

«مقاله پژوهشی»

تبیین شکاف بین قصد - رفتار در رعایت پروتکل‌های بهداشتی ویروس کرونا براساس متغیرهای خود کنترلی صفتی و کارکردهای اجرایی

* زهره رافعی¹، مسیح جانی²

1. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، 2. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: 00/01/18 - تاریخ پذیرش: 00/06/08)

Explanation of Intention-Behavior Gap in Following the Health Protocols of Coronavirus based on Trait Self-Control and Executive Functions Variables

*Zohreh Rafezi¹, Masih Jani²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, 2. Master's student in psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

(Received: Aug. 30, 2021 - Accepted: Apr. 07, 2021)

Abstract

Aim: COVID-19 is an infectious disease that is spreading around the world very fast. One of the affairs recommended from the first days of the epidemic to prevent the further spread of the virus is to follow health protocols. Despite repeated recommendations, a significant portion of people still has difficulty following these protocols while intending to do so. The purpose of this study was the explanation of the intention-behavior gap in following the health protocols of coronavirus based on trait self-control and executive functions variables. **Method:** The methodology of this research was causal-comparative, and the statistical population of this study was adults who had access to the Internet. The research sample consisted of 60 adults who were selected by convenience sampling method and inclusion criteria, and after matching the two groups with high and low intention-behavior gaps were replaced. Participants in this study answered the Tanji self-control scale (2004), Wisconsin card sorting test (1948), Go/nogo test (2002), N-back test (1958), and intention-behavior researcher-made scale. To analyze data Mann-Whitney and Chi-square tests were used. **Results:** The results showed that there was no significant difference between the two groups in terms of self-control, but there was a significant difference in terms of executive functions ($P = 0.05$). **Conclusion:** In general, it can be concluded that executive functions play a key role in transforming individuals' intentions into behavior.

Keywords: Coronavirus, intention-behavior gap, health protocols, self-control, executive functions

چکیده

مقدمه: کووید-19 (COVID-19) یک بیماری بسیار عفونی است که به سرعت در سراسر جهان در حال انتشار است. یکی از اقداماتی که از روزهای اول همه‌گیری برای جلوگیری از انتشار بیشتر ویروس توصیه شده است، رعایت پروتکل‌های بهداشتی است. علی‌رغم توصیه‌های مکرر، هنوز هم بخش قابل توجهی از افراد ضمن داشتن قصد رعایت پروتکل‌ها، در رعایت کردن آنها دچار مشکل هستند. پژوهش حاضر با هدف تبیین شکاف بین قصد-رفتار در رعایت پروتکل‌های بهداشتی ویروس کرونا بر اساس متغیرهای خودکنترلی صفتی و کارکردهای اجرایی طراحی شده است. روش: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن افراد بزرگسالی بودند که به اینترنت دسترسی داشتند. نمونه این پژوهش شامل 60 نفر از بزرگسالانی بودند که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس و معیارهای ورود انتخاب شدند و پس از هم‌تاسازی در دو گروه با شکاف قصد بالا و پایین جایگزین شدند. شرکت کنندگان این پژوهش به پرسشنامه‌های خود کنترلی تانجی (2004) و آزمون‌های دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (1948)، برو نرو (2002) و حافظه فعال ان بک (1958) و پرسشنامه محقق ساخته شکاف قصد-رفتار پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون یومن ویتنی و آزمون استقلال (کای دو) استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین این دو گروه از نظر صفت خودکنترلی تفاوت معناداری وجود ندارند، اما از نظر کارکردهای اجرایی تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0.05$). نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که کارکردهای اجرایی در تبدیل قصد افراد به رفتار نقش اساسی ایفا می‌کند.

واژگان کلیدی: ویروس کرونا، شکاف قصد-رفتار، پروتکل‌های بهداشتی، خود کنترلی، کارکردهای اجرایی

Corresponding author: Zohreh Rafezi

Email: rafezi.zohreh13@gmail.com

* نویسنده مسئول: زهره رافعی

مقدمه

در درک ما از رابطه بین نگرش و رفتار ایجاد کرد. طبق نظریه عمل مستدل (فیشباین و آجزن، 1975)، قصد رفتاری به عنوان عامل تعیین کننده‌ی رفتار، خود شامل نگرش به رفتار و هنجار ذهنی می‌شود. آجزن (۱۹۸۵، ۱۹۹۱) نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده را ارائه داد که گسترش نظریه عمل مستدل برای اندازه‌گیری کنترل رفتاری درک شده است و رفتارهای خارج از کنترل ارادی افراد را دربرمی‌گیرد.

بیشتر مدل‌های نظری مورد استفاده برای توضیح رفتار بهداشتی، مانند نظریه عمل مستدل (آجزن، 1991) یا نظریه‌های شناختی اجتماعی (بندورا⁵، 1991)، تصور می‌کنند که قصد (انگیزه برای یک رفتار خاص) پیش‌بینی کننده رفتار است (رودز و دیکاو⁶، 2013). مطالعات تجربی از نقش مهم قصد برای رفتارهای بهداشتی پشتیبانی می‌کنند. با این حال، بسیاری از افراد در تبدیل قصد رفتارهای بهداشتی خود به عمل ناتوان هستند. مطالعات مروری نشان داده است هنگام پیش بینی رفتار از روی مقاصد آن مقدار قابل توجهی از واریانس در رفتار غیر قابل توضیح است (رودز و دبروجین⁷، 2013؛ شیران و وب⁸، 2016). این پدیده به عنوان شکاف قصد-رفتار⁹ شناخته می‌شود و منعکس کننده ماهیت جعبه

کووید-19 (COVID-19) یک بیماری بسیار عفونی است که به سرعت در سراسر جهان در حال انتشار است (تکیدین و آل تبا¹، 2020). این ویروس عمدتاً از طریق تماس نزدیک، قطرات کوچک تولید شده هنگام سرفه، عطسه، صحبت یا لمس یک سطح آلوده در بین افراد گسترش می‌یابد (سازمان جهانی بهداشت²، 2020؛ مراکز مدیریت و پیشگیری بیماری³، 2020). یکی از اقداماتی که از روزهای اول همه‌گیری به آن توصیه شده است رعایت پروتکل‌های بهداشتی است. علی‌رغم توصیه‌های مکرر سازمان جهانی بهداشت و کادر درمانی و همچنین الزامات قانونی، هنوز هم بخش قابل توجهی از افراد از رعایت این موارد امتناع می‌ورزند. دلایل متفاوتی برای این رفتار ممکن است وجود داشته باشد. یکی از این دلایل می‌تواند شکاف قصد-رفتار باشد. اینکه چرا قصدها به عمل تبدیل نمی‌شوند در حال حاضر موضوع مورد علاقه بسیاری از پژوهشگران است.

