



۱۰۳۱۸۷

۱۰۳۱۸۷



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران

دانشکده بهداشت گروه MPH

پایان نامه جهت اخذ مدرک MPH

عنوان طرح: بررسی تاثیر مداخله آموزشی از طریق تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر روی فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان (سال ۸۷)

استاد راهنما: دکتر محمد حسین تقدیسی PHD آموزش بهداشت و

ارتقا سلامت

استاد مشاور: دکتر نوذر نخعی متخصص پزشکی اجتماعی

نگارنده: دکتر سید وحید احمدی طباطبایی MD- دانشجوی

دوره MPH

۱۳۸۸ / ۴ / ۷

سال تحصیلی ۸۸-۸۷

استاد راهنما: دکتر محمد حسین تقدیسی

۱۵۳۱۸۶

بارالهی:

اینک که به خواست تو قله های ترقی را بالا رفتم، دوست
دارم ثمره تلاشم را به یاوران همیشگی زندگیم مادرم، به
بلندای عظمت روح پدرم و برادرم تقدیم کنم. باشد که ذره
ای از محبت‌هایشان جبران گردد.

تشکر و قدردانی

سپاس و تشکر فراوان از جناب آقای دکتر محمد حسین تقدیسی ریاست محترم دانشکده بهداشت که با طرح مباحث آموزش بهداشت و ارتقا سلامت انگیزه اجرای این طرح تحقیقاتی را در اینجانب بوجود آوردند.

سپاس و تشکر فراوان از جناب آقای دکتر نوذر نخعی که در نهایت سعه صدر و صمیمیت حداکثر تلاش و راهنماییهای لازم را در مراحل مختلف تحقیق منظور داشتند.

تشکر فراوان از کارکنان پر تلاش مرکز بهداشت استان و شهرستان کرمان که همکاریهای لازم را در اجرای این طرح مبذول داشتند.

تشکر فراوان از آقای دکتر محسن شمس که در کارگاه مدلهای تغییر رفتار مرا با این وادی بزرگ آشنا کردند.

تشکر و سپاس و قدردانی از کلیه اساتید دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده:

مقدمه: تخمین زده می شود عدم تحرک فیزیکی حدود ۲ میلیون مرگ سالیانه در سراسر جهان برجا گذارد.

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی از طریق تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر روی فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه مداخله ای یک سوکور، ۱۴۹ کارمند مرکز بهداشت استان و شهرستان کرمان در دو

گروه مداخله و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. بوسیله پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت، سازه

های آگاهی، نگرش، قصد رفتاری، هنجارهای ذهنی و رفتار قبل از مداخله اندازه گیری شد. بر همان اساس مداخلات

آموزشی طراحی و اجرا شد. ۶ هفته بعد، تاثیر مداخلات بر سازه های تئوری سنجیده شد. نتایج بوسیله آزمون آماری

Wilcoxon, chi-square, paired t test Mann-Whitney تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیکی تفاوت معنی دار قبل از مداخله نداشتند (

$p > 0.05$). در آغاز پژوهش نیز تفاوت معنی دار بین میانگین نمرات سازه های تئوری دو گروه وجود نداشت. در گروه

مداخله فقط میانگین نمرات بعد و قبل آگاهی افزایش معنی دار ($p = 0.003$) و کنترل درک شده کاهش معنی دار

نشان داد ($p = 0.003$). ولی سایر سازه ها تفاوت معنی داری نشان نداد. همچنین در میانگین تفاضل نمرات سازه های

تئوری قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری بین گروه مداخله و شاهد مشاهده نشد.

نتیجه گیری: تاثیر مداخله آموزشی از طریق تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر روی فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز

بهداشت استان کرمان با مداخله آموزشی از طریق سخنرانی یکسان بوده است.

