رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021*

# اثربخشی آموزش سبک زندگی متناسب با دوران covid-19 بر سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی: کاربرد مدل بزنف

# The effectiveness of Covid-19 Lifestyle Training on Mental Health and Adherence to Health Protocols: Application of BASNEF Model

**صباح عبدی** (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دبیر آموزش و پرورش، بوکان، ایران.
**ارسطو عبدالله پور**
کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دبیر آموزش و پرورش، بوکان، ایران.
**دکتر رشید احمدی فر**
استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان، سنندج، ایران.
**فاروق سواره**
کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دبیر آموزش و پرورش، پیرانشهر، ایران.
**منصور آراد**
کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ (مبتنی بر مدل بزنف) بر سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی دانش‌آموزان بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون – پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پایه نهم دبیرستان ابن‌سینا در شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. از میان آنها، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس وارد پژوهش شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و پرسشنامه محقق‌ساخته رعایت پروتکل‌های بهداشتی گردآوری شد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره، تفاوت معنادار میان گروه آزمایش و کنترل را در متغیر سلامت روان و زیرمؤلفه‌های آن و متغیر رعایت پروتکل‌های بهداشتی نشان داد (P<۰/۰۵). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان از آموزش گروهی سبک زندگی مبتنی بر مدل بزنف برای افزایش سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی دانش‌آموزان در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ استفاده کرد.

***واژه‌های کلیدی:*** *سبک زندگی، کووید-۱۹، سلامت روان، رعایت پروتکل‌های بهداشتی.*

**Sabah Abdi ***
M.A of Educational Psychology, Education teacher, Boukan, Iran.
*Sabahabdi2015@yahoo.com*
**Arastoo Abdulahpoor**
M.A of Educational Psychology, Education teacher, Boukan, Iran.
**Dr. Rashid Ahmadifar**
Assistant Professor, Department of Sociology, Farhangian University, Sanandaj, Iran.
**Farough Saware**
M.A of Education Management, Education teacher, Piranshahr, Iran.
**Mansour Arad**
M.A of nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

## Abstract

The purpose of the present research was to study the effectiveness of lifestyle training appropriate to the Covid-19 era (based on the BASNEF model) on the mental health of and adherence to health protocols by the students. This was a quasi-experimental study with pretest-posttest and a control group. The population consisted of all ninth-grade students at Ibn Sina high school in Boukan in the academic year 2019-2020. Among them, 30 people entered the study by convenience sampling method and were randomly divided into two experimental and control groups (15 people each). Research data were collected using the Mental Health Questionnaire (Goldberg and Hiller, 1979) and the researcher-made health Protocol Adherence Questionnaire. The results of multivariate analysis of covariance showed a significant difference between the experimental and control groups in mental health and its sub-components and adherence to health protocols (P <0.05). Based on the research findings, lifestyle training based on the BASNEF model can be used to increase mental health and adherence to health protocols during the Covid-19 epidemic.

***Keywords:*** *lifestyle, Covid-19, mental health, adherence to health protocols.*

**نوع مقاله : پژوهشی** **دریافت : دی ۹۹** **پذیرش: بهمن ۹۹** **ویرایش نهایی : تیر ۱۴۰۰**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

## مقدمه

پاندمی بیماری نوپدید کووید-۱۹[1] تا این لحظه اکثر نقاط جهان را درگیر کرده است و شمار مبتلایان جهانی آن از مرز ۴۸ میلیون نفر گذشته است. تاکنون هیچ درمان و واکسن کاملا اثربخشی برای این بیماری به جهان عرضه نشده است (ژانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۰). این ویروس با توجه به سرعت انتشار و ویژگی مهارناپذیر خود، جهان را با بحران مواجه نموده است. این بحران هر چند در ظاهر ماهیتی صرفاً پزشکی و مرتبط با نظام سلامت دارد، اما پدیده‌ای چندبعدی است که آثار و پیامدهای آن در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و فردی قابل رصد و رهگیری است. با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی ویروس کووید-۱۹، سرعت انتشار، درصد مرگ و میر ناشی از آن و قرنطینه خانگی افراد این بیماری وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از بیماران مبتلا، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خانواده‌ها، دانش‌آموزان، دانشجویان، بیماران روانشناختی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را دچار افت کرده است (ری‌یو و چان[3]، ۲۰۲۰؛ چن[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

این بیماری سبب بروز اضطراب، افسردگی و احساس طردشدگی (علی‌اکبری دهکردی، عیسی‌زاده و آقاجانبگلو، ۱۳۹۸)، احساس ترس و نگرانی (رابین و ویسلی[5]، ۲۰۲۰) و اختلال خواب و تحریک‌پذیری (شهیاد و تقی‌محمدی، ۱۳۹۹) شده است. به گزارش سازمان جهانی بهداشت این بحران سلامت روان[6] بالای ۹۰ درصد افراد را به خطر انداخته است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). بنابراین در این شرایط حفظ وضعیت سلامت روان افراد ضروری است. سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامتی است که می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. سلامت روان نه تنها فقدان بیماری در فرد است، بلکه اشاره به وضعیتی دارد که فرد در آن ضمن لذت بردن از زندگی، تفکرات و رفتار غیرطبیعی نداشته و بتواند با دیگران و محیط مؤثر ارتباط برقرار کند (رستمی، ۱۳۹۶).

به گفته سازمان جهانی بهداشت کسی نمی‌تواند پایان کرونا را پیش‌بینی کند، اما کنترل آن با رعایت بهداشت ممکن است و در این مورد مردم باید با حداکثر هوشیاری عمل کنند. در این شرایط بهترین توصیه پزشکان ماندن در خانه و رعایت پروتکل‌های بهداشتی[7] است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰؛ چن و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران هم مهم‌ترین سیاست دولت برای مقابله با بحران، اجرای طرح فاصله‌گذاری اجتماعی و رعایت پروتکل‌های بهداشتی بوده است، که پیامدهای اجتماعی این سیاست‌ها برای طبقات، گروه‌ها و افراد متفاوت بوده است (ایمانی جاجرمی، ۱۳۹۹). بنابر گفته مسئولان وزارت بهداشت اجرای پروتکل‌های بهداشتی چندان موفقیت‌آمیز نبوده و تأثیر چندانی در کاهش آمار مبتلایان به کووید-۱۹ نداشته است. یکی از عواملی که می‌تواند با رعایت پروتکل‌های بهداشتی در افراد مرتبط باشد، سبک زندگی[8] آنهاست. همچنان که لیستر[9] و همکاران (۲۰۱۸) بیان می‌کنند سبک زندگی سالم بر افزایش مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌های بهداشتی موثر است.

