

ارتباط بین اعتماد به نفس و خود کارآمدی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (۱۳۸۴)

دکتر سید سعید مظلومی محمودآباد*

دانشیار گروه مبارزه با بیماری‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

علی مهری

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزوار، ایران

دکتر محمدعلی مروتنی شریف‌آباد

استادیار گروه مبارزه با بیماری‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

زمینه: رفتارهای بهداشتی فعالیت‌هایی هستند که صرف نظر از وضعیت سلامت واقعی یا مشاهده شده توسط فرد با هدف حفظ، حمایت و ارتقاء سلامت انجام می‌شود. شواهدی مبنی بر ارتباط مستقیم بین سطح انجام رفتارهای بهداشتی و انگیزش تحصیلی و نیز پیشرفت تحصیلی دانشجویان و دانش‌آموزان وجود دارد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط رفتارهای بهداشتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی و ارتباط آن با اعتماد به نفس و خود کارآمدی آنان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه همبستگی، نمونه پژوهش ۳۰۹ نفر دانشجوی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از مقاطع مختلف انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه‌ای که روایی آن از طریق نظر سنجی از متخصصین و پایایی ثبات درونی آن با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (در بخش اعتماد به نفس ۰/۷۸، خودکارآمدی ۰/۸۷ و رفتارهای مربوط به سلامت ۰/۷۴) مورد تأیید قرار گرفته بود، جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: طبق نتایج پژوهش، دانشجویان در مجموع ۶۰/۷ درصد نمره اعتماد به نفس، ۶۲/۳ درصد نمره خودکارآمدی و ۷۴/۸ درصد نمره رفتارهای بهداشتی را کسب کردند. بین رفتارهای بهداشتی با اعتماد به نفس و خودکارآمدی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (به ترتیب $P=0/013$ ، $r=0/14$ و $r=0/001$ ، $r=0/31$). در آنالیز رگرسیون مشخص شد که سن، جنس، بعد خانوار، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و تحصیلات والدین در مجموع ۱۵/۹ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را توضیح می‌دهد که در بین این متغیرها اثر خودکارآمدی بر روی رفتارهای بهداشتی بیش از سایر متغیرها بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، رفتارهای بهداشتی دانشجویان نسبتاً مطلوب اما رفتارهای بهداشتی مربوط به تحرک و فعالیت فیزیکی، ضعیف بود. نتایج این بررسی رابطه بین اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی را تأیید می‌کند. با توجه به همبستگی اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی دانشجویان و نقش این متغیرها در پیشرفت تحصیلی دانشجویان باید با برنامه‌ریزی، ارتقاء اعتماد به نفس و خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی دانشجویان مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اعتماد به نفس، خودکارآمدی، رفتارهای بهداشتی، دانشجو

* نویسنده مسؤول: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

مقدمه

دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور می‌باشند (۱) که به دلیل واقع شدن در دوره جوانی در یک دوره بحرانی برای اتخاذ رفتارهای بهداشتی قرار دارند (۲،۳). رفتارهای بهداشتی که در طی این دوره شکل می‌گیرند، اثر نگهدارنده‌ای بر سلامت فرد در دوران‌های بعدی زندگی دارند (۴). بسیاری از الگوهای رفتاری غیربهداشتی که در دوران جوانی به وجود می‌آیند، پایه و اساس الگوهای رفتاری غیربهداشتی طولانی مدت افراد را در بزرگسالی تشکیل می‌دهند. شناسایی عواملی که منجر به این الگوهای رفتاری می‌شود می‌تواند شیوع این رفتارها را در جوانی و بزرگسالی کاهش دهد (۵).

تئوری یادگیری اجتماعی که ارتباط بین شناخت درونی و رفتار را ثابت می‌کند بر این امر تاکید دارد که فاکتورهای شخصیتی مانند خودپنداره (Self-concept)، خودکنترلی (Self-control)، خودکارآمدی (Self-efficacy) و اعتماد به نفس (Self-esteem) بر کلیه رفتارها، از جمله بر رفتارهای بهداشتی تأثیر می‌گذارند (۶).

