همه احساس آنان را در روزهای اخیر مشخص می‌کند، انتخاب کنند. جمع نمرات مواد آزمون، نمره مقیاس را تشکیل می‌دهد که مشابه نمره‌گذاری مقیاس افسردگی بک می‌باشد. آرکایل و لو ضریب آلفای ۰/۹۰ را به‌دست آوردند (۱۸). روایی ملاکی پرسش‌نامه شادکامی با مقیاس افسردگی بک ۰/۵۲ بوده است (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در ایران با نمونه‌ای به حجم ۳۹۸ نفر، از سوی نشاط‌دوست و همکاران ۹۲٪ به‌دست‌آمد و روایی محتوایی آن نیز توسط ۴ متخصص مطلوب گزارش شد. همچنین برای بررسی روایی صوری پرسش‌نامه از ۱۰ متخصص (روان‌شناس و روان‌پزشک) نظرخواهی شد که همگی توانایی پرسش‌نامه را در بررسی شادمانی شرکت‌کنندگان تأیید نمودند (۲۰). آزمون بازنگری‌شده جهت‌گیری زندگی (LOT-R) تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی و بدبینی را می‌سنجد (۲۱). این مقیاس ۸ گویه‌ای میزان انتظارات افراد را راجع به پیامدهای زندگی ارزیابی می‌کند و شامل ۴ گویه با عبارت مثبت و ۴ گویه با عبارات منفی است. گویه‌های ۱، ۳، ۴ و ۷ مثبت بوده و به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و گویه‌های ۲، ۵، ۶ و ۸ منفی بوده و به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا میزان توافقشان را برای هریک از گویه‌ها براساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای درجه‌بندی کنند که دامنه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) دارد (۲۱). پایایی با شیوه همسانی درونی توسط سازندگان آزمون بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۱). جهت تعیین روایی همگرای آزمون در ایران از همبستگی LOT با ۵ عامل مقیاس ناامیدی بک استفاده شد. معناداری همبستگی عامل اول، چهارم، پنجم و نمره کلی مقیاس ناامیدی بک با مقیاس خوش‌بینی-بدبینی نشان‌دهنده اعتبار قابل قبول آزمون جهت‌گیری زندگی است. همچنین، پایایی بازآزمایی این ابزار بر روی ۲۷ نفر دانش‌آموز پیش‌دانشگاهی با فاصله ۱۰ روز و با اعتبار ۰/۷ بود (۲۲).

فرم اصلی مقیاس ارتقای سلامت نوجوانی (AHP) توسط وانگ و همکاران (۲۳) تهیه و تدوین شده است و پس از ترجمه و بررسی شواهد روانسنجی توسط محقق در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. این مقیاس شامل ۴۰ گویه است که شش بعد رفتارهای مرتبط با سلامت (رفتارهای مربوط به تغذیه، حمایت اجتماعی، فهم ارزش و قدر سلامتی و زندگی، مسئولیت‌پذیری در امور بهداشتی، مدیریت استرس، و فعالیت بدنی) را اندازه‌گیری می‌کند. فراوانی رفتارهای گزارش‌شده با استفاده از یک طیف لیکرت پنج نقطه‌ای از ۱ "هرگز"، ۲ "به‌ندرت"،

می‌دهند که طی سه گام با افزودن متغیر یا متغیرهای جدیدی به گام قبلی، متغیرها به گونه‌ای معنادار می‌توانند انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را پیش‌بینی کنند (جدول ۱).

در گام اول، برپایه نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون، تأثیر متغیر خوش‌بینی بر انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، معنادار است و این متغیر قادر است تغییرات مربوط به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را پیش‌بینی کند (جدول ۱). همچنین رابطه این متغیر با اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، معنادار است ($R=0/646$) و در مجموع ۴۲٪ انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌نماید. سهم خوش‌بینی در تبیین انجام رفتارهای مرتبط با سلامت برابر با ۰/۴۲ است. در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، این متغیر قادر به تبیین ۰/۴۱ واریانس انجام رفتارهای مرتبط با سلامت است ($Adj R^2 = 0/414$). در گام دوم، تأثیر دو متغیر خوش‌بینی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، معنادار است و این دو متغیر قادرند تغییرات مربوط به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را پیش‌بینی کنند (جدول ۱). همچنین رابطه این دو متغیر با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت معنادار است ($R=0/72$) و در مجموع ۵۲٪ انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌نمایند. در این گام، سهم وضعیت اجتماعی-اقتصادی در تبیین انجام رفتارهای مرتبط با سلامت برابر با ۰/۱۰۴ است. در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز این دو متغیر قادر به تبیین ۰/۵۲ واریانس انجام رفتارهای مرتبط با سلامت هستند ($Adj R^2 = 0/517$). در گام سوم نیز تأثیر سه متغیر خوش‌بینی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و شادکامی بر انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، معنادار است و این سه متغیر قادرند تغییرات مربوط به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را پیش‌بینی کنند (جدول ۱). همچنین رابطه این سه متغیر با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت معنادار است ($R=0/737$) و در مجموع ۵۴٪ انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌نمایند. در این گام سهم شادکامی در تبیین انجام رفتارهای مرتبط با سلامت برابر با