سبک زندگی، روش کلی زندگی و الگوهای رفتاری فرد است که ممکن است برای سلامت مفید یا مضر باشند. داشتن سبک زندگی سالم و متناسب با شرایط متغیر می‌تواند منجر به سلامت در تمام جوانب فردی از جمله سلامت روان شود (میور و آبرین - پالاس؛[10] ۲۰۱۰؛ بورک، جین و پیت؛[11] ۲۰۱۹؛ مارکوس[12] و همکاران، ۲۰۱۹). رفتارهای سبک زندگی سالم، به ارتقای سلامتی کمک کرده و رفتارهای سبک زندگی ناسالم اثرات سویی بر سلامت افراد دارد (براون[13] و همکاران، ۲۰۱۹). بسیاری از بیماری‌ها به طور مستقیم یا

---

1-COVID-19
2-Zhang
3-Ryu & Chun
4-Chen
5-Rubin & Wessely
6-Mental Health
7-Observance of health protocols
8-Life style
9-Lister
10 -Meyor & O'Brien-Pallas
11 -Bourke-Taylor, Jane & Pea
12 -Marques
13 -Brown

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

غیرمستقیم از سبک زندگی فرد ناشی می‌شوند یا حداقل شیوه زندگی در تشدید یا دوام آنها نقش دارد (موهان[۱] ۲۰۰۸). با تغییر سبک زندگی می‌توان به میزان زیادی از بیماری‌هایی همچون دیابت، بیماری قلبی و سرطان پیش‌گیری کرد (شجاعی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷). فرد در مقابل انتخاب الگوهای رفتاری سبک زندگی و حفظ سلامت خود و جامعه مسئول بوده و با این عمل در جهت حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها تلاش می‌کند (تایلر و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به این امر، اخیراً مطالعات جامعه‌شناختی مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور توجه بسیاری به اصلاح سبک زندگی کرده‌اند. نتایج پژوهش راجی[۲]و همکاران (۲۰۱۰) و حسینی‌کامکار و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که مداخله تغییر سبک زندگی در افزایش سلامت روان و مؤلفه‌های آن تأثیر معناداری دارد. همچنین نتایج پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که بین سبک زندگی و سلامت روان رابطه مستقیمی وجود دارد و می‌توان با تغییر سبک زندگی و ارتقاء انعطاف‌پذیری سلامت روان بیشتری را پیش‌بینی کرد.

یکی از مدل‌ها جهت آموزش سبک زندگی، الگوی آموزشی بزنف[۳]است. این مدل توسط جان هابلی[۴]در سال ۱۹۸۸ به منظور تغییر و آموزش رفتارهای بهداشتی ارائه شد. اجزای این مدل شامل نگرشها[۵] هنجارهای انتزاعی،[۶] عوامل قادرکننده[۷]و رفتار[۸]است. بر اساس این مدل فرد زمانی رفتار جدیدی را انجام می‌دهد که باور کند انجام آن دارای فواید خاصی برای سلامت و زندگی‌اش است (هابلی، ۱۹۸۸؛ به نقل از هزاوه‌ای و همکاران، ۱۳۹۴). در مدل بزنف برخلاف مدل‌های دیگر هر قصدی الزاماً منجر به رفتار نمی‌شود؛ بلکه فاکتورهای قادرساز (آموزش، پول، مهارت، حمایت و خدمات و غیره)، هنجارهای اجتماعی (تأثیر گروه همسالان، جامعه و خانواده) و نگرش (باور فرد در مورد نتایج انجام یک رفتار به صورت نهادینه شده) باید وجود داشته باشد (عربی، صالحی و نجف‌پور، ۱۳۹۴). کاربرد مدل بزنف شامل بررسی رفتار از دیدگاه جامعه است. مدل بزنف جامع‌ترین مدل برای مطالعه رفتار، شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهایجدید در جامعه است (عبادی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). کارایی این مدل در پژوهش‌های زیادی به اثبات رسیده است. حسن، السید و الاثر[۹](۲۰۲۰) نشان دادند که یکپارچه‌سازی و استفاده از مدل بزنف به عنوان یک استاندارد مراقبت برای بهبود کیفیت زندگی کودکان مبتلا به دیابت کاملاً اثربخش است. همچنین در پژوهش لانت[۱۰] و همکاران (۲۰۰۸) تأثیر آموزش بر اساس مدل بزنف در کنترل بیماری‌ها نشان داده شد. پیمان، مهدی‌زاده و مهدی‌زاده (۱۳۹۳) نشان دادند آموزش شیوه تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی با کاربرد مدل بزنف در اصلاح سبک زندگی دانش‌آموزان دختر راهنمایی موثر است. همچنین امیری، رخشانی و فرمانبر (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که استفاده از مدل بزنف بر ارتقای سبک زندگی سالم رانندگان درون‌شهری موثر است.

در شرایط بحران کووید-۱۹، ساختارهای اجتماعی، شغلی و فردی زندگی دچار آشفتگی شده است (رابین و ویسلی،[۱۱]۲۰۲۰) و سبک زندگی و الگوهای رفتاری همه افراد تغییر کرده است (پان،[۱۲]۲۰۲۰؛ جونز،[۱۳]۲۰۲۰). از مهمت‌ترین مسایل در این وضعیت بحرانی نبود آموزش‌های جامع و صحیح و سیل عظیمی از اطلاعات صحیح و غلط است. بنا به گزارشات سازمان سلامت جهان در این راستا دست‌یابی به اطلاعات معتبر و به موقع با وجود این سونامی اطلاعات چالش‌برانگیز است. اطلاعاتی نظیر اخبار، اظهارات تأثیرگذار یا یافته‌های پژوهش تأثیر قابل توجهی در ارتباطات آنلاین دارند و می‌توانند بر رفتار و احساسات افراد تأثیر بگذارند و درنتیجه سبک زندگی آنها را مورد تأثیر قرار دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). در نتیجه اهمیت و ضرورت آموزش سبک زندگی متناسب با این دوران و مطابق با یافته‌های صحیح و معتبر سازمان جهانی بهداشت بیش از پیش مشخص می‌شود. بنابراین در این پژوهش در پی بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ (مبتنی بر مدل بزنف) بر سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی در دانش‌آموزان هستیم.

