

ارزشیابی آموزش در ارتقای رفتارهای سبک زندگی سالم دختران نوجوان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

نوشین پیمان^۱، مهرالسادات مهدی زاده^۲، موسی مهدی زاده^۳

^۱ دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکترای پرستاری، مربی هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نشانی نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت، مهرالسادات مهدی زاده

E-mail: msmahdizadeh@gmail.com

وصول: ۹۲/۸/۱۸، اصلاح: ۹۲/۱۰/۳، پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: دوران نوجوانی، ارزشمندترین مرحله زندگی هر فرد است که در گذر از آن، زیربنای زندگی بزرگسالی پی ریزی می شود. رفتارهای تغذیه ای ناسالم و سبک زندگی کم تحرک در نوجوانان، تهدیدی برای سلامت حال و آینده این گروه سنی می باشد. هدف این مطالعه ارزشیابی آموزش رفتارهای سبک زندگی سالم بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در نوجوانان می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مداخله ای با روش خوشه ای ۱۱۳ دانش آموز مقطع دوم راهنمایی از دو مدرسه در یک ناحیه آموزش و پرورش مشهد انتخاب و در گروه های مداخله (۵۶) و کنترل (۵۷) تخصیص یافتند. ابزار گرد آوری اطلاعات: مشخصات فردی و سئوالات آگاهی، عملکرد و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بود. برنامه آموزشی طراحی شده در ۴ جلسه ۵۰ دقیقه اجرا گردید و ۲ ماه بعد از مداخله، داده ها جمع آوری و توسط نرم افزار اس.پی.اس.اس. تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته ها: در گروه مداخله اختلاف میانگین نمرات آگاهی ($P=0/033$)، عملکرد ($P=0/001$) و سازه های مدل: شلّت ($P=0/008$) و حساسیت درک شده ($P=0/013$)، خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده ($P=0/001$) در مرحله پیگیری در مقایسه با قبل از مداخله معنادار بود. اما، در گروه کنترل تفاوت معناداری در این متغیرها مشاهده نشد.

نتیجه گیری: برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی می تواند در ارتقای آگاهی و ادراکات شناختی و رفتاری سبک زندگی سالم در نوجوانان اثر بخش باشد.

کلید واژه ها: مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش، سبک زندگی، دختران، نوجوانان.

مقدمه

اجتماعی نشأت می گیرد. بنابر پیش بینی سازمان جهانی بهداشت ۷۰-۸۰ درصد از میرایی های کشورهای توسعه یافته و ۵۰-۴۰ درصد از میرایی های کشورهای در حال توسعه به علت بیماری های مرتبط با سبک زندگی می

سبک زندگی، الگوی فعالیت های داوطلبانه روزمره زندگی است؛ که تأثیر مهمی بر وضعیت سلامت فرد داشته و از عوامل جمعیت شناختی، محیطی و

باشد(۱).

نوجوانی دوره ای بحرانی برای گسترش چاقی و اضافه وزن می باشد؛ که با مرگ و میر در بزرگسالی ارتباط دارد. افزایش شیوع چاقی در نوجوانان نتیجه عدم تعادل بین انرژی دریافتی و هزینه انرژی می باشد(۲).

در گزارشی که توسط مرکز کنترل بیماری های قلب و عروق سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸ اعلام شد، کشور ایران از نظر شیوع بالای چاقی دوران نوجوانی، یکی از ۷ کشور اول جهان می باشد؛ که علت آن تغییر سبک زندگی به خصوص خوردن مواد غذایی با چربی و شکر بالا و مصرف کم فیبر در رژیم غذایی به همراه کاهش فعالیت فیزیکی در این گروه می باشد(۳).