قصد به عنوان اولین گام درانجام فعالیت‌ها شناخته می‌شود، اما قصدهای بسیاری هستند که تبدیل به رفتار نمی‌شوند. فیشباین و آجزن⁴ در دهه 1970 با معرفی نقش واسطه‌ای قصد انقلابی

5. Bandura

6. Rhodes & Dickau

7. De Bruijn

8. Sheeran & Webb

9. Intention-Behavior Gap

1. Takiiedine & Al Tabbah

2. World Health Organization

3. Centers for Disease Control and Prevention

4. Fishbein & Ajzen

سلامتی دارند (بست، ناگاماستو و لیو-امبروز،⁷ 2014؛ برکلی، کوهن، کرامر، مک‌آلی و مولر،⁸ 2014). کارکردهای اجرایی آن دسته از عملیات های شناختی هستند که به اهداف مشخص و همچنین پردازش شناختی سطح بالاتر اشاره می‌کند و کنترل دقیق رفتار از بالا به پایین را بر فرایندهای شناختی سطح پایین‌تر امکان پذیر می‌کند (هافمن، اسمیکل و بادل،⁹ 2014). در چارچوب اتحاد/تنوع، کارکردهای اجرایی سه مولفه‌ی مهار¹⁰، به روز رسانی¹¹ و تغییر¹² را شامل می‌شود (میاک و فریدمن،¹³ 2012) که هر یک از این مولفه‌ها به نوعی در تبدیل قصد به عمل نقش ایفا می‌کنند. برای مثال، هال، فانگ، ایپ و الیاس¹⁴ در سال 2008 نشان دادند که مهار اندازه‌گیری شده توسط یک تکلیف حرکت/ بدون حرکت¹⁵، شکاف قصد-رفتار را در فعالیت‌هایی نظیر فعالیت‌های بدنی تعدیل می‌کند. از سوی دیگر، کنترل خود موفقیت‌آمیز مستلزم بازنمایی اهداف و اطلاعات مرتبط با هدف است. به روز رسانی نیز به طور مستقیم به بازنمایی ذهنی فعال اهداف فرد و راه‌های رسیدن به آن کمک کند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که داشتن یک هدف مرتبط با سلامتی تنها در صورتی سودمند خواهد بود که فرد

سیاه فرایند روانشناختی اساسی است که قصد را به عمل تبدیل می‌کند. عوامل متعددی می‌تواند بر این شکاف تاثیر گذارد. صفت خود کنترلی و کارکردهای اجرایی از جمله این عوامل هستند (دریدر، لسنولت-مالدرز، فینکناور، استاک و بامیستر¹، 2012).

خود کنترلی توانایی تغییر پاسخ‌های شخص (شامل افکار، احساسات، انگیزه‌ها و رفتارها) بر اساس اهداف، آرمان‌ها، هنجارها، برنامه‌ها و سایر معیارهاست. به نظر می‌رسد استفاده از خود کنترلی باعث کاهش منابع انرژی آن شود که به آن تقلیل ایگو² می‌گویند (بامیستر و وهس³، 2016). این کاهش احتمالاً دلیل خوبی برای توضیح این است که چرا اهداف مربوط به فعالیت بدنی همیشه تحقق نمی‌یابد (شوندوب، برترامز، سودک و فوچس⁴، 2017؛ فاریس⁵، 2016). کنترل خود ظاهراً برای رفع موانع بالقوه‌ی احتمالی که در انجام رفتارها تداخل ایجاد می‌کنند سودمند است، بنابراین میزان بیشتر خود کنترلی با شکاف کوچک‌تر قصد و رفتار همراه است (ففر و استروباک⁶، 2017).

از سوی دیگر و طبق دیدگاه شناختی، شواهد در حال ظهور نشان می‌دهد که عملکردهای اجرایی نقش مهمی در خود کنترلی مؤثر بر رفتارهای

7. Best, Nagamatsu & Liu-Ambrose
8. Buckley, Cohen, Kramer, McAuley & Mullen
9. Hofmann, Schmeichel & Baddeley
10. Inhibition
11. Updating
12. Shifting
13. Miyake & Friedman
14. Hall, Fong, Epp & Elias
15. Go/no-go

1. De Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Baumeister & Stok,
2. Ego depletion
3. Vohs
4. Schönndube, Bertrams, Sudeck & Fuchs
5. Fuchs
6. Pfeffer & Strobach

ضعیف‌تر از افراد بدون سومصرف مواد هستند. در سال 1391 بشیریان، حیدرنیا، وردی‌پور و حاجی‌زاده در پژوهشی بر روی 650 نفر از نوجوانان شهر همدان نشان دادند که خود کنترلی به عنوان عامل مهم و کلیدی درگرایش نوجوانان به مصرف مواد است. ریمن⁴ و همکاران در سال 2020 و با انجام بررسی نظام‌مند 114 مقاله مختلف به این نتیجه رسیدند عملکرد اجرایی پایین‌تر به طور کلی با رفتارهای بهداشتی ضعیف‌تر رابطه دارد، در حالی که عملکرد بهتر در اقدامات عملکرد اجرایی به طور کلی رفتارهای سالم‌تر را به دنبال دارد. ساندرز و همکاران در مطالعه فراتحلیلی در سال 2018 به این نتیجه رسیدند بین خود کنترلی خود گزارش شده و کارکردهای اجرایی مربوط به مهار همبستگی کم یا نزدیک به صفر وجود دارد. با وجود نقش برجسته‌ی این متغیرها در تبدیل قصد به رفتار، بررسی‌های اندکی در این خصوص انجام شده است و گاهی بررسی این متغیرها، مانند کارکردهای اجرایی و کنترل خود، به طور موازی و بدون ارتباط با هم پیش رفته‌اند (برکلی و همکاران، 2014؛ هفامن و همکاران، 2014).