---

[1]-Mohan
[2]-Raji
[3]-BASNEF
[4]-John Hubley
[5]-Attitude
[6]-Subjective Norms
[7]-Factors Enabling
[8]-Behavior
[9]- Hasan, El Sayed & El-aasar
[10] -Lunt
[11] -Rubin & Wessely
[12] -Pan
[13] -Jones

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی جزو طرح‌های نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. با توجه به محدودیت‌های کرونایی و نیمه تعطیل بودن بعضی از مدارس، دانش‌آموزان پسر پایه نهم مدرسه ابن سینا شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ با توجه به فضای مناسب و حضور تمامی دانش‌آموزان به عنوان جامعه آماری پژوهش انتخاب شد. به منظور اجرای پژوهش حاضر نمونه‌گیری به صورت در دسترس و با جایگزین تصادفی انجام شد. بدین صورت که ابتدا از یک مدرسه به صورت در دسترس ۳۰ دانش‌آموز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل امضای رضایت‌نامه شرکت در جلسات، میانگین سنی ۱۵ سال، پسر بودن و مشغول به تحصیل در پایه نهم و معیارهای خروج از پژوهش شامل تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص و سوء رفتار در حین آموزش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش بود. پس از مشخص شدن دو گروه آزمایشی و کنترل از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. در این پژوهش بسته آموزشی بر اساس مدل بزنف به مدت ۶ جلسه و هر جلسه ۱/۵ ساعت به صورت گروهی، به گروه آزمایشی، آموزش داده شد. ضمناً، به گروه آموزش تأکید شد که تا پایان دوره، محتوای آموزشی را در اختیار سایر دانش‌آموزان قرار ندهند. بعد از اتمام آموزش گروهی از هر دو گروه آزمایشی و کنترل پس‌آزمون گرفته شد.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه محقق‌ساخته رعایت پروتکل‌های بهداشتی**[1]: برای گردآوری داده‌ها در مورد میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی توسط دانش‌آموزان از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال و لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) برای نمره‌گذاری است. نمره این پرسشنامه از ۰ تا ۷۸ متغیر است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد حاکی از رعایت بهتر پروتکل‌های بهداشتی است. برای تهیه پرسشنامه ابتدا چک لیست اولیه توسط گروه پژوهشگر، براساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت که شامل ۳۸ گویه بود، تهیه شد. پس از تهیه چک‌لیست اولیه از نظرات ۳ نفر متخصص در زمینه بهداشت در مورد گویه‌های تهیه شده استفاده شد و در نهایت، با حذف، ادغام و اضافه کردن بعضی سوالات، ۲۹ گویه جهت تعیین روایی صوری و محتوایی توسط تیم متخصص انتخاب شد. برای تعیین روایی پرسشنامه از نسبت روایی محتوا (CVR)[2]و شاخص روایی محتوا (CVI)[3] استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا چک لیست تهیه شده در اختیار یک تیم ۸ نفره (۳ پرستار، ۳ کارشناس بهداشت، یک پزشک عمومی و یک پزشک بیماری‌های عفونی) قرار داده شد و از آنها خواسته شد تا میزان تناسب هر یک از پرسش‌ها را بر اساس مقیاس ۱- ضروری ۲- مفید اما غیر ضروری ۳- غیرضروری تعیین کنند. پس از دریافت نظرهای متخصصان، سؤال‌هایی که نسبت روایی محتوای بالاتر از ۰/۸۵ داشتند، در چک لیست باقی ماندند. همچنین نسبت روایی محتوا برای کل سوالات ۰/۹۷ محاسبه شد. برای تعیین شاخص روایی محتوا از متخصصان خواسته شد که هر سؤال را در ۴ سطح ۱- غیرمرتبط ۲- نیاز به بازبینی اساسی ۳- مرتبط اما نیاز به بازبینی ۴- کاملاً مرتبط قرار دهند. در نهایت سؤال‌هایی در چک لیست باقی ماندند، که شاخص روایی محتوای آنها بیشتر از ۰/۷۹ بود. شاخص روایی محتوا برای کل سوالات ۰/۹۷ محاسبه شد. در نهایت پس از بررسی نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا و حذف بعضی سوالات، ۲۶ سؤال جهت پاسخ‌گویی دانش‌آموزان وارد پرسشنامه شدند. برای پایایی ثبات درونی پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۳ محاسبه شد و برای تعیین پایایی ثبات زمانی از روش پایایی بازآزمایی استفاده شد که ۰/۹۲ محاسبه شد.

**پرسشنامه سلامت روان**[4]**(GHQ-28)**: پرسشنامه سلامت روان یا سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلر[5](۱۹۷۹) با استفاده از تحلیل عاملی بر روی فرم بلند اولیه تدوین کردند. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و چهار زیرمقیاس علائم جسمانی[6]، اضطراب[7]، اختلال در کارکرد

[1]-Observance of health Questionnaire
[2]-Content validity Ratio
[3]-Content validity Index
[4]-General Health Questionnaire
[5]-Goldberg & Hiller
[6]-Somatic symptoms
[7]-Anxiety

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

اجتماعی[1]و افسردگی شدید[2]است. سؤالات ۱ تا ۷ علائم جسمانی، ۸ تا ۱۴ اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ کارکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی است. حداقل و حداکثر امتیاز برای هر مقیاس بین ۰ و ۲۱ قرار دارد و در مجموع کل نمره فرد می‌تواند بین ۰ تا ۸۴ متغیر باشد. هر چه نمره کلی برای افراد بالاتر باشد، نشانگر سلامت روانی کمتر و بالعکس است. در یک بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸)، اعتبار تنصیفی برای این پرسشنامه که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود را ۰/۹۵ گزارش کردند و روایی آن را به روش تحلیل عاملی تأیید کردند (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸). نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش در زمینه روایی و پایایی این پرسشنامه، میانگین حساسیت ۰/۸۶ و متوسط ویژگی ۰/۸۲را گزارش کرده است (ویلیامز، گلدبرگ و ماری[3] ۱۹۸۷). در پژوهش تقوی (۱۳۸۰)، ضریب اعتبار و روایی برای کل پرسشنامه ۰/۵۵ و ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین، پایایی بازآزمایی مقیاس سلامت روان براساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ بوده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده ار آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

**بسته آموزشی سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ مبتنی بر الگوی بزنف**: برای تدوین بسته آموزشی سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ از دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت و منابع معتبر در مورد کووید-۱۹ و همچنین پیشینه نظری و پژوهشی مرتبط با سبک زندگی استفاده شد. در تهیه بسته آموزشی از الگوی برنامه آموزش بهداشت جان هابلی (۱۹۸۸) استفاده شد. بدین صورت که با تغییر نگرش دانش‌آموزان و تشریح هنجارهای اجتماعی و فراهم آوردن عوامل قادرکننده سعی شد در دانش‌آموزان قصد رفتاری به وجود آوریم. سپس جلسات آموزشی به صورت گروهی و در قالب انجام فعالیت‌هایی در طول جلسات و تکالیفی در بین جلسات تدوین گردید. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است. جلسات مداخله آموزشی با توجه به محدودیت‌های کرونایی در حداقل جلسات (۶ جلسه) و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی در ۹۰ دقیقه به دانش‌آموزان گروه آزمایش، آموزش داده شد. در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. در نهایت، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد و تغییرات هر دو گروه مقایسه شد. برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار spss استفاده شد.