افراد نمونه بین ۱۸-۳۷ سال با میانگین سنی ۲۵/۳ و انحراف معیار ۴/۲ سال می‌باشد. میانگین نمره رفتارهای مرتبط با سلامت برابر با $98/6 \pm 10/2$ ، میانگین نمره خوش‌بینی برابر $31/7 \pm 9/4$ و میانگین نمره شادکامی برابر $28/9 \pm 8/7$ به دست آمده است.

در این مطالعه، همبستگی بین سن، خوش‌بینی و شادکامی با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت به ترتیب $-0/12$ ، $0/64$ و $0/61$ بود که از این بین همبستگی خوش‌بینی و شادکامی با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت معنادار بود ($P < 0/001$). همچنین، بین جنس با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، همبستگی غیرمعنادار برابر $0/07$ وجود داشت ($P > 0/05$) و بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت همبستگی معناداری برابر $0/54$ مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین بین نمرات خوش‌بینی و شادکامی با سن همبستگی برابر با $0/16$ و $0/79$ وجود دارد و همبستگی بین شادکامی و خوش‌بینی برابر $0/79$ می‌باشد. پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون، توزیع داده‌ها با بررسی هم‌خطی چندگانه (Multicollinearity) به کمک آماره تولرانس (Tolerance)، داده‌های پرت (Outliers)، نمودارهای مانده و داده‌های مفقود بررسی شد و داده‌ها شرایط استفاده از این آزمون آماری را داشتند. با تعیین آماره تولرانس برای تمامی متغیرهای پیش‌بین از طریق انجام تحلیل رگرسیون در حالتی که متغیرهای دیگر بر آن متغیر برگشت داده شدند، مشخص شد که آماره تولرانس در پیش‌بینی اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت در سه گام تحلیل به ترتیب دارای ضرایب بین $0/35$ تا $1/0$ است که در واقع حاکی از عدم هم‌خطی و نیز حاکی از ثبات مدل رگرسیونی است. همچنین مقدار VIF برای هر متغیر در سه گام تحلیل برای اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت به ترتیب در دامنه $1/00$ تا $1/93$ قرار داشتند. مقدار دوربین-واتسن در پیش‌بینی اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت برابر با $1/583$ می‌باشد و بنابراین فرض همبستگی پس‌ماندها نیز رد می‌شود. همچنین روابط همبستگی بین متغیرها در دو تحلیل کمتر از $0/9$ است که به معنای آن است که هم‌خطی بین متغیرها وجود ندارد. یافته‌ها نشان

جدول ۱- تحلیل واریانس مدل رگرسیون گام به گام در تعیین سهم متغیرهای پیش‌بین در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت

مدل رگرسیون	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	سطح معناداری	R	R ²	Adj R ²
۱- خوش‌بینی	۲۷۴۴۹/۱۲	۱	۲۷۴۴۹/۱۲	۹۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	۰/۴۱۷	۰/۴۱۴
رگرسیون								
باقی‌مانده	۳۸۳۹۹/۹	۲۱۵	۱۷۸۶/۰					
کل	۶۵۸۴۸/۵۰	۲۱۶						
۲- خوش‌بینی + وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۳۴۳۲۰/۲۳	۲	۱۷۱۶۰/۱۱	۶۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲	۰/۵۲۱	۰/۵۱۷
رگرسیون								
باقی‌مانده	۳۱۵۲۷/۸۰	۲۱۴	۱۴۷۳۲/۲۶					
کل	۶۵۸۴۸/۵۰	۲۱۶						
۳- خوش‌بینی + وضعیت اجتماعی-اقتصادی + شادکامی	۳۵۸۰۴/۹۲	۳	۱۱۹۳۴/۹۵	۳۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷	۰/۵۴۴	۰/۵۳۷
رگرسیون								
باقی‌مانده	۳۰۰۴۴/۱۱	۲۱۳	۱۴۱۰/۵۳					
کل	۶۵۸۴۸/۵۰	۲۱۶						