واژه های کلیدی: فعالیت فیزیکی - مداخله آموزشی - تئوری رفتار برنامه ریزی شده

فهرست مطالب :

صفحه:

فصل اول :

مقدمه	۱
بیان مسئله و اهمیت پژوهش	۴
اهداف پژوهش	۱۱
سوالات و فرضیات پژوهش	۱۲
متغیرها و تعریف واژه ها و مفاهیم	۱۳

فصل دوم:

مرور پژوهشهای قبلی	۱۵
چهارچوب مفهومی	۱۸
الف) فعالیت فیزیکی	۱۸
ب) آموزش بهداشت و ارتقا سلامت	۲۴
ج) استفاده از مدلها و تئوریهها در آموزش بهداشت	۳۹
د) تئوری عمل استدلالی تئوری رفتار برنامه ریزی شده	۵۳

فصل سوم:

جامعه پژوهش	۷۴
نمونه پژوهش	۷۴
نوع مطالعه	۷۵
حجم نمونه	۷۵
روش گردآوری اطلاعات	۷۵
ملاحظات اخلاقی	۷۶
محدودیتهای پژوهش و روش کاهش آن	۷۶
روش پژوهش	۷۶

فصل چهارم :

یافته های پژوهش	۸۰
-----------------------	----

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری	۸۳
------------------------	----

جداول :

جدول شماره (۱) مقایسه متغیرهای زمینه ای در دو گروه مورد مطالعه	۸۸
جدول شماره (۲) توصیف میانگین و انحراف معیار سازه های پرسشنامه قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه	۸۹
جدول شماره (۳) مقایسه تفاضل نمره سازه های پرسشنامه بعد و قبل از مداخله در دو گروه مورد مطالعه	۹۰
عکسها	۹۱

پیوستها:

پرسشنامه	۱۰۰
----------------	-----

۱۰۵.....چکیده انگلیسی.....

۱۰۷فهرست منابع.....

.....تصویب نامه پایان نامه.....

.....صور تجلسه دفاع از پایان نامه.....

فصل اول:

مقدمه:

بیماریهای مزمن در حال حاضر دغدغه اصلی سلامت عمومی می باشد. مرگ ناشی از بیماریهای مزمن ۶۰٪ کل علل مرگ و میر را تشکیل می دهد. فعالیت فیزیکی منظم، تغذیه سالم، عدم استعمال دخانیات اجزا اصلی پیشگیری از بیماریهای مزمن می باشند. با از بین رفتن این عوامل ۸۰٪ بیماریهای قلبی و عروقی و دیابت تیپ ۲ و ۴۰٪ سرطانها کاهش می یابند. (۱) برآورد عدم تحرک فیزیکی بزرگسالان حدود ۱۷٪ می باشد و برآورد فعالیت فیزیکی با مقدار متوسط (کمتر از ۲/۵ ساعت در هفته) بین ۳۱٪ تا ۵۱٪ می باشد. عدم تحرک فیزیکی ۱۱/۷٪ کل علل مرگ و میر را در کشورهای توسعه یافته به خود اختصاص می دهد و تخمین زده می شود عدم تحرک فیزیکی حدود ۲ میلیون مرگ سالیانه در سراسر جهان برجا گذارد. و همچنین تخمین زده می شود ۱۰ تا ۱۶٪ علل سرطان سینه، کولون و دیابت و ۲۲٪ علل بیماریهای ایسکمیک قلب را تشکیل دهد. (۲)

با توجه به توضیحات فوق واضح است که باید مداخلات آموزشی لازم در این زمینه انجام گیرد. فعالیت فیزیکی نوعی رفتار است و رفتار عمل آشکاری است که آگاهانه یا ناآگاهانه صورت می گیرد. آموزش سلامت حرفه ای در ارتباط با اصلاح رفتار سلامت است. آموزش سلامت رشته ساختارمندی است که بر اساس تلفیقی از تجربیات یادگیری می تواند باعث تغییر داوطلبانه رفتار شود. (۳) یکی از قدیمی ترین مداخلات آموزشی استفاده از مدل دانش، نگرش، رفتار (KAB) می باشد، که بر اساس