**جدول۱- خلاصه محتوا جلسات آموزشی**

| |
|---|
| **جلسه اول: سازه آگاهی و نگرش** |
| معرفی دوره و آشنایی با اهداف دوره، مقدمه در مورد کووید-۱۹، تشخیص و پیشگیری از بیماری، فواید بهداشتی و اقتصادی سبک زندگی جدید، تغییر نگرش فرد نسبت به بحران پیش آمده و رفتارهای متناسب بحران، تأثیر اطلاعات درست و نادرست |
| **جلسه دوم: سازه هنجارهای اجتماعی و قصد رفتاری** |
| رفتارهای متقابل افراد جامعه، انتظارات جامعه و خانواده و دوستان، مؤلفه‌های جدید سبک زندگی در دوران بحران، دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، قصدهای رفتاری: خود مراقبتی و پرهیز از خوددرمانی |
| **جلسه سوم ، چهارم و پنجم: عوامل قادرساز و رفتار** |
| پس از ایجاد قصد رفتاری در دانش‌آموزان جهت تغییر سبک زندگی خود باید آموزش‌های مؤثر به دانش‌آموزان داده شود و آنها را حمایت کرد تا قصد رفتاری تبدیل به رفتارهای مؤثر شود:<br>۱- مهارت حل مسأله ۲-مثبت اندیشی ۳- تاب آوری و سرسختی ۴- حل تعارضات ۶- کنترل استرس و اضطراب |
| **جلسه ششم: ارزیابی، تلخیص و اختتامیه** |
| تلخیص مطالب، ارزیابی و حمایت، تأکید به سودمندی تغییر سبک زندگی خود، دادن بسته آموزشی به شرکت کنندگان و اختتامیه (تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها، نظرخواهی در مورد دوره و تقدیر و تشکر) |

## یافته‌ها

[1]-Disorder in Social Function
[2]-Depression
[3]- Williams, Goldberg & Mari

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۱۵/۶±۰/۶۳ سال و گروه کنترل ۱۵/۲±۰/۴۷ سال بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان به همراه زیر مؤلفه‌های آن و رعایت پروتکل‌های بهداشتی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

**جدول۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل**

| متغیر | | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| سلامت روان | نشانه‌های جسمانی | کنترل | ۱۶/۰۰۰۰ | ۱/۱۹۵۲۳ | ۱۶/۶۰۰۰ | ۱/۸۸۲۲۵ |
| | | آزمایش | ۱۸/۸۶۶۷ | ۰/۹۹۰۴۳ | ۱۶/۴۰۰۰ | ۱/۴۰۴۰۸ |
| | علائم اضطراب | کنترل | ۱۴/۹۳۳۳ | ۲/۰۵۱۷۱ | ۱۴/۶۰۰۰ | ۲/۳۸۴۴۷ |
| | | آزمایش | ۱۷/۸۶۶۷ | ۱/۴۰۷۴۶ | ۱۴/۶۶۶۷ | ۱/۷۵۹۳۳ |
| | اختلال در کنش اجتماعی | کنترل | ۷/۵۳۳۳ | ۰/۸۳۳۸۱ | ۷/۱۰۱۰ | ۱/۱۳۳۸۹ |
| | | آزمایش | ۹/۰۶۶۷ | ۰/۹۶۱۱۵ | ۷/۲۶۶۷ | ۱/۳۸۷۰۱ |
| | افسردگی | کنترل | ۹/۸۶۶۷ | ۱/۳۵۵۷۶ | ۹/۰۳۳۳ | ۱/۵۰۵۵۵ |
| | | آزمایش | ۱۳/۰۰۰۰ | ۰/۹۲۵۸۲ | ۹/۷۳۳۳ | ۱/۶۶۷۶۲ |
| | نمره کل سلامت روان | کنترل | ۴۸/۹۳۳۳ | ۳/۹۹۰۴۶ | ۴۷/۱۳۳۳ | ۴/۲۷۳۹۵ |
| | | آزمایش | ۵۸/۸۰۰۰ | ۲/۱۴۴۷۶ | ۴۸/۰۶۶۷ | ۳/۱۰۴۵۳ |
| | رعایت پروتکل‌های بهداشتی | کنترل | ۵۶/۲۰۰۰ | ۳/۷۶۴۵۰ | ۵۷/۲۰۰۰ | ۴/۷۹۸۸۱ |
| | | آزمایش | ۵۵/۴۶۶۷ | ۵/۱۹۴۳۲ | ۶۷/۹۳۳۳ | ۲/۱۲۰۲۰ |

نتایج درج شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره پس‌آزمون مؤلفه سلامت روان به همراه تمامی زیرمؤلفه‌های آن در گروه آزمایش کاهش یافته است، اما در گروه کنترل تفاوت چندانی نکرده است. هر چه نمره سلامت روان در ابزار استفاده شده در این پژوهش پایین‌تر باشد نشان از سلامت روان بالاتر است؛ بنابراین سلامت روان گروه آزمایش بهبود پیدا کرده است. همچنین میانگین نمره پس‌آزمون رعایت پروتکل‌های بهداشتی در گروه آزمایش افزایش یافته است، اما در گروه کنترل تفاوت چندانی نکرده است که نشان از رعایت بهتر پروتکل‌های بهداشتی توسط گروه آزمایش است.

جهت بررسی و پاسخ به سؤال‌های پژوهش با توجه به روش‌شناسی تحقیق و همچنین نحوه تعامل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. اما قبل از انجام تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرها، که در این پژوهش رعایت شده است، به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف اسمیرنف (جدول ۳) و جهت بررسی همگن بودن ماتریس‌های واریانس- کوواریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون لون و آزمون ام. باکس (جدول ۴) استفاده شد.

**جدول۳- نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش**

| متغیرها | آزمایش | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|
| | Z کالموگروف اسمیرنوف | سطح معناداری | Z کالموگروف اسمیرنوف | سطح معناداری |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **نشانه‌های جسمانی** | ۱/۱۸ | ۰/۰۵۸ | ۰/۹۴ | ۰/۲۰۳ |
| **علائم اضطراب** | ۰/۹۷ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۱ | ۰/۰۹۲ |
| **اختلال در کنش اجتماعی** | ۰/۷۴ | ۰/۲۰۰ | ۰/۷۲ | ۰/۰۷۴ |
| **افسردگی** | ۰/۷۵ | ۰/۰۹۴ | ۱/۸۳ | ۰/۰۶۴ |
| **نمره کل سلامت روان** | ۰/۶۰ | ۰/۲۰۰ | ۰/۷۸ | ۰/۰۵۵ |
| **پروتکل‌های بهداشتی** | ۰/۸۵ | ۰/۰۷۲ | ۰/۹۸ | ۰/۳۰ |

نتایج درج شده در جداول ۳ حاکی از آن است که سطح معناداری برای گروه کنترل و آزمایش در هر دو مرحله آزمون بیش از ۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود.