با توجه به اهمیت رعایت پروتکل‌های بهداشتی مربوط به ویروس کرونا و لزوم کاهش فاصله بین قصد رفتار افراد و نقش عوامل شناختی در این زمینه از یک سو و همچنین نبود پژوهش کافی در این حیطه از سوی دیگر، ضروری است

توانایی کافی برای حفظ و به روزرسانی آن هدف را داشته باشد (آلان، اسنیهوتا و جانسون¹، 2013؛ هافمن، فریز و روفس²، 2009). از جهت دیگر، توانایی تغییر بالا، امکان دستیابی به اهداف را، با اجازه دادن به افراد برای کنار گذاشتن روش‌های ناکارآمد (برای مثال، برنامه‌ها) و دنبال کردن سایر روش‌های جایگزین برای دستیابی به هدف مورد نظر (به معنای تغییر)، فراهم می‌کند. علاوه بر این، توانایی تغییر ممکن است باعث شود افراد هر از گاهی از اهداف خود فاصله بگیرند و گزینه‌های دیگر را بررسی کنند، که ممکن است یک استراتژی تطبیقی برای دستیابی به موفقیت در دراز مدت باشد (دهل، دیل و همکاران³، 2017؛ هافمن و همکاران، 2012). در پژوهش‌های دیگری نیز به طور غیر مستقیم به اهمیت کارکردهای اجرایی در انجام رفتارهای بهداشتی و سالم اشاره شده است. برای نمونه استامیری، قاسمی‌نواب و عبداللهی (1396) در مطالعه‌ای بر روی 90 نفر از افراد سیگاری، سومصرف کنندگان مواد و افراد عادی نشان دادند که افراد با سومصرف مواد و افراد سیگاری در کارکردهای اجرایی وضعیت پایین‌تری را دارا بودند. معصومی‌فر، علی‌زاده و خامسان (1393)

در پژوهشی بر روی 30 نفر از نوجوانان دارای سو مصرف مواد مخدر و نوجوانان عادی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای سومصرف مواد در کارکردهای اجرایی بازداری و حل مسأله

1. Allan, Sniehotta, & Johnston

2. Hofmann, Friese, & Roefs

3. Dohle, Diel & Hofmann

4. Reimann

تا پژوهش‌هایی با توجه به عوامل شناختی نظیر خودکنترلی صفتی و کارکردهای اجرایی انجام شود. هدف از انجام این پژوهش تبیین شکاف قصد-رفتار در رعایت پروتکل‌های بهداشتی ویروس کرونا بر اساس متغیرهای خودکنترلی صفتی و کارکردهای اجرایی بود.

روش

روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری این پژوهش افراد بزرگسالی بودند که به اینترنت دسترسی داشتند و واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند. حجم نمونه با توجه به حجم نمونه‌ی مورد قبول برای مطالعات علی-مقایسه‌ای 60 نفر در نظر گرفته شد (دلاور، 1393). به منظور انتخاب افراد نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین کلیه کسانی که پرسشنامه‌ها را به طور کامل تکمیل کرده بودند، 60 نفر جهت گروه‌های پژوهش (گروهی که نمره شکاف قصد - رفتار کم دارد و گروهی که نمره شکاف قصد رفتارشان زیاد است) انتخاب شدند. لازم به ذکر است گروه‌های پژوهش از نظر ویژگی‌های دموگرافیک هم‌تا شدند. میانگین سنی آزمودنی‌های این پژوهش $29/90 \pm 8/84$ ، کمترین سن 14 و بیشترین سن 52 بود. ملاک‌ها برای ورود به این مطالعه داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل سن هجده سال، نداشتن سابقه مشکلات روانشناختی و عصب شناختی، وجود نمره شکاف قصد-رفتار کم، وجود نمره شکاف قصد-

رفتار زیاد، رضایت آگاهانه جهت همکاری و ملاک‌های خروج عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و وجود نمره شکاف قصد-رفتار متوسط بود. لازم به ذکر است که جمع‌آوری یافته‌های این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی با شناسه IR.ATU.REC.1400.002 انجام شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری، ابتدا اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها استخراج و در جدول اطلاعات کلی تنظیم شد، سپس کلیه اطلاعات با استفاده از کامپیوتر و از طریق نرم افزار آماری SPSS-26 در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در تجزیه و تحلیل توصیفی اطلاعات، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده و در آن از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده گردید. در این مطالعه برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها از آزمون یومن ویتنی و آزمون استقلال (کای دو) استفاده شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: پرسشنامه خود کنترلی تانجی: این پرسشنامه توسط تانجی¹ (2004) ساخته شده و دارای 36 ماده است و در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از به هیچ وجه=1، تا حدودی=2، برخی اوقات=3، بیشتر اوقات=4 و همیشه=5 نمره گذاری می‌شود. تانجی (2004) با انجام پژوهشی که به بررسی رابطه و اثر گذاری خودکنترلی بالا با موفقیت‌های بین فردی پرداخت، مشخصات روان سنجی این

1. Tanji

قرار دهد. بعد از هر کوشش به شرکت‌کننده گفته می‌شود جایگذاری وی صحیح است یا خیر. اگر شرکت‌کننده بتواند به طور متوالی 10 دسته بندی صحیح انجام دهد اصل دسته‌بندی تغییر می‌یابد و اصل بعدی شکل خواهد بود. تغییر اصل فقط با تغییر دادن الگوی بازخورد بلی و خیر انجام می‌شود. بدین ترتیب پاسخ صحیح قبلی در اصل جدید پاسخ غلط تلقی می‌شود. مواقعی که شرکت‌کننده بر طبق اصل موفقیت‌آمیز قبلی دسته‌بندی را ادامه دهد و همچنین زمانی که در اولین سری، در دسته‌بندی بر یک حدس غلط اولیه پافشاری کند، خطای درجاماندگی وجود دارد، این آزمون یکی از شاخص‌های اصلی فعالیت قطعه‌ی پیشانی است (نیهوس و بارسل⁵، 2009). اعتبار این آزمون برای نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالای 0/86 گزارش شده است (لزاک، 1995). اعتبار این آزمون بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان 0/83 گزارش شده است (اسپرین و استراوس⁶، 1991). در ایران نیز شاهقلین، آزادفلاح، فتحی‌آشتیانی و خدادادی (1390) آلفای کرونباخ این تست را 0/73 بدست آوردند.