این الگو تغییر دانش منجر به اصلاح نگرش و اصلاح نگرش منجر به تغییر رفتار می شود. ولی رفتار بسیار پیچیده تر از آن است که چنین چارچوب برنامه ای همیشه بر آن تاثیر گذار باشد. لذا در حال حاضر بیشتر مداخلات آموزشی مبتنی بر تئوری یا الگو توصیه می شود امروزه استفاده از تئوری برای متخصصان آموزش و ارتقاء سلامت تقریباً الزامی است. تئوری ها به ما کمک می کنند تا با توجه به استراتژی و اهداف مداخله ها حدس و گمان ها و فرضیه ها را دقیق بررسی کنیم. (۳) الگوها و نظریه ها برای برنامه ریزی تغییر رفتار در اثبات اثر بخشی برنامه و ارائه مستندات آن، امکان انتشار دستاوردهای مطالعه در مجلات و منابع معتبر، امکان درک بهتر و عمیق تر رفتار با کمک آنها، ترسیم چارچوب مفهومی علمی برای مطالعه تغییر رفتار، جلوگیری از بروز انحراف در طراحی، اجرای برنامه آموزشی، کمک به تدوین و ترسیم اهداف پژوهشی - آموزشی دقیق تر و کاربردی تر، افزایش اعتماد به نفس مجری در طراحی و اجرا و ارزشیابی نقش موثر دارند. (۴)

یکی از این مدلها و تئوریها تئوری رفتار برنامه ریزی شده می باشد که در پیش بینی و قصد رفتارها و نتایج بهداشت در ارتباط با رفتارهای کاهش وزن، سیگار کشیدن، فعالیت فیزیکی، مصرف الکل و ... مورد استفاده قرار می گیرد. تئوری رفتار برنامه ریزی شده، یکی از تئوریهای تغییر رفتار میباشد که به منظور پیش بینی و درک رفتار مورد استفاده قرار میگیرد، که شامل سازه های نگرش، هنجارهای ذهنی کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری میباشد. (۵)

جستجو در ovid, Elsevier, pubmed و سایر سایتهای معتبر با ۱۰ عبارت کلیدی متفاوت، برقراری تماس با حداقل ۵ صاحب نظر در این زمینه و جستجوی شخصی در دو کنگره اخیر آموزش بهداشت مرتبط با موضوع منجر به نتایج دال بر مطالعات محدودی در این زمینه شد و از این جالبتر اینکه در ایران چنین مطالعه ای صورت نگرفته بود.

در مطالعه parrot و همکاران « تئوری رفتار برنامه ریزی شده مبتنی بر پایه email در مداخلات فعالیت فیزیکی که هدف آن بررسی تاثیر پیام های تشویقی ارسال شده بر اساس email روی سازه های مختلف (TPB (Theory of planned behavior) در فعالیت فیزیکی دانشجویان بی تحرک دانشگاه بود مشخص شد که فقط پیام های بازمنه مثبت باعث افزایش فعالیت فیزیکی شده بود. ولی هر دو نمونه پیام مثبت و پیام منفی روی نگرش و قصد رفتاری موثر بود. (۶)

در مطالعه بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تئوری رفتاری بر افزایش فعالیت فیزیکی در گروه در معرض خطر در بخش مراقبت های اولیه در انگلیس توسط kinmonth و همکاران، تاثیر مداخله آموزشی از طریق پمفلت با مداخله آموزشی از طریق سازه های TPB روی فعالیت فیزیکی دو گروه یکسان بوده است. (۷)

در مطالعه پیاده روی در گردشگری: یک بسیج جامعه استفاده از رسانه ها بر روی تشویق به پیاده روی سالمندان بی تحرک در ویرجینیای غربی توسط Regar و همکاران، نتایج مشاهده رفتار،

افزایش ۲۳ درصدی پیاده روی گردش کنندگان گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل نشان

داد. (۸)

با توجه به این نتایج مختلف و با توجه به اینکه در کشور چنین مطالعه ای انجام نگرفته بود، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تاثیر مداخله آموزشی از طریق تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر روی فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان انجام شد.