اعتماد به نفس از تفاوت بین خود ادراک شده (یک تصویر عینی از خود) و خود ایده‌آل (آنچه که شخص با ارزش می‌داند یا می‌خواهد دوست داشته باشد) نشأت می‌گیرد، به طوری که تفاوت و فاصله زیاد این دو منجر به اعتماد به نفس پایین می‌شود و تفاوت و فاصله کم، حاکی از اعتماد به نفس بالاست (۷). از جمله راه‌هایی که اعتماد به نفس می‌تواند بر سلامت افراد تأثیر بگذارد، انتخاب نوع رفتار بهداشتی می‌باشد (۸). گلاسر (Glaser)، بیان می‌کند که افراد دارای اعتماد به نفس پایین، مشکلات بهداشتی بیشتری نسبت به افراد با اعتماد به نفس بالا دارند (۹). نتایج بررسی‌های دیگر نشان داد که رابطه معنی‌داری بین اعتماد به نفس و رفتارهای بهداشتی وجود دارد (۳).

خودکارآمدی به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام یک عمل می‌باشد و می‌تواند مردم را به اتخاذ

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت، قادر سازد (۱۰). به علاوه، شواهدی وجود دارد که بالا رفتن سطح خود کارآمدی باعث افزایش انگیزش تحصیلی می‌شود (۱۱).

از آنجایی که رفتارهای بهداشتی مثبت در ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی آینده یکی از اهداف مهم دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد، و چندین مطالعه همبستگی معنی‌دار بین رفتارهای بهداشتی و پیشرفت تحصیلی را تأیید نموده است (۷،۱۲) و در عین حال در کشور ما تاکنون چنین مطالعه‌ای صورت نگرفته است لذا این مطالعه با هدف، تعیین وضعیت خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی در دانشجویان طراحی و اجرا گردید تا از نتایج آن برای ارائه راهکارهایی مناسب جهت افزایش پیشرفت تحصیلی در دانشجویان استفاده گردد.

روش کار

در این مطالعه تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، جامعه مورد بررسی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ بودند که در مقاطع کاردانی (۶۴۰ نفر)، کارشناسی (۶۵۶ نفر) و کارشناسی ارشد و دکتری (۸۴۹ نفر) مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه ۳۰۹ نفر بر آورده گردید که به نسبت از هر مقطع به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود که به روش خود-ایفا تکمیل گردید. پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال در چهار بخش بود: بخش اول از ۱۰ سؤال پرسشنامه استاندارد اعتماد به نفس روزنبرگ (Rosenberg) تشکیل شده بود (۱۳) که اعتماد به نفس دانشجویان را مورد سنجش قرار می‌داد. پاسخ به این سؤالات بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) بود که از صفر تا ۳ نمره داده می‌شد. بنابراین دامنه نمرات ۰-۳۰ بود. نمره بالاتر از ۲۵ به عنوان اعتماد به نفس خوب، نمره ۲۵-۱۵ به عنوان اعتماد

پرسشنامه‌ها پس از اتمام کلاس درس بین دانشجویان توزیع گردید و با نظارت یکی از اعضای تیم تحقیق، تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم افزار آماری SPSS V.11.5 وارد و توسط آزمون‌های آماری t ، آنالیز واریانس یک طرفه، آنالیز رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون، تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