آزمون برو نرو: برای سنجش توجه از آزمون برو نرو استفاده شد. این آزمون برای ارزیابی کارکرد بازداری پاسخ و با الگوبرداری از بنون و همکاران طراحی شده است (بانون⁷ و همکاران، 2002). در این آزمون فرد باید هنگام ارائه‌ی محرک هدف

پرسشنامه را نیز بر اساس نمونه پژوهش خود گزارش کرد. با محاسبه‌ی برآورد همسانی درونی، پایایی آزمون، بالا گزارش شده است. بدین گونه که آلفا برای پرسشنامه 36 سوالی 0/85 بدست آمده است. بنابراین این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد. در این پرسشنامه، مقیاس خودکنترلی شامل دو خرده مقیاس 1- خودکنترلی منع‌کننده یا بازدارنده 2- خودکنترلی اولیه است. آلفای کرونباخ برای مقیاس منع‌کننده، 0/86 و برای خودکنترلی اولیه، 0/68 گزارش شده است (رید¹ و همکاران، 2011). در ایران نیز، رزم‌گر و اصغری‌ابراهیم‌آباد (1399) آلفای 0/77 برای این پرسشنامه به دست آوردند.

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST): این آزمون توسط گرانت² و برگ³ (1948) ساخته شده و توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی را در پاسخ به بازخوردهای محیطی ارزیابی می‌کند (کاوالارو⁴، 2003). این آزمون متشکل از 64 کارت غیر متشابه با شکل‌های متفاوت (مثلث، ستاره، صلیب و دایره) و رنگ‌های مختلف است. برای اجرای آزمون ابتدا 4 کارت الگو در مقابل شرکت‌کننده قرار داده می‌شود. آزمون‌گر ابتدا رنگ را به عنوان اصل دسته‌بندی در نظر می‌گیرد بدون آنکه این اصل را به شرکت‌کننده اطلاع دهد از وی می‌خواهد بقیه کارت‌ها را یک به یک در زیر چهار کارت الگو

5. Nyhus & Barcel
6. Spreen & Strauss,
7. Bannon

1. Rid
2. Grant
3. Berg
4. Cavallaro

شکاف قصد-رفتار: در این پژوهش جهت تعیین شکاف قصد-رفتار در رعایت پروتکل‌های بهداشتی ویروس کرونا از یک پرسشنامه محقق ساخته شامل شش عبارت استفاده شد. عبارات این پرسشنامه با توجه به الگوی مقیاس مطابقت⁴ (کورنیا⁵، 1994)، که برای سنجش قصد رفتاریکار می‌رود، تنظیم شدند. سپس با توجه به نظر متخصصان روایی محتوایی آن بررسی شد. جهت تعیین میزان نیت یا قصد هر فرد در انجام پروتکل از آزمودنی‌ها پرسیده شد: "در هفته آینده چقدر قصد دارید نکات بهداشتی را در هر یک از موارد مطرح شده زیر رعایت کنید، به میزان قصد خود در هفته آینده از 0 تا 10 نمره دهید." همچنین جهت تعیین میزان رفتار و عمل آن‌ها سوال دیگری با این مضمون پرسیده شد که "شما در هفته گذشته چقدر توانسته‌اید نکات بهداشتی را در موقعیت‌های مطرح شده زیر رعایت کنید، به میزان رعایت خود در طی هفته گذشته از 0 تا 10 نمره دهید." از تفاضل بین این دو نمره شکاف قصد و رفتار مشخص شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه قصد رفتار در پژوهش حاضر برای عامل قصد 0/75 و برای عامل رفتار 0/80 بدست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناسی پژوهش به تفکیک در جدول 1 ارائه شده است.

(رنگ سبز) یک کلید را با بیشترین سرعت ممکن فشار دهد و وقتی محرک غیرهدف (رنگ قرمز) ارائه شد، از فشردن کلید خودداری کند. اعتبار این آزمون در مطالعه‌ی مقدماتی قدیری و همکاران روی بیماران اسکیزوفرن به ترتیب 0/72 و 0/87 به دست آمده است (قدیری¹ و همکاران، 2006).

آزمون حافظه فعال ان بک (N-Back): تکلیف N-Back یک تکلیف سنجش عملکرد شناختی مرتبط با کنش‌های اجرایی است. این تکلیف برای نخستین بار در سال 1958 به وسیله کرچنر معرفی شد. روند کلی تکلیف بر این قرار است که دنباله‌ای از محرک‌ها عموماً دیداری به منظور سنجش نگهداری اطلاعات شناختی و دست‌کاری آنها به صورت گام به گام به آزمودنی ارائه می‌شود و آزمودنی باید بررسی کند که آیا محرک ارایه شده فعلی با محرک قبل از آن همخوانی دارد یا خیر (والش² و همکاران، 2015). ضرایب اعتبار در دامنه‌ای بین 0/54 تا 0/84 اعتبار بالای این آزمون را نشان داد. روایی این آزمون نیز به عنوان شاخص سنجش عملکرد حافظه کاری بسیار قابل قبول است (ولف³ و همکاران، 2013). در ایران نیز تقی‌زاده، نجاتی، محمدزاده و اکبرزاده (1393) این آزمون را در پژوهشی استفاده کردند و پایایی آن را مورد تأیید قرار دادند.

1. Ghadiri
2. Walsh
3. Wolfe

4. Scale Correspondence
5. Courneya

زهره رافضی و مسیح جانی: تبیین شکاف بین قصد - رفتار در رعایت پروتکل‌های بهداشتی ویروس کرونا ...

جدول 1. مقدار فراوانی و درصد فراوانی مشخصه‌های جمعیت‌شناسی (جنسیت، تأهل، تحصیلات و بیماری) آزمودنی‌ها

<i>N</i>	درصد فراوانی	فراوانی	وضعیت هر مشخصه	مشخصه
79	48/1	38	زن	جنسیت
	51/9	41	مرد	
79	67/1	53	مجرد	تأهل
	32/9	26	متأهل	
79	59/5	47	کارشناسی به پایین	تحصیلات
	40/5	32	تکمیلی	
79	73/4	58	دارد	بیماری
	26/6	21	ندارد	

و انگیزه قبلی در عمل نکات بهداشتی را رعایت کرده‌اند.