منطبق با بررسی صورت گرفته توسط سازمان ملی جوانان نیز، ۵۱٪ از نوجوانان مورد بررسی، سبک زندگی مناسبی نداشتند(۴). سنین نوجوانی همراه با تغییرات سریع الگوهای رفتاری است. این تغییرات نوجوان را در معرض گسترش رفتارهای پر خطر بهداشتی از قبیل عدم تحرک، عادات تغذیه ای نامناسب، مصرف سیگار و الکل قرار می دهد؛ که تأثیر آن تا سال ها بعد حتی تا آخر عمر، باقی می ماند. در مفهوم جدید سلامتی، افراد در مقابل سلامت خود مسئول بوده و باید سبک زندگی سالمی را برای خود برگزینند. تحقق این امر در گروه برنامه های ارتقای سلامت می باشد(۵).

تغذیه مناسب و سبک زندگی فعال دو مورد از رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده در نوجوانان می باشند(۶). مداخلات سبک زندگی می تواند در بهبود پیامدهای آنها از جمله کاهش وزن دوره نوجوانی اثربخش باشند(۷). با توجه به این که فقر فرهنگی و کمبود آگاهی می تواند زمینه ساز بسیاری از مشکلات پیچیده و پر هزینه باشد و یکی از روش های مبارزه با آن افزایش آگاهی از طریق آموزش است؛ آموزش شیوه های صحیح زندگی امری اصولی و اساسی است(۸).

اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی

بستگی به استفاده صحیح از نظریه ها و مدل ها دارد (۹)، مدلی که در این مطالعه برای ارتقای سبک زندگی در دوران بلوغ دختران نوجوان استفاده شد، مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) است. این مدل یکی از اولین مدل هایی است که در دهه ۱۹۵۰ برای رفتارهای پیشگیرانه مربوط به سلامت به وجود آمد (۹).

در این مدل بر خلاف آموزش سنتی که راه حل های از پیش آماده را به افراد ارائه داده و به آن ها اجازه تفکر نمی دهد (۱۱)، بر ادراکات فرد از تهدید ناشی از یک مسأله بهداشتی و ارزیابی توأمان از رفتار توصیه شده جهت پیشگیری یا مدیریت مسأله، مخاطب قرار می گیرد (۱۲) که از نکات برجسته روش شناسی این مدل محسوب می شود.

طبق این الگو استراتژی های آموزشی توصیه شده، چنین است:

۱- اجرای ارزیابی های خطر بهداشتی: در این مرحله مشخصات افراد در معرض خطر را بیان نموده و فعالیت هایی را باید ابداع کرد که بی درنگ گروه هدف را با سطوح مقتضی خطر به منظور بهبود حساسیت درک شده شان سوق دهد.

۲- برقراری ارتباط مناسب به منظور روشن نمودن مشکل بهداشتی و رفتار خطرناک به منظور شدت درک شده؛

۳- برقراری ارتباط جهت شفاف سازی مزایای اتخاذ اقدام توصیه شده، برای بهبود منافع درک شده رفتار؛

۴- مساعدت در شناسایی و تا حد امکان کاهش موانع اتخاذ اقدامات توصیه شده از طریق رفع سوء تفاهات و تشویق جهت افزایش مشارکت در اتخاذ رفتار توصیه شده؛

۵- کاهش تشویش و نگرانی های مرتبط با اقدام توصیه شده از طریق آموزش مهارت های لازم، راهنمایی و مساعدت جهت اقدام و ارایه الگوهای نقش و تقویت کلامی به منظور بهبود خودکارآمدی درک شده (۱۳).