جمعیت مورد بررسی ۳۰۹ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یزد بودند که ۲۹/۸ درصد (۹۲ نفر) آنان در مقطع کاردانی، ۳۰/۷ درصد (۹۵ نفر) در مقطع کارشناسی و ۳۹/۵ درصد (۱۲۲ نفر) در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بودند. سن دانشجویان از حداقل ۱۸ تا حداکثر ۳۹ سال و میانگین (انحراف معیار \pm) سنی آنان ۲۱/۴ (۳/۶ \pm) سال بود. ۲۴/۷ درصد جامعه مورد بررسی را پسران و ۷۵/۳ درصد را دختران تشکیل می‌دادند، ۸۵/۳ درصد آنها مجرد و ۱۴/۷ درصد متأهل بودند. از نظر تحصیلات والدین، ۴ درصد پدران دانشجویان بی‌سواد بودند، ۳۶/۲ درصد تا مقطع ابتدایی و راهنمایی، ۲۴/۹ درصد تا سطح دبیرستان و دیپلم، تحصیل کرده بودند و ۳۴/۹ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۵/۷ درصد مادران دانشجوی بی‌سواد بودند، ۴۶/۶ درصد تا مقطع ابتدایی و راهنمایی، ۲۹ درصد تا سطح دبیرستان و دیپلم تحصیل کرده بودند و ۱۸/۷ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۴ درصد پدران دانشجو کارمند، ۵۲/۱ درصد شغل آزاد و ۳/۹ درصد کارگر بودند. از طرفی ۱۸/۸ درصد مادران دانشجو کارمند، ۸۰/۸ درصد خانه دار و ۰/۴ درصد کارگر بودند. ۵۲/۵ درصد خانواده دانشجویان درآمد ۳۰۰-۱۰۰۰، ۴۱/۸ درصد درآمد >300 و ۵/۷ درصد درآمد <100 هزار تومان داشتند. میانگین (انحراف معیار \pm) بعد خانوار دانشجویان ۵/۶ (۱/۶ \pm) بود.

میانگین، انحراف معیار و محدوده نمرات قابل اکتساب سازه‌های اعتماد به نفس، خودکارآمدی، و رفتارهای بهداشتی

به نفس متوسط و نمره <15 به عنوان اعتماد به نفس پایین در نظر گرفته شدند. پایایی ثبات درونی این بخش از پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود.

بخش دوم نیز از ۱۰ سؤال نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد (General Self efficacy) تشکیل شده بود (۱۴) که خود کارآمدی دانشجویان را مورد سنجش قرار می‌داد. پاسخ هر سؤال از چهار گزینه (اصلاً صحیح نیست، کمی صحیح است، تاحدی صحیح است، کاملاً صحیح است) تشکیل شده بود که از ۳-۰ نمره داده می‌شد. بنابراین دامنه نمرات بین ۳۰-۰ بود. افراد با نمره >25 به عنوان افراد با خودکارآمدی بالا، نمره ۲۵-۱۵ خود کارآمدی متوسط و افراد با نمره <15 به عنوان افراد با خودکارآمدی پایین در نظر گرفته شدند. پایایی ثبات درونی این بخش از پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

بخش سوم، از ۲۱ سؤال پژوهشگر- ساخته در خصوص رفتارهای مرتبط با سلامت تشکیل شده بود که رفتارهای بهداشتی شامل کنترل استرس، فعالیت ورزشی، عادات غذایی مناسب و رفتارهای بهداشت دهان و رفتارهای پرخطر شامل مصرف سیگار و دارو را مورد سنجش قرار می‌داد. پاسخ به این سؤالات براساس مقیاس سه گزینه‌ای (بیشتر اوقات، گاهی اوقات، هیچ وقت) صورت می‌گرفت و به هر سؤال از ۳-۱ نمره داده شد که به طور کلی دامنه نمرات بین ۶۳-۲۱ را در بر می‌گرفت. نمرات <45 به عنوان وضعیت ضعیف، ۴۹-۴۵ به عنوان وضعیت متوسط و نمرات >49 به عنوان وضعیت خوب از نظر رفتارهای بهداشتی در نظر گرفته شدند. روایی محتوی و صوری این بخش از پرسشنامه به وسیله پانل خبرگان و پایایی ثبات درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت ($\alpha=0/74$).