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود میانگین شکاف قصد-رفتار هر 6 نکته بهداشتی و در نتیجه میانگین کل نزدیک صفر است. "شستشو و ضدعفونی کردن دست‌ها در مواقع لازم" با میانگین شکاف قصد-رفتار $-0/228$ بدین معناست که افراد بیشتری بدون قصد قبلی (طبق عادت) به انجام این کار می‌پردازند و "رعایت فاصله فیزیکی توصیه شده (1 تا 1/5 متر)" با میانگین شکاف قصد-رفتار $0/430$ دارای بیشترین شکاف قصد-رفتار را داراست و شاید به این خاطر است که در مکان‌های عمومی رعایت فاصله فیزیکی دشوار و گاهی غیرممکن می‌باشد.

جدول 2 مقادیر میانگین، انحراف معیار، میانه، کمترین و بیشترین شکاف قصد-رفتار حاصل از پاسخ 79 آزمودنی را نشان می‌دهد. برای به دست آوردن مقدار شکاف قصد-رفتار نمره رفتار هر آزمودنی را از نمره قصد همان سوال کم کرده‌ایم، بنابراین مقدار مثبت شکاف قصد-رفتار به معنای این است که فرد تصمیم دارد که پروتکل‌ها و نکات بهداشتی را رعایت کند ولیکن در عمل موفق به انجام آن‌ها به گونه‌ای که از خود انتظار داشته نشده است. هرچقدر این مقدار بزرگتر (مثبت) باشد فاصله بین قصد و عمل انجام شده بیشتر است. در بین پاسخ‌های داده شده شکاف قصد-رفتار بعضی از آزمودنی‌ها به سوال‌ها منفی است که این به این معناست که افراد بدون هیچ قصد

جدول 2. آماره‌های توصیفی سوالات آزمون شکاف قصد-رفتار ($n=79$)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانه	کمترین	بیشترین
سوال 1	0/038	1/891	0/00	-5	10
سوال 2	-0/228	1/368	0/00	-5	2
سوال 3	0/430	1/730	0/00	-5	6
سوال 4	0/215	1/972	0/00	-5	8
سوال 5	0/405	2/210	0/00	-5	9
سوال 6	0/114	2/088	0/00	-5	10
نمره کل	0/975	8/691	1/00	-29	20

زمان پاسخگویی و همچنین تعداد پاسخ صحیح، تعداد پاسخ غلط و درصد پاسخ صحیح برای هر فرد گزارش شده است که در این پژوهش جهت بررسی این کارکردها بر شکاف قصد-رفتار از دو پارامتر میانگین سرعت پاسخگویی بر حسب میلی ثانیه و درصد پاسخ صحیح استفاده شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود در جدول 3 آماره‌های توصیفی آزمون صفت خودکنترلی و کارکردهای اجرایی آمده است.

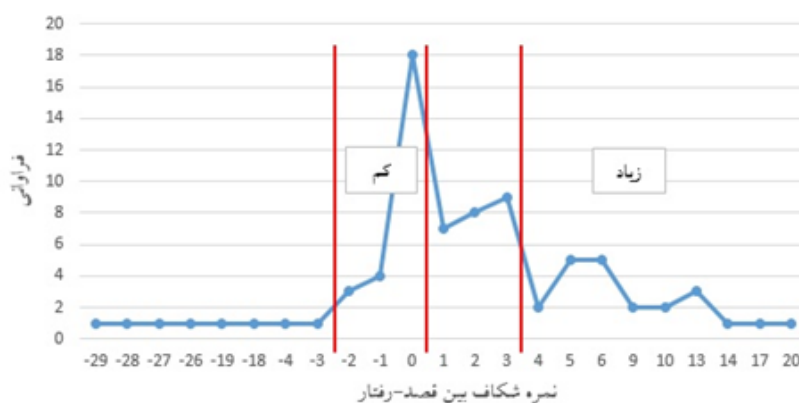
خودکنترلی صفتی: میانگین نمره خودکنترلی آزمودنی‌ها $100/19 \pm 6/95$ و نمرات آنها بین 82 تا 118 است که پراکندگی کمی را نشان می‌دهد. **کارکردهای اجرایی:** آزمون‌های کارکردهای اجرایی استفاده شده در این پژوهش توسط وبسایت Psyytoolkit مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند که نتایج ارزیابی آنها به صورت میانگین زمان پاسخگویی (برحسب ms)، میانه زمان پاسخگویی، بیشترین و کمترین

جدول 3. مقدار آماره‌های توصیفی آزمون صفت خودکنترلی و کارکردهای اجرایی WCST، N-Back، go-nogo (go) و go-nogo (nogo)

متغیر				خود کنترلی		کارکردهای اجرایی
بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانگین			
118/00	82/00	6/95	100/19			
4820/10	1272/28	610/80	2344/49	میانگین زمان (ms)	WCST	
91/67	8/33	14/81	72/15	درصد پاسخ صحیح		
2000/00	535/85	367/63	1362/24	میانگین زمان (ms)	N-Back	
100/00	15/00	24/78	52/00	درصد پاسخ صحیح		
1789/70	335/35	194/66	532/97	میانگین زمان (ms)	go-nogo (go)	
100/00	20/00	9/15	98/35	درصد پاسخ صحیح		
2000/00	942/20	217/54	1869/64	میانگین زمان (ms)	go-nogo (nogo)	
100/00	40/00	13/02	91/90	درصد پاسخ صحیح		

نشان می‌دهد. همان گونه که در این شکل مشاهده می‌شود نمرات بین -29 و 20 پراکنده است.

تعیین دو گروه شکاف بین قصد-رفتار
شکل 1 نمودار فراوانی نمره شکاف قصد-رفتار را



شکل 1. نمودار فراوانی نمره شکاف قصد-رفتار (n=79)

تحصیلات و داشتن بیماری خاص از آزمون استقلال (کای دو) استفاده شده است. همچنین برای بررسی همبستگی این متغیر با متغیرهای کمی مستقل سن، نمره آزمون‌های خود کنترلی و عملکردهای اجرایی می‌شد از آزمون پارامتریک t استفاده کرد ولیکن در این پروژه به دلیل تعداد کم آزمودنی‌ها و نرمال نبودن تابع توزیع آن‌ها از آزمون ناپارامتریک معادل با این آزمون یعنی آزمون من-ویتنی استفاده کرده‌ایم.