مرتبط با سلامت دانشجویان در گام نهایی (گام سوم) این مطالعه بر مبنای متغیرهای پیش بین عبارت است از:

$$\text{انجام رفتارهای مرتبط با سلامت} = ۹/۴۶۶ + (\text{خوش بینی}) \cdot ۰/۳۲۰ + (\text{وضعیت اجتماعی - اقتصادی}) \cdot ۰/۳۳۸ + (\text{شادکامی}) \cdot ۰/۲۴۷$$

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش بین شادکامی، خوش بینی و وضعیت جمعیت شناختی در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت بر روی نمونه ی از نوجوانان دانش آموز ایرانی اجرا شده است. نتایج مطالعه نشان دادند که از میان متغیرهای پیش بین این مدل، شادکامی، خوش بینی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی با انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، رابطه ای معنادار دارند و نیز به طور معناداری می توانند انجام رفتار مرتبط با سلامت دانش آموزان دبیرستانی را پیش بینی کنند.

این نتایج با یافته های پژوهش های قبلی (۵، ۸، ۱۰ و ۱۴) در این زمینه همسو است. گرنت و همکاران (۱) و ناو و همکاران (۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که رضایت از زندگی و شادکامی، تعیین کننده مهم اقدام به رفتارهای بهداشتی و سالم است. در مطالعه گرنت (۱) نشان داده شد که افرادی که تمرینات فیزیکی روزانه انجام می دادند، هر روز صبحانه می خوردند و میوه و سبزیجات مصرف می کردند، بسیار شادکام بودند و شادکامی درونی افرادی که داروهای آرام بخش و یا هر نوع داروی دیگری مصرف می کردند، کاهش یافته بود. افراد سیگاری نیز شادکامی درونی پایینی داشتند. در مجموع این یافته های هم گرا حاکی از آن است که شادکامی با حیطة ای از نتایج مثبت برای سلامتی و رفتارهای سالم همراه شده است. شادکامی با تنظیم واکنش های بیولوژیکی مساعد برای مدیریت استرس، تدبیر عاقلانه سبک زندگی با درگیر شدن در ورزش و فعالیت های بدنی به طور روزانه، مصرف میوه و سبزیجات، خوردن صبحانه و ناهار مناسب، کاهش سیگار کشیدن با اتخاذ سبک زندگی سالم و انجام رفتارهای سالم همراه است. از طرفی در تبیین این موضوع می توان گفت که شادکامی می تواند در نحوه

در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، این سه متغیر قادر به تبیین ۵۴٪ واریانس انجام رفتارهای مرتبط با سلامت هستند ($\text{Adj } R^2 = ۰/۵۳۷$). در این مدل رگرسیونی، دو متغیر جنس و سن، سهم معناداری در پیش بینی انجام رفتارهای مرتبط با سلامت دانشجویان نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

ضریب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می دهد که این سه متغیر می توانند اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت را به گونه ای معنادار تبیین کنند که این تبیین از طریق ورود هر سه متغیر در سومین گام تحلیل می باشد. در بین این متغیرها، متغیر خوش بینی مهم تر از بقیه متغیرها است. وزن خوش بینی ($B = ۱/۸۹۰$)، ($t = ۴/۱۴۱$) و ($P < ۰/۰۰۱$) نشان می دهد که این متغیر با اطمینان ۹۹٪ می تواند در کنار دیگر متغیرها تغییرات مربوط به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت این نمونه پژوهشی را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن خوش بینی ۳۲۰٪ (Beta) خواهد بود. در نهایت اینکه هر چه خوش بینی بالاتر باشد، انجام رفتارهای مرتبط با سلامت افزایش می یابد. وزن وضعیت اجتماعی - اقتصادی ($B = ۲/۷۵۱$)، ($t = ۶/۷۲۲$) و ($P < ۰/۰۰۱$) نشان می دهد که این متغیر با اطمینان ۹۹٪ می تواند در کنار خوش بینی و شادکامی تغییرات مربوط به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت این نمونه پژوهشی را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن وضعیت اجتماعی - اقتصادی ۳۳۸٪ (Beta) خواهد بود. در نهایت اینکه هر چه وضعیت اجتماعی - اقتصادی در فرد بالاتر و یا مطلوب تر باشد، انجام رفتارهای مرتبط با سلامت افزایش می یابد. وزن شادکامی ($B = ۱/۵۵۸$)، ($t = ۳/۲۴۷$) و ($P < ۰/۰۰۱$) نشان می دهد که این متغیر با اطمینان ۹۹٪ می تواند در کنار خوش بینی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی تغییرات مربوط به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن شادکامی ۲۴۷٪ (Beta) خواهد بود. در نهایت این که هر چه شادکامی بالاتر باشد، انجام رفتارهای مرتبط با سلامت افزایش می یابد (جدول ۲).