بخش چهارم پرسشنامه حاوی مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد خانواده، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر و بعد خانوار) بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها بعد از انتخاب کلاس‌ها،

می‌دهد. در بین این متغیرها پیش‌گویی‌کنندگی متغیرهای خودکارآمدی، جنس و تحصیلات مادر معنی‌دار بود، به طوری که با افزایش تحصیلات مادر و میزان خودکارآمدی، رفتارهای بهداشتی بیشتر می‌شود و در مورد جنس نیز احتمال انجام رفتارهای بهداشتی در آزمودنی‌های مؤنث بیش از آزمودنی‌های مذکر می‌باشد که در این میان، میزان پیش‌گویی خودکارآمدی $(\beta=0/31)$ بیش از سایر متغیرها می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۲: مقایسه نمره رفتارهای بهداشتی دانشجویان برحسب

تحصیلات والدین و شغل پدر

p.value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیرها	
				مادر	پدر
P=0/0001	6/5	43/5	12	بی سواد	تحصیلات والدین
	5/1	45/6	109	ابتدایی و راهنمایی	
	6/3	48/1	75	دبیرستان و دیپلم	
	4/8	48/1	105	بالتر از دیپلم	
P=0/001	6/2	45/0	17	بی سواد	تحصیلات والدین
	4/7	45/9	140	ابتدایی و راهنمایی	
	6/1	47/9	87	دبیرستان و دیپلم	
	5/3	48/8	56	بالتر از دیپلم	
P=0/024	4/7	47/7	124	کارمند	شغل پدر
	6/0	46/8	147	آزاد	
	5/4	43/2	11	کارگر	

جدول ۳: آنالیز رگرسیون متغیرهای مرتبط با رفتارهای بهداشتی

R ²	P. value	بتا استاندارد شده	متغیرهای مستقل
0/159	0/646	0/030	سن
	0/854	0/012	بعد خانوار
	0/000	0/309	خودکارآمدی
	0/453	0/055	اعتماد به نفس
	0/005	0/182	جنس
	0/549	0/049	تحصیلات پدر
	0/039	0/181	تحصیلات مادر

(شامل رفتارهای پرخطر، عادات غذایی، فعالیت بدنی، کنترل استرس و بهداشت دهان و دندان) در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب اعتماد به نفس، خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی دانشجویان

متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	محدوده نمره قابل اکتساب	
اعتماد به نفس	18/2 (4/3)	0-30	
خودکارآمدی	18/7 (5/5)	0-30	
رفتارهای بهداشتی	رفتارهای پرخطر	8/2 (0/9)	0-9
	عادات غذایی	11/1 (2/2)	5-15
	فعالیت بدنی	7/8 (1/6)	4-12
	کنترل استرس	6/5 (1/3)	3-9
بهداشت دهان و دندان	13/5 (2/2)	6-18	

در این بررسی تفاوت معنی‌دار آماری از نظر میانگین نمره رفتارهای بهداشتی دانشجویان با توجه به تحصیلات پدر ($P=0/0001$)، تحصیلات مادر ($P=0/001$) و شغل پدر ($P=0/024$) آنها وجود داشت. دانشجویانی که تحصیلات والدین آنها بالاتر از دیپلم و شغل پدرشان کارمند بود، میانگین نمره رفتارهای بهداشتی بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها کسب کردند (جدول ۲).

همچنین براساس نتایج این پژوهش همبستگی معنی‌داری بین رفتارهای بهداشتی با اعتماد به نفس ($r=0/14, P=0/013$) و خودکارآمدی ($r=0/31, P=0/0001$) وجود داشت. این نتیجه بیانگر آن است که با افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی در دانشجویان، میانگین نمره رفتارهای بهداشتی آنان افزایش می‌یابد. در این خصوص همبستگی خودکارآمدی و اعتماد به نفس نیز معنی‌دار بود ($r=0/14, P=0/0001$).