برای بررسی وجود ارتباط بین متغیرهای مستقل کمی با شکاف قصد-رفتار در دو گروه "کم" و "زیاد" از آزمون ناپارامتریک من-ویتنی استفاده کرده‌ایم. نتایج حاصل از این آزمون بین متغیر وابسته شکاف قصد-رفتار و متغیرهای کمی مستقل سن و خود کنترلی در جدول 5 آمده است. همان گونه که در این جدول آمده است میانگین رتبه سنی در گروه با شکاف قصد-رفتار "زیاد" کمتر از گروه با شکاف قصد-رفتار "کم" است ولیکن این اختلاف معنادار نیست. همچنین اگر چه میانگین رتبه نمره خود کنترلی افراد با شکاف قصد-رفتار "زیاد" بیشتر از افراد با شکاف قصد-رفتار "کم" است ولیکن از آنجایی که سطح معناداری آن بیش از 0/05 این اختلاف نیز معنادار نیست.

همان‌طور که در این شکل مشاهده می‌شود در این پژوهش با استفاده از روش آزمون و خطا افراد را به دو گروه با شکاف قصد-رفتار "کم" و "زیاد" تقسیم بندی کرده‌ایم. افرادی که نمرات آن‌ها بین 2- تا صفر است افرادی هستند که شکاف بین قصد و رفتار آن‌ها "کم" است به عبارت دیگر در رعایت نکات بهداشتی مربوط به کرونا آنچه قصد انجامش را داشتند به خوبی در عمل انجام داده‌اند و کسانی که نمرات آن‌ها بیش از 4 است افرادی هستند که شکاف بین قصد و رفتار آن‌ها "زیاد" است به عبارتی کسانی هستند که قصد رعایت پروتکل‌های بهداشتی را دارند ولیکن در عمل نمی‌توانند آن‌طور که مد نظرشان هست آن‌ها رعایت کنند. افرادی که نمره شکاف قصد-رفتار آن‌ها بین 1 تا 3 است که حدود 30 درصد افراد مورد آزمون را شامل می‌شوند به خاطر ایجاد تمایز بیشتر دو گروه با شکاف قصد-رفتار "کم" و "زیاد" در تقسیم بندی‌ها در نظر گرفته نشده‌اند.

از آنجایی که در این پژوهش متغیر وابسته شکاف قصد-رفتار یک متغیر کیفی با دو گروه "کم" و "زیاد" است. جهت بررسی همبستگی این متغیر با متغیرهای کیفی مستقل جنسیت، وضعیت تأهل،

جدول 4. نتایج حاصل از آزمون من-ویتنی بین متغیر وابسته شکاف قصد-رفتار و متغیرهای مستقل سن و خود کنترلی (n=47)

متغیر	گروه	N	میانگین رتبه	Z	سطح معناداری
سن	کم	25	25/16	-0/619	0/271
	زیاد	22	22/68		
خود کنترلی	کم	25	22/48	-0/812	0/212
	زیاد	22	25/73		

سوالات آزمون WCST با شکاف قصد-رفتار وجود دارد. افراد با شکاف قصد- رفتار "کم" دارای میانگین رتبه‌ی زمانی بیشتری نسبت به افراد با شکاف قصد- رفتار "زیاد" هستند. مستقل عملکردهای اجرایی WCST، N-Back، go-nogo (go) و go-nogo (nogo) ($n=47$)

جدول 5 نتایج حاصل از آزمون من-ویتنی بین متغیر وابسته شکاف قصد-رفتار و متغیرهای مستقل عملکردهای اجرایی WCST، N-Back، go-nogo (go) و go-nogo (nogo) را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود با سطح معناداری $0/043 < P < 0/05$ ارتباط معناداری بین میانگین زمان پاسخگویی

جدول 5. نتایج حاصل از آزمون من-ویتنی بین متغیر وابسته شکاف قصد-رفتار و متغیرهای

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	N	گروه	متغیر	آزمون	
0/043	-1/724	27/22	25	کم	میانگین زمان (ms)	WCST	
		20/34	22	زیاد			
0/138	-1/109	21/92	25	کم	درصد پاسخ صحیح		
		26/36	22	زیاد			
0/147	-1/066	26/00	25	کم	میانگین زمان (ms)		N-Back
		21/73	22	زیاد			
0/047	-1/682	27/14	25	کم	درصد پاسخ صحیح		
		20/43	22	زیاد			
0/015	-2/175	28/08	25	کم	میانگین زمان (ms)	go-nogo (go)	
		19/36	22	زیاد			
0/234	-0/773	23/16	25	کم	درصد پاسخ صحیح		
		24/59	22	زیاد			
0/374	-0/322	23/48	25	کم	میانگین زمان (ms)		go-nogo (nogo)
		24/59	22	زیاد			
0/391	-0/317	23/50	25	کم	درصد پاسخ صحیح		
		24/57	22	زیاد			

با شکاف قصد- رفتار "زیاد" است. در آزمون برو نرو در قسمت برو تفاوت معناداری ($P=0/015 < 0/05$) بین میانگین زمان پاسخگویی سوالات این آزمون در دو گروه شکاف قصد- رفتار وجود دارد. در گروه با شکاف قصد- رفتار

در آزمون N-Back اختلاف معناداری ($0/05 < P=0/047$) در درصد پاسخ صحیح به سوالات این آزمون در بین دو گروه شکاف قصد- رفتار وجود دارد. میانگین رتبه درصد پاسخ صحیح در گروه با شکاف قصد- رفتار "کم" بیشتر از گروه

به‌طور مشخص در شرایط کنترل شناختی مشاهده کرد. این ویژگی در رابطه با یک مدار کنترل شناختی مغزی شامل قشر کمربندی قدامی (مرتبط با نظارت بر نتایج ناخواسته بالقوه یا واقعی) و قشر جلوی مغز پشتی جانبی (مرتبط با کنترل پیامدهای ناخواسته بالقوه یا واقعی) است. قدرت خودکنترلی ساختاری اساسی در نظریه‌های اراده، عملکرد بهینه، آزادی از اعتیاد و توانایی غلبه بر انگیزه‌ها و رفتارهای مسئله ساز اجتماعی (به عنوان مثال، پرخاشگری) است. (رابینسون، اسمیکل، اینزلیخت²، 2010). این در حالی است که صفت خود کنترلی در کاربرد صحیح هیجان‌ها مطرح می‌شود (مایر و سالووی، 2003).