**جدول۴- نتایج بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس در متغیرهای پژوهش**

| متغیر وابسته | آماره لوین | df1 | df2 | سطح معنی داری | باکس M |
|---|---|---|---|---|---|
| **نشانه‌های جسمانی** | ۳/۳۷۹ | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۷۷ | باکس M ۱۸/۷۰۴ = |
| **علائم اضطراب** | ۱/۲۳۲ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۷۶ | |
| **اختلال درکنش اجتماعی** | ۲/۵۴۹ | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۲۲ | F = ۹۸۴.۲ |
| **افسردگی** | ۱/۹۱۰ | ۱ | ۲۸ | ۰/۴۳۸ | |
| **سلامت روان** | ۰/۷۶۳ | ۱ | ۲۸ | ۰/۳۹۰ | سطح معناداری. = ۰۶ |
| **پروتکل بهداشتی** | ۰/۹۴۱ | ۱ | ۲۸ | ۰/۳۴۰ | |

نتایج درج شده در جدول فوق نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در مورد سلامت روان و پروتکل‌های بهداشتی محقق شده است (۱۸/۷۰۴=باکس M، ۲/۹۸۴=F، ۰/۰۶=P).

پس از تحقق مفروضات تحلیل کوواریانس چند متغیره در ادامه به تحلیل فرضیات پژوهشی و ارائه یافته‌ها پرداخته می‌شود. جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهشی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد (جدول ۵).

**جدول۵ - نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای دو گروه در متغیرهای پژوهش**

| نام آزمون | ارزش | F | معناداری | ضریب اتا | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|
| **اثر پیلایی** | ۰/۵۹۱ | ۱۸/۰۶۰ | /۰۰۰ | ۰/۷۹۱ | ۱ |
| **لامبدای ویکلز** | ۰/۴۰۹ | ۱۸/۰۶۰ | /۰۰۰ | ۰/۷۹۱ | ۱ |
| **اثر هتلینگ** | ۱/۴۴۵ | ۱۸/۰۶۰ | /۰۰۰ | ۰/۷۹۱ | ۱ |
| **بزگترین ریشه‌روی** | ۱/۴۴۵ | ۱۸/۰۶۰ | /۰۰۰ | ۰/۷۹۱ | ۱ |

با توجه به نتایج جدول ۵ با کنترل اثر پیش‌آزمون، سطح معناداری آزمون لامبدای ویکلز، حاکی از این است که حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد و نشانگر آن است که ۴۰ درصد از تفاوت مشاهده شده در

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

میانگین متغیرهای فوق مربوط به تأثیر آموزش سبک زندگی متناسب کووید-۱۹ است. توان آماری ۱ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول برای این نتیجه گیری است. چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می‌شوند، مقدارF و سطح معناداری تمام آزمون‌ها برابر است.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

**جدول۶- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس-آزمون**

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | F | معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|
| **سلامت روان** | ۱۳۷/۷۱۸ | ۱ | ۲۵/۵۰۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۹۵ |
| **رعایت پروتکل‌های بهداشتی** | ۲۳۸/۶۱۵ | ۱ | ۲۲/۱۵۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۶۰ |

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی دانش‌آموزان اثر دارد. حال برای بررسی اثر آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر هر یک از متغیرها از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده می‌شود.

**جدول۷- نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در سلا مت روان**

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | معنی داری | مجذور اتا | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **عضویت گروهی** | ۱۴۴/۰۳۷ | ۱ | ۱۴۴/۰۳۷ | ۲۷/۳۹۹ | ۰۰/۰۰ | ۰/۵۰۴ | ۱ |

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت روان از نظر آماری در سطح کوچکتر از ۰۱/ معنادار است. بنابراین آموزش آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر افزایش سلامت روان دانش‌آموزان تأثیر دارد.

**جدول۸- نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در رعایت پروتکل‌های بهداشتی**

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | معنی داری | مجذور اتا | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **عضویت گروهی** | ۹۰۸/۷۹۱ | ۱ | ۹۰۸/۷۹۱ | ۸۷/۵۰۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۶۴ | ۱ |

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پروتکل‌های بهداشتی از نظر آماری در سطح کوچکتر از ۰۱/ معنادار است. بنابراین آموزش آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی توسط دانش‌آموزان تأثیر دارد.

در آخر برای بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر ابعاد سلامت روان از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

**جدول۹- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد سلامت روان**

| اثر | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| عضویت گروهی | نشانه‌های جسمانی | ۴۱۷/۶۵ | ۱ | ۴۱۷/۶۵ | ۰/۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰ | ۰/۸۴ |
| | علائم اضطراب | ۳۱۶/۱۳ | ۱ | ۳۱۶/۱۳ | ۰/۷۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۳ | ۰/۸۸ |
| | اختلال در کنش اجتماعی | ۹۵/۴۶ | ۱ | ۹۵/۴۶ | ۱۷/۹۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۶ | ۰/۸۷ |
| | افسردگی | ۶۷/۹۹ | ۱ | ۶۷/۹۹ | ۲۹/۱۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۳ | ۰/۸۲ |

نتایج جدول ۹ گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نشانه‌های جسمانی (F=۳۳/۸۴، P=۰/۰۰۰)، علائم اضطراب (F=۵۶/۷۷، P=۰/۰۰۰)، کارکرد اجتماعی (F=۱۷/۹۹، P=۰/۰۰۰) و افسردگی (F=۲۹/۱۱، P=۰/۳) در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ یک سویه از لحاظ آماری معنی‌دار است. بدین معنی که آموزش سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر هر چهار بعد سلامت روان دانش‌آموزان در گروه آزمایش اثرگذار است. همچنین مجذور اتای سهمی نشان می‌دهد که سبک زندگی متناسب با دوران کووید-۱۹ بر علائم اضطراب (۰/۷۳) اثر بیشتر و بر روی اختلال در کارکردهای اجتماعی (۰/۲۶) اثر کمتری را داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش سبک زندگی متناسب دوران کووید-۱۹ مبتنی بر مدل آموزشی بزنف بر سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی دانش‌آموزان بود. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی این روش در بهبود سلامت روان و همه مولفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی) و رعایت پروتکل‌های بهداشتی دانش‌آموزان بود. نتایج تحقیق حاضر در زمینه کارایی مدل بزنف با نتایج پژوهش‌های حسن، السید و الاثر (۲۰۲۰)، لانت (۲۰۰۸)، مهدی‌زاده و مهدی‌زاده (۱۳۹۳) و امیری، رخشانی و فرمانبر (۱۳۹۲) همسو است. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر بهبود سلامت روان به دنبال اصلاح سبک زندگی با نتایج پژوهش‌های بورک، جین و پیت (۲۰۱۹)، مارکوس و همکاران (۲۰۱۹)، میور و آبرین - پالاس (۲۰۱۰)، حسینی کامکار و همکاران (۱۳۹۲) و یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. همچنین، اثربخشی اصلاح سبک زندگی بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی با نتایج لیستر و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت دارد.