در آنالیز رگرسیون بین متغیرهای سن، جنس، بعد خانوار، اعتماد به نفس، خودکارآمدی، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر با رفتارهای بهداشتی مشخص شد که این هفت متغیر در مجموع ۱۵/۹ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را توضیح

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی دانشجویان ۷۴/۸ درصد نمره رفتارهای بهداشتی را کسب نمودند که تقریباً در حد متوسط بود. نتایج بررسی‌های حسین‌خانی (۱۵)، مازوجی (۱۶)، مصلی (۱۷) و قدس‌بین‌جهرمی (۱۸) نیز میانگین رفتارهای بهداشتی را در حد متوسط گزارش کردند. اسدی (۱۳۷۸) بیان می‌کند عدم رعایت رفتارهای بهداشتی را می‌توان در هر جامعه‌ای اعم از بی‌سواد، باسواد، ثروتمند یا فقیر و غیره مشاهده نمود. زیرا رفتارهای درست و نادرست بهداشتی بخشی از فرهنگ جوامع می‌باشند. مردم باید شیوه‌های درست زندگی را بشناسند و در جهت حفظ سلامت و اجتناب از بیماری عمل کنند که برای این امر آنها نیازمند برنامه آموزشی مناسب می‌باشند (۱۹).

میزان رفتارهای بهداشتی مرتبط با رفتارهای پرخطر مانند عدم استعمال دخانیات و عدم مصرف خود سرانه دارو، در حد خوب، عادات غذایی، کنترل استرس و بهداشت دهان و دندان در حد متوسط و فعالیت بدنی در حد ضعیف بود. در بررسی حسین‌خانی (۱۵) نیز استعمال دخانیات خوب، رژیم غذایی و تحرک متوسط و کنترل استرس ضعیف گزارش شده است. در بررسی مصلی (۱۷) رفتارهای بهداشتی دانشجویان بجز ورزش و استعمال دخانیات در حد متوسط یا خوب گزارش شده است. به نظر می‌رسد استعمال کم دخانیات و رعایت مصرف خودسرانه دارو توسط دانشجویان به علت تأثیر کتب درسی آنها و آموزش‌های دوران تحصیلی و آگاهی آنها از مضرات سیگار کشیدن و مصرف خودسرانه دارو باشد. علت فعالیت بدنی ضعیف دانشجویان را می‌توان به کمبود امکانات ورزشی و زندگی در محیط خوابگاه و نیز بی‌حوصلگی آنان مربوط دانست (۲۰).

نتایج نشان داد دانشجویانی که تحصیلات والدین آنها بالاتر از دیپلم و شغل پدرشان کارمند بود، میانگین نمره رفتارهای بهداشتی بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها کسب کردند (جدول ۱). اسدی به نقل از یوراواش (U.Rawash) بیان می‌کند که

مشخصات دموگرافیک، سطح اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات تأثیر مثبتی بر رفتارهای بهداشتی دارند (۱۹).

در این بررسی همبستگی مثبت معنی‌داری بین رفتارهای بهداشتی با اعتماد به نفس ($r=0/14$) و خودکارآمدی ($r=0/31$) دانشجویان مشاهده گردید ($P=0/013$). بدین معنی که هر چه اعتماد به نفس و خودکارآمدی دانشجویان افزایش پیدا می‌کرد رفتارهای ارتقاء سلامت آنان نیز افزایش پیدا می‌کرد. اعتماد به نفس بالا یک عامل مهم در سلامت و رفاه فرد در سرتاسر دوره زندگی او محسوب می‌شود. اعتماد به نفس افراد از طریق روابطشان با دیگران حفظ یا ارتقاء می‌یابد (۲۱). نتایج مطالعات متعدد نیز نشان می‌دهد که همبستگی معنی‌داری بین اعتماد به نفس و رفتارهای بهداشتی وجود دارد (۲۴، ۲۳، ۲۱، ۵، ۳).