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت کارکردهای اجرایی در بین افراد دارای شکاف قصد و رفتار کم و زیاد نیز نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو گروه از نظر کارکردهای اجرایی وجود دارد.

این یافته با یافته‌های پژوهش‌های جانستون و کمپیل³ (2011)، وانگ و مولان⁴ (2009) و هال، فانگ، اپ و الیاس⁵ (2008)، هم‌راستا است. این پژوهشگران نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که کارکردهای اجرایی پیش‌بینی کننده قوی برای شکاف قصد رفتار در زمینه رفتارهای بهداشتی، مثل مصرف میوه و سبزیجات، فعالیت جسمانی و صرف صبحانه، هستند.

"کم" رتبه میانگین زمانی بیش از گروه شکاف قصد- رفتار "زیاد" است. در قسمت نرو آزمون برو نرو اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود.

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این پرسش که آیا می‌توان بر اساس متغیرهای خودکنترلی صفتی و کارکردهای اجرایی شکاف بین قصد - رفتار در رعایت پروتکل‌های بهداشتی را تبیین کرد، طراحی شد.

نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری در صفت خود کنترلی در بین افراد دارای شکاف قصد و رفتار کم و زیاد دیده نمی‌شود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر از جمله ففر و استروبوک (2017) و شاندوب، برترامز، سادک و فوجس (2017) که نشان دادند صفت خود کنترلی در تبیین شکاف قصد-رفتار در انجام فعالیت‌های ورزشی (به عنوان یک فعالیت بهداشتی) ناکارآمد است و همچنین فاریس (2016) که به این نتیجه رسید که خود کنترلی صفتی در تغییر رفتار بیماران تاثیر چندانی ندارد، هم‌راستا است. توجه به این نکته حائز اهمیت است که در این پژوهش خودکنترلی صفتی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. در تبیین یافته‌ی فوق شاید بتوان گفت، قدرت کنترل خود¹ و نه صفت خودکنترلی در انجام رفتارهای بهداشتی تاثیرگذار بوده باشد. قدرت خودکنترلی را می‌توان

2. Robinson, Schmeichel and Inzlicht

3. Allan, Johnston & Campbell

4. Wong & Mullan

5. Hall, Fong, Epp & Elias

1. Self-control strength

این پژوهش بیانگر نقش کارکردهای اجرایی در تبدیل قصد به عمل بود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به شیوع ویروس کرونا و محدودیت‌های اعمال شده و عدم امکان نمونه‌گیری به صورتی حضوری اشاره کرد، که همین امر باعث عدم نظارت بر نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و روشن‌سازی توضیحات آزمون‌های کارکردهای اجرایی شد. علاوه بر این وبسایت استفاده شده برای این آزمون‌ها به اندازه نرم افزارهای آنلاین کامل نبود. این امر باعث شد تا مقداری از داده‌ها از دست برود. قدرت خودکنترلی، به عنوان یک متغیر مرتبط، در این مطالعه مورد سنجش و بررسی قرار نگرفت. از این رو در تعمیم نتایج پژوهش حاضر باید جوانب احتیاط را در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نمونه‌گیری و انجام پژوهش به صورت حضوری انجام گیرد تا علاوه بر نظارت بر نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، توضیحات تکمیلی در مورد آزمون‌های کارکردهای اجرایی در صورت لزوم داده شود. همچنین، پژوهشگران لازم است تا کارایی نرم‌افزارهای آنلاین آزمون‌ها را ارتقا دهند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی نمونه به صورت تصادفی انتخاب شود تا برای تعمیم نتایج حاصله مشکلی وجود نداشته باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود، قدرت کنترلی به عنوان یک متغیر در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد. در کل، نتایج این پژوهش بیانگر نقش مؤثر کارکردهای اجرایی در محقق کردن قصد‌های رفتاری افراد به رفتار بود.

یافته‌های بدست آمده را می‌توان با توجه به مولفه‌های تشکیل دهنده کارکردهای اجرایی، یعنی بازداری، به روز رسانی و تغییر، در تبدیل قصد به رفتار تبیین کرد. همان طور که در مقدمه بیان شد، توانایی بازداری به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی در کارکردهای اجرایی با کمک کردن به افراد برای بازداری و کنترل پاسخ‌های خودکار و ایجاد پاسخ‌های مناسب با استفاده از توجه و استدلال می‌تواند نقش مهمی در کاهش شکاف قصد- رفتار افراد ایفا کند (هال، فانگ، اپ و الیاس، 2008). به روز رسانی نیز از طریق کمک به افراد برای بازنمایی ذهنی فعال اهدافشان و راه‌های رسیدن به آن، احتمالاً باعث شکاف بین قصد- رفتار می‌شود. مطالعات متعددی هم نشان داده‌اند که داشتن یک هدف مرتبط با سلامتی تنها در صورتی مفید خواهد بود که فرد توانایی کافی برای حفظ و به روزرسانی این هدف را داشته باشد (آلان، اسنیهوتا و جانسون، 2013؛ هافمن، فریز و روفس، 2009). همچنین توانایی تغییر بالا امکان تبدیل قصد به عمل را با از طریق کنار گذاشتن روش‌های ناکارآمد (برای مثال، برنامه‌ها) و دنبال کردن سایر روش‌های جایگزین برای دستیابی به قصد مورد نظر (به معنای تغییر) تسهیل می‌کند. توانایی تغییر ممکن است باعث شود افراد هر از گاهی از اهداف خود فاصله بگیرند و گزینه‌های دیگر را بررسی کنند، که ممکن است یک استراتژی تطبیقی برای دستیابی به موفقیت در دراز مدت باشد (دهل، دیل و همکاران، 2017؛ هافمن و همکاران، 2012). به طور کلی یافته‌های

تشکر و قدردانی

شرکت‌کنندگانی که با وجود شرایط دشوار به دلیل شیوع ویروس کرونا در این پژوهش شرکت کردند صمیمانه تشکر می‌کنیم.