جدول ۲- برآورد ضرایب رگرسیون برای متغیرهای پیش بین انجام رفتارهای مرتبط با سلامت

گام	متغیرهای پیش بین	B	Beta	t	سطح معناداری
۱	مقدار ثابت	۱۱۶/۶۷۱		۱۱/۴۷۷	۰/۰۰۱
	خوش بینی	۳/۸۱۱	۰/۶۴۶	۱۲/۳۹۷	۰/۰۰۱
۲	مقدار ثابت	۹۹/۳۵۵		۱۰/۳۷۷	۰/۰۰۱
	خوش بینی	۳/۰۱۶	۰/۵۱۱	۹/۹۷۳	۰/۰۰۱
	وضعیت اجتماعی - اقتصادی	۲۵/۶۳۰	۰/۳۵۰	۶/۸۲۹	۰/۰۰۱
۳	مقدار ثابت	۹۱/۵۵۸		۹/۴۶۶	۰/۰۰۱
	خوش بینی	۱/۸۹۰	۰/۳۲۰	۴/۱۴۱	۰/۰۰۱
	وضعیت اجتماعی - اقتصادی	۲/۷۵۱	۰/۳۳۸	۶/۷۲۲	۰/۰۰۱
	شادکامی	۱/۵۵۸	۰/۲۴۷	۳/۲۴۷	۰/۰۰۲

سن و جنس در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی در این نمونه ایرانی مهم‌تر هستند.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشته است که در استفاده از نتایج و انجام بررسی‌های بعدی باید به آنها توجه کرد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی، بروز خستگی افراد نمونه برای همکاری در پژوهش و حجم پایین نمونه پژوهشی، از محدودیت‌هایی است که توجه به آنها در تعمیم یافته‌ها مهم است. همچنین در زمینه پیشینه پژوهش به دلیل عدم پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های ایرانی، دسترسی به پژوهش‌های داخلی و یافته‌های آنها بسیار دشوار بود.

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، در پیش‌بینی اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی مهم هستند. نتایج این پژوهش برای متخصصان بالینی در حوزه‌های ارتقای سلامت جسمانی و روانشناسی اجتماع‌نگر، مراکز مشاوره و راهنمایی آموزش و پرورش، مراکز بهداشت مدارس، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی نوجوانان - با توجه به نقش پیش‌بین این عوامل در رفتارهای مرتبط با سلامت - اهمیت کاربردی و عملی دارد. با مداخله در این عوامل می‌توان برنامه‌ریزی مطلوبی برای تقویت رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز کاهش بروز بیماری‌ها در دانش‌آموزان داشت. از آنجایی که طبق نتایج به دست آمده، شادکامی و خوش‌بینی از عوامل پیش‌بین مطلوب برای رفتارهای سالم محسوب می‌شوند، اهتمام در بهبود آنها یا آموزش‌های مربوطه و نهاده‌سازی این دو عامل در کودکان و نوجوانان - به خصوص در زمان شکل‌گیری رفتارها - توصیه می‌شود، که آن هم با توجه به ساختار فرهنگی و برنامه‌ریزی سازمان‌های متولی سلامت میسر خواهد شد. همچنین پیشنهاد می‌شود با محوریت‌زدایی و ارتقای عدالت اجتماعی در زمینه دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی، زمینه انجام رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان بیش از این فراهم گردد تا سلامتی آنان و نیز سلامتی کلی جامعه ارتقا یابد.

تشکر و قدردانی

از دانش‌آموزان عزیز که در دبیرستان‌های شهرستان سمنان مشغول به تحصیل هستند و به ما در این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Grant N, Wardle J, Steptoe A. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *Int J Behav Med* 2009;16:259-268.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al. Division of Adolescent and School Health, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC. Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2012;61(4):1-162.