خودکارآمدی یک درک رفتاری است که احتمال التزام به یک برنامه کاری و رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد (۲۵) و نقش اساسی در پذیرش، حفظ و دوام رفتارها دارد و مهم‌ترین فاکتور شخصی در تغییر رفتار می‌باشد (۲۶). در همین زمینه نتایج یک بررسی نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین رفتارهای بهداشتی و خودکارآمدی وجود دارد (۲۷) این نتیجه با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی دارد و بیانگر آن است که در طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت در نظر گرفتن متغیرهای روانشناختی اهمیت دارد، به طوری که اگر انگیزه‌های رفتاری و عوامل شخصی در نظر گرفته نشود کوشش برای تغییر رفتار بی‌نتیجه خواهد بود (۳).

در حالی که خودکارآمدی اثر قوی بر رفتار می‌گذارد، اعتماد به نفس نسبت به خودکارآمدی اثر محدودتری در بسیاری از ویژگی‌های رفتاری دارد (۱۵). در بررسی‌هایی که رابطه اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی را مورد بررسی قرار داده‌اند نشان داده شده است که خودکارآمدی اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و در برخی بررسی‌ها خودکارآمدی بیش از ۵۰ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین کند (۳۰-۲۸). نتایج بررسی حاضر نیز نشان

دانشجویان، طراحی و در سطح دانشگاه به اجرا درآید. بدیهی است این برنامه باید بر مبنای ارتقای اعتماد به نفس و خودکارآمدی دانشجویان باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از سرکار خانم معصومه عباسی شوازی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، که محققین را در ویرایش نهایی این مقاله یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

داد که خودکارآمدی بیشترین تأثیر را بر روی رفتارهای بهداشتی داشت ($\beta=0/31$). به نظر می‌رسد افراد زمانی برای انجام رفتارهای بهداشتی برانگیخته می‌شوند و حتی در برخورد با چالش‌ها رفتارهای بهداشتی را انجام می‌دهند که احساس کنند که بر رفتار بهداشتی شان کنترل دارند (۳۱).

با توجه به این‌که ارتباط بین رفتارهای بهداشتی و پیشرفت تحصیلی مشخص شده است، پیشنهاد می‌گردد جهت ارتقای انجام ورزش، کنترل استرس، رفتارهای بهداشت دهان و دندان و همچنین عادات غذایی مناسب و عدم استعمال دخانیات در دانشجویان، برنامه جامعی با مشارکت مرکز توسعه آموزش دانشگاه، معاونت دانشجویی و جلب مشارکت خود

منابع

۱. -سالاری هادی، بصیری مقدم کوکب. بررسی ارتباط بین تیپ شخصیتی ونستوهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد پائیز ۱۳۸۲. فصل‌نامه علمی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی سبزوار ۱۳۸۴؛ ۱۲(۱۲): ۴۲-۳۶.
2. Richard J, Mark ST, Frances MC. Protective factors in adolescent health behavior. J. Pers. Soc. Psychol.; 1998; 75(3): 788-800
3. Torres R, Fernandez F, Maceira D. Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. Adolescence 1995; 30:118-124.
4. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors of health behaviors in college students. J Adv Nurs 2004; 48(5): 463-474.
5. Erik TH, Linda JL. Attachment relationships and health behavior: The mediational role of self-esteem. Psychology and Health 2004; 19(4): 515-526
6. Baldwin TT, Falciglia GA. Application of cognitive behavioral theories to dietary change in clients. J Am Diet Assoc 1995; 95(11): 1315-7.
۷. بهارستان جلیل، شریعتی علی اکبر، تقی زاده بافقی احمد. بررسی اعتماد به نفس دانش آموزان دختر و پسر سال سوم راهنمایی شهرستان بافق. پایان نامه کارشناسی رشته مدیریت و برنامه ریزی آموزشی. یزد: دانشگاه یزد. ۱۳۷۷.
8. Schafer E, Schafer RB, Kerth PM, Bose J. Self-esteem and fruit and vegetable intake in women and men. J. Nutr. Educ. Behav. 1999; 31(3):153-160.
9. Glaser JB, Greifinger RB. Correctional health care: a public health opportunity. Ann Intern Med 1993; 118(2):139-145.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
۱۱. گلاور، جی ای. بروتنینگ آراچ. روانشناسی تربیتی. ترجمه علینقی خرازی. مرکز نشر دانشگاهی. تهران. چاپ پنجم. ۱۳۸۳: ۱۳.
12. Burak LJ. Health risk behaviors and aliteracy: are they related? Am J Health Educ 2003; 34(1): 3-10
13. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-Image. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press. 1989: 1.