از دانشگاه علامه طباطبائی به دلیل حمایت مالی از این پژوهش سپاس‌گزاریم همچنین از تمام

منابع

رزم‌گر، م. و اصغری ابراهیم آباد، م. ج (1399). «نقش سبک‌های حل‌تعارض در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان متأهل با میانجی‌گری خودکنترلی». فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، 11(44)، 71-92.

شاهقلیان، م.؛ آزادفلاح، پ.؛ فتحی‌آشتیانی، ع. و خدادادی، م (1390). «طراحی نسخه‌نرم‌افزاری آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST): مبانی نظری، نحوه ساخت و ویژگی‌های روانسنجی». مطالعات روان‌شناسی بالینی، 1(4)، 110-134.

معصومی‌مفرد، ط.؛ علیزاده، ح. و خامسان، ا (1393). «مقایسه کارکردهای اجرایی بازدارنده و حل‌مسأله در نوجوانان با و بدون سومصرف مواد مخدر». فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، 8 (32): 137-156.

امیری، س.؛ قاسمی‌نواب، ا. و عبداللهی، م. ح (1396). «بررسی مقایسه‌ای نظام‌های مغزی/وفتاری و کارکردهای اجرایی در افراد سیگاری، سومصرف‌کنندگان مواد و افراد عادی». فصلنامه روانشناسی، 21(1)، 67.

بشیریان، س.؛ حیدرنیا، ع. ر.؛ وردی‌پور، ح. ا. و حاجی‌زاده، ا (1391). «بررسی رابطه خودکنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر». مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا، 20 (1): 45-55.

تقی‌زاده، ط.؛ نجانی، و.؛ محمدزاده، ع. و اکبرزاده باغبان، ع. ر (1393). «بررسی سیر تحولی حافظه کاری‌شنیداری و دیداری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی». مجله پژوهش در علوم توانبخشی، 10(2)، 239-249.

دلاور، ع (1393). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1985). From intentions to actions: A theory of reasoned Action. J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Action control: From cognition to behaviour, 11-39.

Allan, J.L., Johnston, M., & Campbell, N. (2011). Missed by an inch or a mile? Predicting the size of intention-behaviour gap from measures of executive control. Psychology & Health, 26(6), 635-650.

Allan, J.L., Sniehotta, F.F., & Johnston, M. (2013). The best laid plans: Planning skill determines the effectiveness of action plans and implementation intentions. Annals of Behavioral Medicine, 46(1), 114-120.

Baumeister, R.F., & Vohs, K.D. (2016). Chapter two— Strength model of self-regulation as limited resource: Assessment, controversies, update. In M.O. James & P.Z. Mark (Eds.), Advances in experimental

- social psychology (Vol. 54, pp. 67–127). Cambridge, MA: Academic Press.
- Best, J.R., Nagamatsu, L.S., & Liu-Ambrose, T. (2014). Improvements to executive function during exercise training predict maintenance of physical activity over the following year. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 353.
- Buckley, J., Cohen, J.D., Kramer, A.F., McAuley, E., & Mullen, S.P. (2014). Cognitive control in the self-regulation of physical activity and sedentary behavior. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 747.
- Courneya, K.S. (1994). Predicting repeated behavior from intention: The issue of scale correspondence. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(7), 580-594.
- de Ridder, D.T.D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F.M., & Baumeister, R.F. (2012). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76–99.
- Dohle, S., Diel, K., & Hofmann, W. (2017). Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review. *Appetite*, 30, 1e6.
- Faries, M. D. (2016). Why we don't "just do it" understanding the intention-behavior gap in lifestyle medicine. *American journal of lifestyle medicine*, 10(5), 322-329.
- Feng S, Shen C, Xia N, et al. 2020. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *Lancet Respir Med*. 8: 434-436.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hall, P.A., Fong, G.T., Epp, L.J., & Elias, L.J. (2008). Executive function moderates the intention-behavior link for physical activity and dietary behavior. *Psychology & Health*, 23(3), 309–326.
- Hofmann, W., Friese, M., & Roefs, A. (2009). Three ways to resist temptation: The independent contributions of executive attention, inhibitory control, and affect regulation to the impulse control of eating behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(2), 431–435.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., & Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(3), 174–180.
- Miyake, A., & Friedman, N.P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 8–14.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D.R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2. 0. *Emotion*, 3(1), 97.
- Pfeffer, I., & Strobach, T. (2017). *Executive functions, trait self-control, and the intention-behavior gap in physical activity behavior*. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 39(4), 277-292.
- Reimann, Z., Miller, J. R., Dahle, K. M., Hooper, A.P., Young, A.M., Goates, M.C., & Crandall, A. (2020). Executive functions and health behaviors associated with the leading causes of death in the United States: A systematic review. *Journal of health psychology*, 25(2), 186-196.
- Rhodes, R.E., & de Bruijn, G.-J. (2013). How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 296–309.
- Rhodes, R.E., & Dickau, L. (2013). Moderators of the intention-behaviour relationship in the physical activity domain: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 47(4), 215–225.

Robinson, M.D., Schmeichel, B.J., & Inzlicht, M. (2010). "A cognitive control perspective of self - control strength and its depletion". *Social and Personality Psychology Compass*, 4(3), 189-200.

Saunders, B., Milyavskaya, M., Etz, A., Randles, D., Inzlicht, M., & Vazire, S. (2018). Reported self-control is not meaningfully associated with inhibition-related executive function: A Bayesian analysis. *Collabra: Psychology*, 4(1).

Schöndube, A., Bertrams, A., Sudeck, G., & Fuchs, R. (2017). Self-control strength and physical exercise: An ecological momentary assessment study. *Psychology of Sport and Exercise*, 29, 19-26.

Sheeran, P., & Webb, T.L. (2016). The intention-behavior gap. *Social & Personality Psychology Compass*, 10(9), 503 - 518.

Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, et al. 2020. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). 76: 71-76.

Takieddine, Hiba & Al Tabbah, Samaa. (2020). Coronavirus Pandemic: Coping with the Psychological Outcomes, Mental Changes, and the "New Normal" During and After COVID-19. *Open Journal of Depression and Anxiety*. 07-19.

COPYRIGHTS



© 2021 by the authors. Licensee PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)