ارزیابی شناختی افراد درمورد استرس و فشارهای زندگی تأثیر داشته باشد. در نتیجه اگر فرد از زندگی خود لذت ببرد، رفتارهای مناسب‌تری برای بهبود آن به کار می‌گیرد، در غیر این صورت به رفتارهای خودشکنی می‌پردازد که می‌تواند مخرب باشد. به این طریق، شادکامی یک پیش‌بینی‌کننده مؤثر در بروز رفتارهای سالم است.

در این رابطه که خوش‌بینی نقش پیش‌بینی‌کننده معناداری در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت دارد، می‌توان به پژوهش جونز و همکاران (۲۵) اشاره کرد که حاکی از آن است که خوش‌بینی، بر اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت در نوجوانان تأثیر می‌گذارد که به نوبه خود نیز بر خوش‌بینی درباره مشکلات احتمالی آتی درمورد سلامتی اثر دارد. دیلارد و همکاران (۲۶) نشان دادند که خوش‌بینی غیرواقعی‌گرایانه و کاذب، اثر منفی و مخربی بر رفتارهای سالم و سلامتی دارد. می‌توان استدلال کرد که خوش‌بینی و خوشایندبودن، اثرات مثبتی بر رفتارهای سلامتی پیشگیرانه دارند که این رفتارهای سالم، به نوبه خود تأثیر مثبت و مستقیمی بر خوش‌بینی بعدی خواهند داشت. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که رفتارهای سالم حیطه وسیعی از انواع فعالیت‌ها و رفتارها را شامل می‌شود که به شدت به سبک زندگی فرد ارتباط دارند و یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی سبک زندگی نیز خوش‌بینی است.

در این مطالعه عوامل اجتماعی-اقتصادی نیز در انجام رفتار سالم نقش معناداری داشتند. فخاری و همکاران (۲۷) نشان دادند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، موانع بسیاری را در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت فراهم می‌سازد و بهبود وضعیت اجتماعی-اقتصادی تأثیر مهمی در مبادرت به رفتارهای مرتبط با سلامت دارد. مطالعات واسلسکا و همکاران (۲۸) و گوپینات (۲۹) نیز نشان دادند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی مطلوب در انجام فعالیت منظم بدنی و کنترل چاقی در دانش‌آموزان تأثیر مهمی دارد. در این زمینه می‌توان استدلال کرد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی، به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های ساختاری سلامت در تنظیم رفتار بهداشتی و نحوه استفاده از خدمات بهداشتی نقش دارد و نامناسب بودن اوضاع اجتماعی-اقتصادی مانع از درگیر شدن در رفتارهای مرتبط با سلامت خواهد بود.

علی‌رغم اهمیت سن و جنس در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت در دانش‌آموزان در مطالعات قبلی (۳۰، ۳۱ و ۳۲)، در پژوهش حاضر این دو عامل نقش معناداری در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت نداشتند. در زمینه این یافته متعارض می‌توان استدلال نمود که تفاوت‌های فرهنگی و جمعیت‌شناختی بارز نمونه‌ها، ابزارهای مختلف مورد استفاده و نمونه‌های متفاوت آماری، احتمالاً می‌توانند نتایج متفاوتی را به همراه داشته باشند. از طرفی می‌توان نتیجه گرفت که شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در مقایسه با عامل