14. Bosscher RJ, Smit JH. Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. *Behav Res Ther* 1998; 36(3): 339-43
۱۵. حسین‌خانی نوابه. بررسی رفتار بهداشتی دانشجویان سال آخر کارشناسی پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی؛ ۱۳۷۱: ۱.
۱۶. مازوجی فایضه. بررسی رفتارهای بهداشتی مرتبط با سلامت کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی، آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان. مجله طب و تزکیه ۱۳۸۱؛ شماره ۴۵: ۲۷-۲۲.
۱۷. مصلی، خدیجه. بررسی و مقایسه رفتارهای بهداشتی دانشجویان دختر و پسر سال آخر کارشناسی پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی واقع در شهر تهران. پایان‌نامه (کارشناسی ارشد)؛ دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۱: ۱.
۱۸. قدس‌بین‌جهرمی، فریبا. بررسی رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان دختر سال آخر رشته بهداشت دبیرستان‌های منتخب شهر تهران در مورد پیشگیری از بیماری‌ها، فریبا قدس‌بین‌جهرمی؛ به راهنمایی: فرخنده مهری. پایان‌نامه (کارشناسی ارشد) - دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۷: ۱.
۱۹. اسدی سیده فاطمه. بررسی رفتارهای بهداشتی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر لاهیجان در ارتباط با پیشگیری از بیماری توکسوپلاسموز. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی استان گیلان ۱۳۷۸؛ ۸(۴): ۱۲-۴.
20. Mazloomi SS, Hassan poor MM, Ehrampoosh MH. Viewpoints, knowledge and practice in exercise: a survey in the university students. *PJBS*. 2005; 8(6):918-920.
21. Dobois DL, Flay BR. The healthy pursuit of self-esteem: comment on and alternative to the crocker and Park (2004) formulation. *Psychological Bulletin* 2004; 130:415-420.
22. Dileman TE, Leech SL, Lorenger AT, Horvath WJ. Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behaviors and intensions. *Adolescence* 1984; 19:935-50.
23. Hurst DF, Boswell DL, Boogaard SE, Watson MW. The relationship of self-esteem to the health-related behaviors of the patients of a primary care clinic. *Arch Fam Med*. 1997; 6(1):67-70.
24. Yarcheski TJ, Mahon NE, Yarcheski A. Social support, self-esteem, and positive Health practices of early adolescents. *Psychol Rep* 2003; 92(1):99-103.
25. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice* 4th ed, 2002. Prentice -Hall Health, Inc. 140-145.
26. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1977; 1-55.
27. Urmimala S, Lawrence F, Dean S. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*. 2006; 29: 823-829.
28. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A meta-analysis of predictors of positive health practices. *J Nurs Scholarsh*. 2004; 36(2):102-8.
29. Fry PS. Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: an 18-month follow-up study of widows and widowers. *Gerontologist* 2001; 47(6):787-798.
30. Strauss RS, Rodzilsky D, Burack G, Colin M. Psychosocial correlates of physical activity in healthy, children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(8):897-902
31. National Cancer Institute (US). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice* 2005:19-20.