در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی و ورزش، سبک زندگی نامطلوب دارند (۱۷). همچنین مطالعه ای جهت تغییر سبک زندگی با تأکید بر فعالیت فیزیکی و تغذیه سالم مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در این گروه سنی انجام نشده است. این پژوهش با هدف ارزشیابی آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در دختران نوجوان انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش، مطالعه مداخله ای از نوع کارآزمایی شاهددار غیر تصادفی می باشد. حجم نمونه مطالعه با توجه به میانگین و انحراف معیار فعالیت فیزیکی در پژوهش مشابه (۱۸) با اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ برای هر گروه ۵۳ نفر برآورد شد. حجم نمونه با احتساب ریزش احتمالی ۵۷ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. حجم نمونه از دو مدرسه راهنمایی دخترانه یک ناحیه آموزش و پرورش مشهد به طور خوشه ای مرحله ای تعیین شده، انتخاب گردید. یک مدرسه برای گروه کنترل و مدرسه دیگر برای گروه مداخله در نظر گرفته شد. از ۴ کلاس دوم هر مدرسه، ۲ کلاس به طور تصادفی به عنوان گروه های مداخله و گروه کنترل انتخاب شدند. در طول مطالعه از گروه مداخله یک نفر به دلیل غیبت در پس آزمون حذف شد. مطالعه بر روی ۱۱۳ نفر انجام گرفت. معیار ورود؛ تمایل به شرکت در مطالعه و عدم غیبت در جلسات کلاس بیش از یک جلسه و رضایت والدین بود. ابزار استفاده شده، در این مطالعه، پرسشنامه چند قسمتی محقق ساخته بود. پرسشنامه شامل موارد زیر بود. (۱) اطلاعات دموگرافی شرکت کنندگان با (۱۱ سؤال؛ ۲) آگاهی نسبت به شیوه های سبک زندگی فعال و تغذیه سالم در دوران بلوغ (۱۲ سؤال؛ ۳) عملکرد نسبت به تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی با (۱۹ سؤال؛ ۵) سؤالات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: حساسیت درک شده (۷ سؤال)، شدت درک شده (۷ سؤال)، منافع (۶

در مطالعات زیادی اثر بخشی مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای آگاهی و نگرش و اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت در گروه های مختلف، تأیید شده است. در مداخله آموزشی که عابدی و همکاران در تغییر سبک زندگی بر عوامل خطر ساز قلبی در زنان انجام دادند؛ نتایج بیانگر آن بود، مداخله بر اساس این مدل توانسته است باعث تغییر سبک زندگی زنان و ارتقای فعالیت فیزیکی در آنان شود (۱۴). در مطالعه لاگمپن و همکاران (۲۰۰۴) در کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی جهت آموزش تالاسمی در دانش آموزان دبیرستانی که گروه کنترل، آموزش به روش معمول و گروه مداخله، آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی دریافت کرده بودند، نتایج بیانگر آن بود، یک ماه بعد مداخله در مرحله پیگیری نمره عملکرد دانش آموزان در گروه مداخله که آموزش مبتنی بر مدل دریافت نموده بودند افزایش بیشتری داشت و در سازه های حساسیت و شدت درک شده و منافع درک شده رفتار افزایش معنی داری وجود داشته است (۱۰). هارتون در مطالعه نیمه تجربی خود به بررسی تأثیر آموزش تعاملی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و آموزش به روش های سنتی در ارتباط با سلامت پستان در دختران نوجوان پرداخت. در مطالعه او نتایج مقایسه گروه ها قبل و یک ماه پس از آزمون، نشان داد؛ دانش آموزانی که به روش تعاملی مبتنی بر مدل به کار گرفته شده، آموزش دیده بودند در پس آزمون، درک بالاتری از منافع خودآزمایی پستان داشتند. همچنین در این دانش آموزان موانع درک شده، خودآزمایی پستان کم تر بوده است (۱۵). در مطالعه لطفی ماین بلاغ و همکاران در بررسی تأثیر آموزش همسالان مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه ای دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی نشان داده شده، آموزش از طریق همسالان و به کارگیری اصول مدل اعتقاد بهداشتی منجر به ارتقای رفتار تغذیه ای دانش آموزان شده است (۱۶). با توجه به این که بیش از نیمی از دختران نوجوان