3. Chang YJ, Lin W, Wong Y. Survey on eating disorder-related thoughts, behaviors, and their relationship with food intake and nutritional status in female high school students in Taiwan. *J Am Coll Nutr*.2011;3(1):39-48.
4. Blank L, Grimsley M, Goyder E, Ellis E, Peters J. Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health. *J Public Health* 2007;29:236-245.
5. Kim Y. Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Cent Eur J Public Health* 2011;19(4):205-9.
6. Gouva M, Damigos D, Kaltsouda A, Bouranta P, Tsaouri S, Mavreas V, et al. Psychological Risk Factors in Acute Leukemia. *Interscientific Health Care* 2009;1:16-20.
7. Oyeyemi YA, Abdulkarim A, Oyeyemi BO. The influence of knowledge and sociodemographics on AIDS perception and sexual practices among secondary school students in Nigeria. *Afr Health Sci* 2011;11(1):67-76.
8. Piqueras JA, Kuhne W, Vera-Villarreal P, van Straten A, Cuijpers P. Happiness and health behaviours in Chilean college students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2011;11:443.
9. Roysamb E, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T, Neale MC, Harris JR. Happiness and health: environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *J Pers Soc Psychol* 2003;85:1136-1146.
10. Roberts ME, Gibbons FX, Gerrard M, Alert MD. Optimism and adolescent perception of skin cancer risk. *Health Psychol* 2011 Nov;30(6):810-3.
11. Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M. A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes. *Scand J Psychol* 2010;51(3):246-52.
12. Balaji AB, Eaton DK, Voetsch AC, Wiegand RE, Miller KS, Doshi SR. Association between HIV-related risk behaviors and HIV testing among high school students in the United States, 2009. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166(4):331-6.
13. Hatch SL, Frissa S, Verdecchia M, Stewart R, Fear NT, Reichenberg A, et al. Identifying socio-demographic and socioeconomic determinants of health inequalities in a diverse London community: the South East London Community Health (SELCoH) study. *BMC Public Health* 2011;11:861.
14. Duncan A, Wilson C, Cole S, Mikock-Walus A, Turnbull D, Young G. Demographic associations with stage of readiness to screen for colorectal cancer. *Health Promotion Journal of Australia* 2009;20(1):7-12.
15. Mezuk B, Rafferty JA, Kershaw KN, Hudson D, Abdou CM, Lee H, et al. Reconsidering the role of social disadvantage in physical and mental health: stressful life events, health behaviors, race and depression. *Am J Epidemiol* 2010;172:1238-1249.
16. Carvalho PD, Barros MV, Lima RA, Santos CM, Mélo EN. Health risk behaviors and psychosocial distress indicators in high school students. *Cad Saude Publica* 2011;27(11):2095-105.
17. Shamshiri Milani H, Abadi AR, Helmzadeh Z, Abachizadeh K. Prevalence of Ecstasy use and predisposing factors among Iranian female high school students. *J Pak Med Assoc* 2011;61(6):566-71.
18. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences* 1990;11:1011-1017.
19. Hills P, Argyle M. Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences* 2001; 31: 1327-1364.
20. Neshat-Doost HT, Mehrabi HA, Kalantari M, Palahang H, Soltani I. Predicting Factors of Happiness in Wives of Mobarekeh Steel Company Personnel. *Journal of Family Research* 2008;3 (3): 669-681.[Persian].
21. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67(6): 1063-78.
22. Mousavi Nasab SMH, Taghavi SM, Mohammadi N. Optimism and Stress Appraisal: Evaluation of two Theoretical Models in Prediction of Psychological Adjustment. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2006;13(2):111-120.[Persian].
23. Wang D, Ou CQ, Chen MY, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health* 2009, 9:379.
24. Nave CS, Sherman RA, Funder DC. Beyond self-report in the study of hedonic and eudaimonic well-being: Correlations with acquaintance reports, clinician judgments and directly observed social behavior. *J Res Pers* 2008, 42:643-659.
25. Jones T, DeMore M, Cohen LL, O'Connell C, Jones D. Childhood healthcare experience, healthcare attitudes, and optimism as predictors of adolescents' healthcare behavior. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15(3):234-40.
26. Dillard AJ, Midboe AM, Klein WM. The dark side of optimism: unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Pers Soc Psychol Bull* 2009;35(11):1540-50.
27. Fakhri M, Hamzehgardeshi Z, Hajikhani Golchin NA, Komili A. Promoting menstrual health among persian adolescent girls from low socioeconomic backgrounds: a quasi-experimental study. *BMC Public Health* 2012;12:193.
28. Veselska Z, Madarasova Geckova A, Reijneveld SA, van Dijk JP. Socio-economic status and physical activity among adolescents: the mediating role of self-esteem. *Public Health* 2011;125(11):763-8.
29. Gopinath B, Baur LA, Burlutsky G, Robaei D, Mitchell P. Socio-economic, familial and perinatal factors associated with obesity in Sydney school children. *J Paediatr Child Health* 2012;48(1):44-51.
30. Gabrhelik R, Duncan A, Lee MH, Stastna L, Furr-Holden CD, Miovsky M. Sex specific trajectories in cigarette smoking behaviors among students participating in the Unplugged school based randomized control trial for substance use prevention. *Addict Behav* 2012;37(10):1145-50.
31. Sánchez-López Mdel P, Cuellar-Flores I, Dresch V. The impact of gender roles on health. *Women Health* 2012;52(2):182-96.
32. Teevale T, Robinson E, Duffy S, Utter J, Nosa V, Clark T, et al. Binge drinking and alcohol-related behaviours amongst Pacific youth: a national survey of secondary school students. *N Z Med J* 2012;125(1352):60-70.