براساس مدل بزنف زمانی فرد برای تغییر رفتارها و سبک زندگی خود اقدام خواهد کرد (قصد رفتاری) که نگرش وی نسبت به بحران پیش‌آمده تغییر کند و دریابد که هنوز هیچ درمان و داروی اثربخشی برای بیماری COVID-19 وجود ندارد و بهترین راه زندگی مسالمت-آمیز با این ویروس و تجدیدنظر در مورد سبک زندگی‌اش است (نگرش) و بداند که افراد جامعه از او انتظار دارند که رفتارهای پیشگیری-کننده را اتخاذ کند (هنجارهای انتزاعی) و همچنین عواملی از قبیل آموزش، زمان، مکان، منابع و مهارت که انجام رفتارهای متناسب دوران ویروس کرونا را امکان‌پذیر یا آسان‌تر می‌نمایند، وجود داشته باشد (عوامل قادرکننده). پس از بوجود آمدن قصد رفتاری، دانش‌آموزان نوع جدیدی از سبک زندگی را برای خود انتخاب می‌کنند که موجب افزایش سلامت روان و رعایت پروتکل‌های بهداشتی از سوی دانش‌آموزان می‌شود.

منطبق کردن سبک زندگی با دوران کووید-۱۹ می‌تواند منجر به سلامت افراد در تمام جوانب فردی از جمله سلامت روان شود. فرد به کمک آموزش مهارت‌ها و رفتارها می‌تواند دانش، نگرش و ارزش‌های وجودی خود را به توانایی‌های واقعی و عینی تبدیل کند. این مهارت‌ها فرد را قادر می‌سازد تا ضمن پذیرش مسئولیت اجتماعی خود، بدون لطمه زدن به خود و دیگران، به شکلی مؤثر عمل کند (رحمتی، ادیب راد و طهماسیان، ۱۳۸۷). سبک زندگی به الگوهای روزانه زندگی فرد از قبیل نوع تغذیه و عادت غذایی، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، فعالیت بدنی، استرس و اضطراب، پیوندجویی، افسردگی و چگونگی استفاده از خدمات بهداشتی درمانی که به طور معمول

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

انجام می‌دهد مربوط می‌گردد (کانا[1]و همکاران، ۲۰۱۲). این الگوهای روزانه بر سلامت روان و اندیشه انسانها تأثیر می‌گذارند و رفتار آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مارکوس و همکاران، ۲۰۱۹؛ یوسفی و همکاران، ۲۰۲۰). همانطور که با شیوع ویروس کرونا الگوهای زندگی افراد تغییر کرده است و سبک زندگی افراد دستخوش تغییر شده است و در نتیجه سلامت روان انسانها به مخاطره افتاده است (پان، ۲۰۲۰؛ جونز،۲۰۲۰) با آموزش متناسب می‌توان سبک زندگی افراد را تغییر داده و در نتیجه سلامت روان آنها را افزایش داد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش سبک زندگی متناسب با کووید-۱۹ بر هر چهار بعد سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) موثر است. سبک زندگی یک روش زندگی با الگوهای رفتاری مشخص است که تحت تأثیر اثر متقابل بین ویژگی های شخصی فرد، تعامل‌های اجتماعی و شرایط زندگی محیطی و اقتصادی - اجتماعی قرار دارد. این تعریف نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری باید به گونه‌ای مداوم با تغییرات اجتماعی و شرایط محیطی انطباق یابند. این تعریف همچنین نشان می‌دهد، اقدامات در جهت بهبود سلامت که از طریق توانمند ساختن مردم برای تغییر سبک زندگی دنبال می‌شود، باید نه تنها در سطح فردی، بلکه در سطح جامعه و شرایط زندگی که بر رفتار یا سبک زندگی تأثیرگذار است نیز باشد. در این خصوص توجه و تغییر در سبک زندگی و درمان از طریق آن که مزایای قابل توجهی دارد، اهمیت پیدا می‌کند (امینگر و همکاران، ۲۰۱۰). بسیاری از تغییرات سبک زندگی نه تنها آسیب روانی را کاهش می‌دهد، بلکه بر سلامت جسمانی، روانی و اضطراب نیز مؤثر است (راجی و همکاران، ۲۰۱۰).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آموزش سبک زندگی متناسب با کووید-۱۹ بیشترین اثر را روی اضطراب و کمترین اثر را روی اختلال در کارکردهای اجتماعی داشته است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان نمود که مازلو[2]در سلسله‌مراتب نیازهای خود مطرح کرده است نیازهای اجتماعی به عنوان یکی از نیازهای مهم است که افراد با ارتباط برقرار کردن با دیگران و کسب احترام و ارزش می‌توانند آن را ارضا کنند و در نتیجه ارضای این نیاز رضایت بیشتری به فرد دست می‌دهد. زمانی که افراد با دیگران تعامل بیشتری داشته باشند و کارکردهای اجتماعی خود را به درستی انجام دهند، بهتر می‌توانند احساسات دیگران را درک کنند و افراد بیشتر دوست دارند با آنان در ارتباط باشند (ارمرود[3] ۲۰۱۲). ارضا کردن نیاز به پیوندجویی در جوامعی که تغییرات ناگهانی می‌کنند، دشوارتر است (شولتز و شولتز[4] ۲۰۱۳). در جوامعی که به صورت فزاینده‌ای تغییر می‌کنند، افراد سعی می‌کنند که نیازهای اجتماعی خود را به صورت‌های دیگری ارضا کنند، مانند اینکه به مسجد یا کلیسا می‌روند، به باشگاه ورزشی می‌روند، در یک کلاس ثبت نام می‌کنند یا برای خدمات‌رسانی داوطلب می‌شوند. اما با توجه به شیوع ویروس کرونا و قوانینی که دولت‌ها در این شرایط وضع کرده‌اند، نظیر فاصله‌گذاری اجتماعی، دورکاری کارمندان، تعطیلی مساجد و باشگاه‌ها، طبیعی است که ارضا کردن نیاز به پیوندجویی و کارکردهای اجتماعی در این شرایط بحرانی مشکل‌تر از سایر نیازهای دیگر باشد و آموزش سبک زندگی متناسب با کووید-۱۹ اثر کمتری روی آن داشته باشد.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آموزش سبک زندگی متناسب دوران کووید-۱۹ بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی توسط دانش‌آموزان مؤثر است. آموزش‌های سنتی ارائه شده بدون استفاده از مدل‌های آموزشی و بدون استفاده از یک رویه منطقی و منظم برای تغییر رفتار کارایی لازم را ندارند (ایزدی‌راد، مسعودی و ضاربان، ۱۳۹۳) ولی برنامه‌های آموزش رفتارهای بهداشتی از جمله مدل بزنف می‌توانند از طریق تأثیر بر باورها و تأمین مهارت‌های تصمیم‌گیری منجر به توانمندسازی افراد در تغییر خود و جامعه می‌شود. از آنجایی که سبک زندگی در طول زندگی اکتساب شده و در این روند نگرش تأثیر می‌گذارد (امیری، رخشانی و فرمانبر، ۱۳۹۲)، در نتیجه آموزش رفتارهای متناسب دوران کووید-۱۹ و اجرای آن در سبک زندگی دانش‌آموزان در این راستا باعث رعایت هر چه بیشتر پروتکل‌های بهداشتی می‌شود. امروزه متخصصین علل اساسی ایجاد کننده بیماری‌ها را عوامل خطرزای رفتاری، عدم رعایت بهداشت و سبک زندگی می‌دانند، از طرفی بهترین راه مبارزه با بیماری‌ها رفتارهای سالم و اصلاح سبک زندگی است (پیلتن و قانعی، ۱۳۹۱). بنابراین در این وضعیت بحرانی که گروه‌های تحقیقاتی واکسن‌سازی از زمان طولانی و سختی ساخت واکسن برای این بیماری خبر داده‌اند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰) و بهترین توصیه پزشکان ماندن در خانه و رعایت پروتکل‌های بهداشتی است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰؛ چن و همکاران، ۲۰۲۰) می‌توان با تغییر در برخی مؤلفه‌های سبک زندگی مردم را به سوی رعایت پروتکل‌های بهداشتی سوق داد.