این پرسشنامه قبل از شروع مداخله، برنامه آموزشی بر اساس یافته‌های مطالعه و الگوی باور بهداشتی طراحی و تدوین گردید. سپس برنامه آموزشی در ۴ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای در مدت یک ماه برگزار شد. در جلسه اول و دوم آشنایی با گروه‌های غذایی و هرم غذایی و اهمیت انتخاب تغذیه سالم، درک از جدی بودن عوارض ناشی از عدم انتخاب تغذیه سالم و پیامدهای آن از جمله چاقی، اضافه وزن، تأثیر آن بر وضعیت سلامت فعلی و ابتلا به بیماری‌های مزمن در مراحل بعدی زندگی همچنین بر روی موانع موجود در انتخاب مواد غذایی سالم و ارابه راهکارهای ارتقای باور فراگیران در انتخاب تغذیه سالم بحث شد. در جلسه سوم و چهارم، آموزش در خصوص فواید و موانع فعالیت جسمی و راهکارهای غلبه بر موانع درک شده صورت گرفت. برنامه آموزشی با استفاده از روش‌های سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ و بحث گروهی، نمایش پاورپوینت و ارائه کتابچه آموزشی، پمفلت با موضوع شیوه زندگی سالم در دوران بلوغ و معرفی کتاب و سایت آموزشی معتبر، اجرا شد. جهت ارزشیابی نهایی برنامه آموزش و تعیین تغییرات رفتاری و شناختی حاصل از مداخله آموزشی، ۲ ماه پس از اتمام جلسات آموزش (مرحله پیگیری) با استفاده از پرسشنامه استفاده شده، در پیش‌آزمون، مجدد اطلاعات مربوط به آگاهی و عملکرد و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی جمع‌آوری و استخراج شد و با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. نسخه ۱۱/۵ بررسی گردیدند.

قبل از مداخله، گروه‌ها از نظر همسان بودن مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، برای تحلیل تأثیر آموزش در گروه‌های مداخله و کنترل (قبل از مداخله و ۲ ماه بعد از مداخله) از آزمون تی زوجی و تفاوت اختلاف میانگین نمرات کسب شده، بین دو گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مرحله پیگیری از آزمون تی مستقل استفاده شد. شایان ذکر است نکات قابل توجه در رعایت اخلاق پژوهشی در این مطالعه با در نظر گرفتن

سؤال) و موانع درک شده (۸ سؤال)، خودکارآمدی درک شده (۵ سؤال) و راهنمای عمل داخلی و خارجی (۳ سؤال). پاسخ دهی به گویه‌های سازه‌های حساسیت، شدت، تهدید و منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده در طیف مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (۵-۱) بود. در سازه موانع درک شده، مطلوب‌ترین حالت، نمره ۵ که بیان‌کننده کاهش درک موانع رفتار است و برای بدترین حالت نمره ۱ در نظر گرفته شد. برای تعیین اهمیت و اولویت راهنمای عمل نیز درصد فراوانی انتخاب هر مورد، توسط شرکت‌کنندگان سنجیده شد. معیار سنجش نمره آگاهی که ۴ سؤال آن معکوس درجه بندی شده بود، از کاملاً درست تا کاملاً نادرست (۵-۱) در نظر گرفته شد. برای سنجش عملکرد در خصوص انتخاب تغذیه صحیح و فعالیت فیزیکی، در صورت انجام رفتار (پاسخ بلی) نمره ۳ و انجام نامنظم رفتار (گاهی اوقات) نمره ۲ و برای عدم انجام رفتار (پاسخ خیر) نمره ۱ در نظر گرفته شد.

روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب با استفاده از روش‌های اعتبار محتوا و آزمون مجدد مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفت. پس از طراحی پرسشنامه با استفاده از منابع و مقالات معتبر علمی در زمینه سبک زندگی فعال و تغذیه سالم، از ۱۰ نفر متخصص نظر خواهی شد. اعتبار محتوایی پرسشنامه با محاسبه شاخص CVR بررسی گردید و گویه‌هایی که مقدار این شاخص کم‌تر از $0/62$ بود؛ از پرسشنامه حذف شدند. پایایی پرسشنامه نیز از طریق انجام آزمون مجدد پس از این که پرسشنامه در دو مرحله با فاصله زمانی ۱۰ روز توسط ۲۴ نفر از دانش‌آموزان که خارج از گروه کنترل و مداخله بودند، تکمیل شد مورد سنجش قرار گرفت. نتایج آزمون آلفا کرونباخ برای آگاهی $0/79$ ، شدت درک شده $0/82$ ، حساسیت درک شده $0/78$ ، منافع درک شده $0/88$ ، موانع درک شده $0/70$ و خودکارآمدی درک شده $0/80$ تعیین شد.