بیان مسئله:

سلامت عمومی علم و هنر پیشگیری از بیماریها، طولانی کردن عمر، ارتقای سلامت با استفاده از تلاشهای سازمانهای یافته اجتماعی است. در واقع یک مجموعه از کارها و اقدامات بزرگ اجتماعی است که عمدتاً بر استراتژی پیشگیری مبتنی است. از اهداف آن پیشگیری از همه گیرها و توزیع بیماریها، محافظت در برابر خطرات محیطی، پیشگیری از حوادث و سوانح، ارتقا و تشویق رفتارهای سلامت محور، پاسخ دهی به حوادث مصیبت بار و کمک به مردم جهت بهبود، اطمینان داشتن از در دسترس بودن و کیفیت خوب خدمات سلامت می باشد. (۹)

بیماریهای مزمن در حال حاضر دغدغه اصلی سلامت عمومی می باشد. مرگ ناشی از بیماریهای مزمن ۶۰٪ کل علل مرگ و میر را تشکیل می دهد که ۸۰٪ آن در کشورهای با درآمد متوسط رخ می دهد. در سال ۲۰۰۴ حدود ۱۷ میلیون و در سال ۲۰۰۵ حدود ۳۵ میلیون نفر در اثر بیماریهای مزمن جان خود را از دست داده اند. که نیمی از آنها زیر ۷۰ سال و نیمی از آنها زن بوده اند.

فعالیت فیزیکی منظم ، تغذیه سالم ، عدم استعمال دخانیات اجزا اصلی پیشگیری از بیماریهای مزمن

می باشند. با از بین رفتن این عوامل ۸۰٪ بیماریهای قلبی و عروقی و دیابت تیپ ۲ و ۴۰٪

سرطانها کاهش می یابند. (۱) فعالیت فیزیکی یکی از شاخصهای هدایت کننده اصلی مرکز کنترل

بیماریها می باشد. فعالیت فیزیکی نه تنها یک مسئله فردی بلکه یک مسئله اجتماعی و فرهنگی

جامعه می باشد. برآورد عدم تحرک فیزیکی بزرگسالان حدود ۱۷٪ می باشد و برآورد فعالیت

فیزیکی متوسط (کمتر از ۲/۵ ساعت در هفته) بین ۳۱٪ تا ۵۱٪ می باشد این رقم در جوامع با

درآمد پایین تا حدود ۸۰٪ نیز گزارش شده است. عدم فعالیت بدنی در بین زنان، سالمندان، افراد

متعلق به گروه های پایین اقتصادی ، اجتماعی و معلولین رایج تر است. فعالیت بدنی همچنین با

افزایش سن و طول دوران نوجوانی کاهش می یابد که این کاهش، در دوران بزرگسالی ادامه پیدا

می کند.

از علل عدم تحرک فیزیکی می توان به شهرنشینی، صنعتی شدن ، وسایل مدرن جدید، استفاده از

تلویزیون و کامپیوتر، حمل و نقل با اتومبیل ، پشت میزنشینی ؛ کاهش آموزش تحرک فیزیکی در

مدارس و ... نام برد.

در سراسر دنیا، کاهش برنامه های آموزش ورزش و فعالیت بدنی در مدارس، از روندی هشدار دهنده

برخوردار است. علاوه بر آن، حجم توده بدنی بالا(چاقی / وزن زیاد) در بین جوانان و میانسالان رو به

افزایش است. بخشی از این مسئله ، به علت فقدان فعالیت بدنی در زمان تفریح است اما عادت کردن