---

[1]-Khanna
[2]-Maslow
[3]-Schultz & Schultz
[4]-Ormrod

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

پژوهش حاضر روی دانش‌آموزان پایه نهم شهرستان بوکان اجرا شد، بنابراین در تعمیم آن به سایر افراد جامعه باید احتیاط نمود. همچنین انتخاب حداقل نمونه (۱۵ نفر برای گروه آزمایشی) مورد نیاز برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و تهیه و تنظیم جلسات آموزش در جلسات کمتر با توجه به الزام رعایت پروتکل‌های بهداشتی و رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی از جمله محدودیت‌های پژوهش است. در آخر این‌که اصلاح سبک زندگی مستلزم تغییر رفتارهایی است که بخش عمده‌ای از عادات روزمره فرد را تشکیل می‌دهد. واضح است که در صورت عدم اصلاح برخی مؤلفه‌های سبک زندگی با توجه به بحران پیش آمده با عواقب جبران ناپذیری مانند بالا رفتن نرخ مرگ و میر، پر شدن ظرفیت بیمارستانها، تحمیل هزینه‌های زیاد توسط افراد و نظام بهداشتی کشور و افت شدید سطح سلامت روان افراد خواهیم شد. آنچه به طور کلی از این پژوهش استنباط می‌شود این است که اصلاح و تغییر سبک زندگی افراد متناسب با بحران پیش آمده منجر به بهبود و ارتقای سلامت روانی افراد جامعه می‌شود. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در کنار آگاهی‌بخشی به افراد جامعه و تغییر و اصلاح مؤلفه‌های سبک زندگی، مداخلات و برنامه‌هایی به صورت فراگیر جهت کنترل استرس، اضطراب، ترس و آموزش مثبت‌اندیشی و رفتارهای بهداشتی در دستور کار دولت و وزارت بهداشت قرار گیرد. مردم ضمن رعایت پروتکل‌های بهداشتی مانند رعایت فاصله‌گذاری فیزیکی، استفاده از ماسک و بهداشت فردی، با آگاهی از پیامدهای خطرزای این ویروس، سبک زندگی خود را متناسب با این دوران تغییر دهند. با توجه به اهمیت و نقش تغییر سبک زندگی مطابق بحران به وجود آمده، بایستی هر کس برای خود و خانواده‌اش طرح و برنامه‌ای برای اصلاح و تغییر سبک زندگی داشته باشد؛ این طرح و برنامه می‌تواند شامل برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های بدنی منظم در خانه، برنامه غذایی سالم، پرکردن اوقات بیکاری و تحکیم روابط خانوادگی، یادگیری چگونگی کنترل استرس، اضطراب و ترس، مجهز شدن به مهارت‌های حل مسأله و مثبت اندیشی، پی‌ریزی برنامه‌هایی جهت جبران کاهش پیوندهای اجتماعی باشد.

## منابع


ازکیا، مصطفی و حسینی رودبارکی، سکینه (۱۳۸۸). تغییرات نسلی سبک زندگی در جامعهٔ روستایی. *فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۷)، ۲۶۴-۲۴۱.

امیری، امین؛ رخشانی، فاطمه و فرمانبر، ربیع اله (۱۳۹۲). تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی شهر لنگرود. *فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربیت حیدریه*، ۱(۴)، ۴۵-۵۴.

ایزدی‌راد، حسین؛ مسعودی، غلامرضا و ضاربان، ایرج (۱۳۹۳). بررسی کارایی برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به پرفشاری خون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زابل (رستمینه)*، ۶(۱)، ۴۲-۵۱.

ایمانی جاجرمی، حسین (۱۳۹۹). پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعه ایران. *مجله ارزیابی تأثیرات اجتماعی*، ۱(۲)، ۸۷-۱۰۳.

پیلتن، فخرالسادات و قانعی، فرزانه (۱۳۹۱). بررسی جامعه شناختی عوامل موثر بر سلامت عمومی (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاههای شهر جهرم). *فصلنامه جامعه شناسی مطالعات نوجوانان*، ۲(۵)، ۷۳-۹۴.

پیمان، نوشین؛ مهدی‌زاده، مهرالسادات و مهدی‌زاده، سیدموسی (۱۳۹۳). ارزشیابی آموزش در ارتقای رفتارهای سبک زندگی سالم دختران نوجوان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار(اسرار)*، ۲۱(۱)، ۱۶۴-۱۷۴.

تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). *مجله روانشناسی*، ۵(۴)، ۳۹۸-۳۸۱.

حسینی‌کامکار، الناز؛ سلیمانی، علی‌اکبر؛ مهدویان، علیرضا؛ جاویدی، نصیرالدین و نجفی، مریم (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی در ارتقای سلامت روان و حل تعارضات زوجین با ناسازگاری زناشویی. *نسیم تندرسی (سلامت خانواده)*، ۲(۲)، ۴۱-۴۹.