پس از جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات حاصل از

یافته ها

در این بررسی سطح تحصیلات ۶۴٪ از پدران گروه مداخله و ۷۹٪/۱ از گروه کنترل زیر دیپلم بود. همچنین ۶۴٪/۹ مادران در گروه مداخله و ۷۳٪/۳ در

رضایت والدین واحدهای پژوهش و هماهنگی و انطباق محتوای آموزشی با سرفصل دروس مقطع راهنمایی در سازمان آموزش و پرورش خراسان رضوی صورت گرفت.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار آگاهی و عملکرد در ارتباط با سبک زندگی سالم قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تحت مطالعه

df	آزمون تی زوجی P-Value (t)	۲ ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیرها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۵۵	-/۰۲۰ (-۲/۳۹۳)	۳/۵۰	۲۸/۲۱	۳/۶۰	۲۶/۸۲	مداخله	آگاهی
۵۶	-/۴۶۶ (۰/۷۳۴)	۳/۱۵	۲۶/۸۵	۲/۸۸	۲۷/۰۸	کنترل	
۵۵	-/۰۰۱ (-۹/۷۳۱)	۳/۶۰	۴۱/۲۵	۴/۵۲	۳۶/۹۶	مداخله	عملکرد
۵۶	-/۱۱۷ (۱/۵۹)	۳/۹۶	۳۸/۰۵	۴/۲۷	۳۷/۵۲	کنترل	

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در ارتباط با سبک زندگی سالم قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تحت مطالعه

df	آزمون تی زوجی P-Value (t)	۲ ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیرها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۵۵	-/۰۰۱ (-۷/۷۶۶)	۲/۲۸	۱۵/۸۳	۲/۶۵	۱۰/۴۶	مداخله	شدت درک شده
۵۶	-/۵۵۶ (۰/۵۹۳)	۵/۰۸	۱۳/۸۴	۲/۶۴	۱۳/۴۰	کنترل	
۵۵	-/۰۰۱ (-۴/۷۲۲)	۱/۸۸	۱۸/۱۹	۲/۳۶	۱۳/۶۴	مداخله	حساسیت درک شده
۵۶	-/۵۲۱ (۰/۶۴۵)	۳/۱۲	۱۶/۹۶	۳/۲۰	۱۶/۶۴	کنترل	
۵۵	-/۰۰۱ (-۱۰/۳۴۹)	۲/۳۳	۱۳/۹۲	۲/۰۱	۱۱/۹۶	مداخله	منافع درک شده
۵۶	-/۳۸۰ (۰/۸۸۴)	۲/۸۵	۱۱/۷۵	۱/۷۰	۱۱/۴۷	کنترل	
۵۵	-/۰۰۶ (-۲/۸۵۰)	۶/۳۹	۲۴/۶۶	۴/۹۷	۲۲/۱۷	مداخله	موانع درک شده
۵۶	-/۶۹۶ (۰/۶۹۶)	۴/۷۸	۲۱/۱۹	۴/۷۸	۲۱/۴۹	کنترل	
۵۵	-/۰۰۱ (-۹/۲۷۱)	۳/۱۶	۱۲/۴۱	۲/۸۳	۸/۳۵	مداخله	خودکارآمدی درک شده
۵۶	-/۶۹۶ (۱/۶۹۶)	۲/۳۱	۹/۲۸	۱/۵۳	۸/۹۱	کنترل	

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و عملکرد و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در ارتباط با سبک زندگی سالم قبل و بعد از مداخله آموزشی بین گروه مداخله و کنترل