به زندگی ساکن در اوقات فراغت مانند تماشای تلویزیون، استفاده از کامپیوتر و یا استفاده از حالات غیر فعال حمل و نقل همانند ماشین، اتوبوس و موتور سیکلت نیز در این مسئله بی تاثیر نیستند. ساکن بودن و عدم تحرک، در بخش عظیمی از زندگی افراد رخنه کرده است که پیامدهای بهداشتی آن بسیار قابل توجه هستند. (۲)

Jurab و همکاران، یک پژوهش را طرح ریزی کردند که طی آن، فواید و موانع درک شده فعالیت بدنی را در بین ۱۴۳ زن ۷۹-۴۰ ساله لاتین زبان بررسی نمودند. تجزیه و تحلیل پاسخ های این زنان آشکار ساخت که مزایای درک شده (ارتقای سلامتی و تناسب اندام) و موانع درک شده (زمان لازم برای انجام نقش های مربوط به زنان، سلامت فردی و عوامل خارجی) به عنوان عناصری هستند که ممکن است انجام فعالیت بدنی را با مشکل مواجه سازند. ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید تا مدت بیشتری بر موانع درک شده داشته و فواید درک شده را ترویج دهند. (۱۰)

فواید فعالیت فیزیکی:

- باعث جلوگیری از مرگ زودرس می شود.
- باعث کاهش خطر بیماریهای عروق کرونر می شود.
- باعث کاهش فشار خون و حوادث عروقی مغزی میشود.
- باعث کاهش دیابت نوع دو می شود.
- نقش مهمی در کنترل وزن دارد.

- باعث کاهش سرطان کولون و سرطان پستان میشود.
- باعث تقویت عضلات اسکلتی و کاهش کمر درد و آرتروز و جلوگیری از پوکی استخوان میشود.
- باعث کاهش سقوط در سالمندان میشود.
- باعث سلامت اجتماعی و سلامت روانی (کاهش علائم افسردگی و اضطراب) و بهبود فعالیت ذهنی و فکری در سالمندان میشود.
- همچنین می تواند باعث بهبود تعاملات اجتماعی، افزایش بهره وری در محیط کار و مدرسه، نشاط، کاهش خشونت، کاهش ترافیک و آلودگی هوا می شود و بخصوص در کودکان و نوجوانان باعث کنترل رفتارهای پرخطر (استعمال دخانیات، مصرف الکل، سو مصرف مواد، خشونت) میتواند بشود. (۱۱)

فواید اقتصادی:

- عدم تحرک فیزیکی حدود ۷۵ بلیون دلار در آمریکا در سال ۲۰۰۰ هزینه داشته است.
- هزینه های مرتبط با عدم تحرک فیزیکی و چاقی ۹/۴٪ هزینه های سلامت دولت آمریکا در سال ۱۹۹۵ را در بر داشته است. عدم تحرک فیزیکی ۶٪ کل هزینه های سلامت کانادا را در بر داشته است. (۲)

فعالیت بدنی دارای فواید اختصاصی ویژه در زمینه هزینه های کاهش یافته مراقبت بهداشتی، افزایش بهره وری (قدرت تولید)، محیط های فیزیکی و اجتماعی سالم تر است. پیامدهای اقتصادی عدم فعالیت جسمی بر افراد، شغل ها و ملت ها اثر دارد.

اطلاعات برگرفته از کشورهای توسعه یافته دال بر این هستند که هزینه های مستقیم عدم فعالیت فیزیکی بسیار فراوان هستند.

در آمریکا، مصرف یک دلار هزینه بر فعالیت بدنی، منجر به صرفه جویی ۳/۲ دلاری در هزینه های پزشکی می شود. بر اساس اطلاعات سال ۱۹۹۸، فعالیت بدنی، موجب پس انداز ۵۰۰ دلار در سال در هزینه مراقبت های بهداشتی می شود. هزینه های مربوط به عدم فعالیت و چاقی حدود ۹/۴٪ بودجه بهداشتی ملی در سال ۱۹۹۵ محاسبه شده است.