رحمتی، بیتا؛ ادیب‌راد، نسترن؛ منصور، لادن و تقی‌پور، ابراهیم (۱۳۸۷). آموزش مهارت‌های زندگی برمیزان سازگاری اجتماعی کودکان پایه چهارم مقطع ابتدائی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

رستمی، طاهره؛ آشنا، امیرحسین؛ طاووسی، محمود و منتظری، محمود (۱۳۹۶). رابطه سرمایه فرهنگی با سلامت روان جوانان: یک مطالعه مقطعی. *نشریه پایش*، ۱۷(۱)، ۳۳-۳۹.

شجاعی‌زاده، داود؛ استبصاری، فاطمه؛ اعظم، کمال؛ باطبی، عزیزا.. و مصطفایی، داود (۱۳۸۷). مقایسه عوامل مؤثر بر سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو با افراد سالم بیمارستان شهید رجایی تنکابن سال ۱۳۸۴. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۶(۲)، ۷۱-۷۹.

شهیاد، شیما و محمدی، محمدتقی (۱۳۹۹). آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۲)، ۱۸۴-۱۹۲.


[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

عبادی فردآذر، فربد؛ صلحی، مهناز؛ رودباری، مسعود و صادقی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی تأثیر مداخله آموزشی از طریق مدل بزنف بر رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در نوجوانان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۳)، ۲۰-۲۹.

عربی، الهام؛ صالحی، شایسته و نجف‌پور، سعید (۱۳۹۴). بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی معراج بوشهر در سال ۱۳۹۲. *دوماهنامه طب جنوب*، ۱۹(۳)، ۴۳۵-۴۴۵.

علی‌اکبری، مهناز؛ عیسی‌زاده، فاطمه و اقاجانبگلو، سوسن (۱۳۹۸). پیامدهای روانی اجتماعی مبتلایان به بیماری کروناویروس جدید(کوئید ۱۹): یک مطالعه کیفی. *مجله ایرانی روانشناسی سلامت*، ۲(۲)، ۹-۲۰.

هزاوه‌ای، سیدمحمد مهدی؛ فقیه سلیمانی، پرشنگ؛ معینی، بابک و سلطانیان، علیرضا (۱۳۹۴). بررسی عوامل موثر بر رفتارهای تغذیه‌ای سالمندان شهر سنندج با استفاده از مدل بزنف. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۲)، ۶۱-۷۰.

یوسفی، فیروزه؛ بختیارپور، سعید؛ مکوندی، بهنام و نادری، فرح (۱۳۹۸). رابطه علی سبک زندگی و انعطاف پذیری شناختی با سلامت روان مادران کودکان استثنایی با میانجی گری کنترل تفکر منفی. *مجله توانمند سازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۴)، ۶۱-۷۳.

Amminger, P. G., Schäfer, M. R., Papageorgiou, K., Klier, C. M., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Mackinnon, A., McGorry, P. D., & Berger, G. E. (2010). Long-Chain Fatty Acids for Indicated Prevention of Psychotic Disorders A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2), 146-154.

Bourke-Taylor, H. M., Jane, F., & Peat, J. (2019). Healthy Mothers Healthy Families Workshop Intervention: A Preliminary Investigation of Healthy Lifestyle Changes for Mothers of a Child with a Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 935-949.

Brown, M. C., Sims, K. J., Gifford, E. J., Goldstein, K. M., Johnson, M. R., Williams, C. D., & Provenzale, D. (2019). Gender-based Differences among 1990–1991 Gulf War Era Veterans: Demographics, Lifestyle Behaviors, and Health Conditions. *Women's Health Issues*, 29(1), 47-55.

Chen, P., Mao, L., Nassis, G.P., Harmer, P., Ainsworth, B.E., & Li, F. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science*, 9(2), 103-104.

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., & Wang, L. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*, 7(4), 6-15.

Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A users' guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER Nelson.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of general health questionnaires. *Journal of Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.

Hasan, A. H, El Sayed, H. I., & El-aasar, H. N. (2020). BASNEF Model: it's Effect on Blood Glucose Level among Children with Diabetes Mellitus. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 8(6), 53-65.

Hubley, J. (1988). Understanding 52ehavior: the key to successful health education. Tropical Doctor, 18(3), 134-8.

Jones, J. (2020). COVID-19: lifestyle tips to stay healthy during the pandemic. *Madigan Army Medical Center*. https://www.aflcmc .if .mil/News/Article-Display/Article /2147181/staying-physically-activeduring-covid-19/.

Khanna, D., Kaushik, R., & Kaur, G. (2012). Changing dietary pattern and lifestyle on diseases. *Asian Journal of Multidimensional Research*, 1(6), 49-54.

Lister, M., Vaughn, J., Brennan-Cook, J., Molloy, M., Kuszajewski, M., & Shaw, R. (2018). Telehealth and telenursing using simulation for pre-licensure USA students. *Nurse education in practice*, 29, 59-63.

Lunt, H., Greenslade, M., Prattley, C., & Frampton. (2008). C. P-174 Nurse led starting insulin classes-an efficient and effective method of delivering group education. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 79, 118-131.

Marques, A., Peralta, M., Santos, T., Martins, J., & de Matos, M. G. (2019). Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public Health*. 170, 89-94.

Meyor, M. R., & O'Brien-Pallas, L. L. (2010). Nursing Services Delivery theory: an open system approach. *J Adv Nurs*, 66(12), 2828-2838.

Mohan, S. (2008). Lifestyle of Asian Indians with coronary heart disease. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 15(3), 115-121.

Ormrod, J. E. (2012). *Human learning*. (6th Ed.). Boston: Pearson.

Pan, H. (2020). A Glimpse of University Students' Family Life amidst the COVID-19 Virus. *Journal of Loss and Trauma*, 25(6-7), 594-597.

Raji, C. A., Ho, A. J., Parikshak, N. N., Becker, J. T., Lopez, O. L., Kuller, L. H., Hua, X., Leow, A. D., Toga, A. W., & Thompson, P. M. (2010). Brain structure and obesity. *Hum Brain Mapp*, 31(3), 353-364.

Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, 1-13.

Ryu, S., & Chun, B. C. (2020). An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiology and health*, 42, 12-16.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2013). *Theories of personality* (10th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Taylor, C., Lillis, C., Lynn, P. L. & Le Mone, P. (2015). *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered nursing care* (8th Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Williams, P., Goldberg, D.P., & Mari, J. (1987). The validity of the GHQ questionnaire. *Social Psychiatry*, 21, 15-21.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (2019-nCoV) situation report-86. 15 April 2020.
World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (2019-nCoV) situation report-119. 21 May 2020.
World Health Organization. (2020). Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report-15.4 Feb 2020.
Zhang, J., Zeng, H., GU, J., Li, H., Zheng, L., & Zou, Q. (2020). Progress and Prospects on Vaccine Development against SARS-CoV-2. *Vaccines*, 8(2), 153-164.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.11.7 ]