برنامه های فعالیت بدنی در محل کار در آمریکا می تواند مرخصی های ناشی از بیماری را (۶ تا ۳۲ درصد)، و هزینه مراقبت های بهداشتی را (۲۰ تا ۵۵ درصد) کاهش دهد و قدرت تولید را بالا ببرد (۲ تا ۵۲ درصد).

در شرکتهایی که برنامه ها/ ابتکارات فعالیت های فیزیکی کارکنان اجرا میشود، ۵۱۳ دلار در سال برای هر کارمند سود در بر دارد(به دلیل تغییر در قدرت تولید، غیبت، و صدمات).

هیچ داده ای از کشورهای در حال توسعه در دسترس نمی باشد. به هر حال، کاهش این نوع از هزینه های قابل اجتناب، به طور بالقوه به ویژه در جهان در حال رشد که با کمبود زیاد منابع روبرو هستند، از اهمیت خاصی برخوردار است. (۱۲)

با توجه به توضیحات فوق واضح است که باید مداخلات آموزشی لازم در این زمینه انجام گیرد. فعالیت فیزیکی نوعی رفتار است و رفتار عمل آشکاری است که آگاهانه یا ناآگاهانه صورت می گیرد. آموزش سلامت حرفه ای در ارتباط با اصلاح رفتار سلامت است. هدف اولیه از آموزش سلامت تحت تاثیر قرار دادن رفتارهای پیشین است به طوری که رفتارهای سالم به صورت داوطلبانه (بدون هرگونه اجبار) گسترش یابد. آموزش سلامت رشته ساختارمندی است که بر اساس تلفیقی از تجربیات یادگیری می تواند باعث تغییر داوطلبانه رفتار شود. (۳) یکی از قدیمی ترین مداخلات آموزشی استفاده از مدل دانش، نگرش، رفتار (KAB) میباشد، که بر اساس این الگو تغییر دانش منجر به اصلاح نگرش و اصلاح نگرش منجر به تغییر رفتار می شود. ولی رفتار بسیار پیچیده تر از آن است که چنین چارچوب برنامه ای همیشه بر آن تاثیر گذار باشد. لذا در حال حاضر بیشتر مداخلات آموزشی مبتنی بر تئوری یا الگو در آموزش بهداشت و ارتقا سلامت توصیه می شود. (۴) Kreuter و Green (۲۰۰۵) ارتقاء سلامت این گونه تعریف میکنند «هر ترکیب طراحی شده از حمایت های آموزشی، سیاسی، قانونی و سازمانی برای عملکردها و شرایط زندگی که باعث سلامت افراد، گروه ها یا جوامع

میشود» ارتقا سلامت همانند آموزش سلامت، تغییر داوطلبانه را در رفتار تصدیق نمی کند و

مداخلاتی را به کار می برد که فرد را مجبور به تغییر رفتار می کند. (۳)

نظریه یا تئوری مجموعه ای از مفاهیم، تعاریف و فرضیه ها که با مشخص کردن ارتباط بین متغیرها،

نگاهی نظام مند به وقایع و موقعیت ها دارد تا وقایع را توضیح دهد و پیشگویی کند. و نقش نظریه

بازکردن کلاف پیچیده پدیده ها و ساده کردن آنهاست تا درک پیچیدگی های طبیعت برای انسان

ساده شود. (۱۳)

امروزه استفاده از تئوری برای متخصصان آموزش و ارتقاء سلامت تقریباً الزامی است. تئوری ها به ما

کمک می کنند تا با توجه به استراتژی و اهداف مداخله ها حدس و گمان ها و فرضیه ها را دقیق

بررسی کنیم. (۳) الگوها و نظریه ها برای برنامه ریزی تغییر رفتار در اثبات اثر بخشی برنامه و ارائه

مستندات آن، امکان انتشار دستاوردهای مطالعه در مجلات و منابع معتبر، امکان درک بهتر و عمیق تر

رفتار با کمک آنها، ترسیم چارچوب مفهومی علمی برای مطالعه تغییر رفتار، جلوگیری از بروز انحراف

در طراحی، اجرای برنامه آموزشی، کمک به تدوین و ترسیم اهداف پژوهشی / آموزشی دقیق تر و

کاربردی تر، افزایش اعتماد به نفس مجری در طراحی، و اجرا و ارزشیابی نقش موثر دارند. (۴)

یکی از این مدلها و تئوریها تئوری رفتار برنامه ریزی شده می باشد که در پیش بینی و قصد رفتارها و

نتایج بهداشت در ارتباط با رفتارهای کاهش وزن، سیگار کشیدن، فعالیت فیزیکی، مصرف الکل و ...

مورد استفاده قرار می گیرد. تئوری رفتار برنامه ریزی شده، یکی از تئوریهای تغییر رفتار میباشد که به

منظور پیش بینی و درک رفتار مورد استفاده قرار میگیرد، که شامل سازه های نگرش، هنجارهای

ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری میباشد. (۵)

اهداف پژوهش:

-هدف کلی :

تعیین میزان تاثیر مداخله آموزشی از طریق تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر روی فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان

اهداف کاربردی:

- ۱- تعیین سطح آگاهی کارکنان مرکز بهداشت استان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۲- تعیین نگرش کارکنان مرکز بهداشت استان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۳- تعیین هنجارهای ذهنی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۴- تعیین کنترل درک شده کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۵- تعیین قصد رفتاری کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۶- تعیین مقدار فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) کرمان قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۷- مقایسه سطح آگاهی کارکنان مرکز بهداشت استان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۸- مقایسه نگرش کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۹- مقایسه هنجارهای ذهنی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.
- ۱۰- مقایسه کنترل درک شده کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی.

۱۱- مقایسه قصد رفتاری کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل از مداخله آموزشی.

۱۲- مقایسه مقدار فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) قبل و بعد از مداخله آموزشی.

سوالات و فرضیات:

- ۱- سطح آگاهی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی چگونه است؟
- ۲- نگرش کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی چگونه است؟
- ۳- هنجارهای ذهنی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی چگونه است؟
- ۴- کنترل درک شده کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی چگونه است؟
- ۵- قصد رفتاری کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی چگونه است؟
- ۶- مقدار فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی چگونه است؟
- ۷- سطح آگاهی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلافی ندارد.
- ۸- نگرش کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلافی ندارد.
- ۹- هنجارهای ذهنی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلافی ندارد.
- ۱۰- کنترل درک شده کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلافی ندارد.
- ۱۱- قصد رفتاری کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) در زمینه فعالیت فیزیکی قبل از مداخله آموزشی اختلافی ندارد.
- ۱۲- مقدار فعالیت فیزیکی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمان و مرکز بهداشت شهرستان کرمان (گروه شاهد) کرمان قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلافی ندارد.

متغیرها:

نحوه اندازه گیری	تعریف علمی - عملی	متغیرها از نظر مقیاس				متغیرها از نظر نوع				متغیر از نظر نقش آنها در تحقیق				ردیف
		نسبتی	فاصله‌ای	رتبه‌ای	اسمی	کیفی	کمی		زمینه‌ای	مداخله‌گر	وابسته	مستقل		
							گسسته	پیوسته						
					*	*		*					جنس	
					*	*		*					سن	
			*	*	*	*		*					سطح تحصیلات	
پرسشنامه خود اظهار		*					*	*					آگاهی	
پرسشنامه خود اظهار			*			*		*					نگرش	
پرسشنامه خود اظهار			*	*		*		*					هنجارهای انتراسی	
پرسشنامه خود اظهار			*	*		*		*					کنترل درک شده	
پرسشنامه خود اظهار			*	*		*		*					قصد رفتاری	
پرسشنامه خود اظهار	*						*	*					فعالیت فیزیکی	
پرسشنامه خود اظهار			*	*		*		*				*	مداخله آموزشی	