متغیرها	گروه	قبل از مداخله			۲ ماه بعد از مداخله			
		میانگین	انحراف معیار	تی مستقل P- Value	t	میانگین	انحراف معیار	تی مستقل P- Value
آگاهی	مداخله	۲۶/۸۲	۳/۶۰	۰/۶۶۶	۰/۴۳۴	۲۸/۲۱	۳/۵۱	۰/۰۳۳
	کنترل	۲۷/۰۸	۲/۸۸	۰/۶۶۶	۰/۴۳۴	۲۶/۵۸	۳/۱۵	۰/۰۳۳
عملکرد	مداخله	۳۶/۹۶	۴/۲۵	۰/۴۹۹	۰/۶۷۹	۴۱/۲۵	۳/۶۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۷/۵۲	۴/۲۷	۰/۴۹۹	۰/۶۷۹	۳۸/۰۵	۳/۹۶	۰/۰۰۱
شدت درک شده	مداخله	۱۲/۳۲	۳/۹۲	۰/۰۹۰	۱/۷۱۵	۱۵/۸۳	۲/۲۸	۰/۰۰۸
	کنترل	۱۳/۴۰	۲/۶۴	۰/۰۹۰	۱/۷۱۵	۱۳/۸۴	۵/۰۸	۰/۰۰۸
حساسیت درک شده	مداخله	۱۶/۳۷	۲/۸۸	۰/۶۳۳	۰/۴۷۸	۱۸/۱۹	۱/۸۸	۰/۰۱۳
	کنترل	۱۶/۶۴	۳/۲۰	۰/۶۳۳	۰/۴۷۸	۱۶/۹۶	۳/۱۲	۰/۰۱۳
منافع درک شده	مداخله	۱۱/۹۴	۲/۰۱	۰/۱۸۱	۱/۳۴۷	۱۳/۹۲	۲/۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۴۷	۱/۷۰	۰/۱۸۱	۱/۳۴۷	۱۱/۷۵	۲/۸۵	۰/۰۰۱
موانع درک شده	مداخله	۲۲/۱۷	۴/۹۷	۰/۴۵۶	۰/۷۴۸	۲۴/۶۶	۶/۳۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۴۹	۴/۷۸	۰/۴۵۶	۰/۷۴۸	۲۱/۱۹	۴/۶۹	۰/۰۰۱
خودکارآمدی درک شده	مداخله	۸/۳۵	۲/۸۳	۰/۱۹۸	۱/۲۹۲	۱۲/۴۱	۳/۱۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۹۱	۱/۵۳	۰/۱۹۸	۱/۲۹۲	۹/۲۸	۲/۳۱	۰/۰۰۱

جدول ۴: توزیع درصد فراوانی راهنمای عمل به ترتیب اولویت انتخاب در نمونه مورد مطالعه

منابع کسب اطلاعات	گروه مداخله		گروه کنترل	
	تعداد(درصد)	اولویت انتخاب	تعداد(درصد)	اولویت انتخاب
مادر	۲۹ (۵۱/۸)	۱	۳۳ (۵۸/۲)	۱
معلم	۱۵ (۲۸/۰۷)	۲	۷ (۱۲/۵)	۳
خواهر	۴ (۷)	۳	۸ (۱۴/۳)	۲
دوستان	۲ (۳/۶)	۴	۳ (۴/۸)	۵
کارکنان بهداشتی	۲ (۳/۶)	۵	۱ (۱/۸)	۷
نوشته های بهداشتی	۲ (۳/۶)	۶	۲ (۳/۲)	۶
رادیو و تلویزیون و اینترنت	۲ (۳/۶)	۷	۳ (۵/۲)	۴
جمع	۵۶ (۱۰۰)		۵۷ (۱۰۰)	

نشان داد، سازه های حساسیت و شدت درک شده، منافع و خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده در طول مطالعه در گروه مداخله ارتقای معنی داری داشت و در گروه کنترل نتیجه آزمون تی زوجی در مقایسه قبل و مرحله پیگیری، افزایش معنی داری نشان نداد (جدول شماره ۲). یافته های به دست آمده از آزمون تی مستقل نشان داد؛ در گروه کنترل قبل از مداخله آموزشی و مرحله پیگیری بین میانگین نمرات آگاهی و عملکرد و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی ارتباط معنی داری وجود نداشته است. ولی، این ارتباط در گروه مداخله در مرحله پیگیری معنی دار بوده است (جدول ۳).

در سازه راهنمای عمل، ۵۱/۸٪ از دختران در

گروه کنترل زیر دیپلم داشتند. شغل ۹/۴٪ از پدران گروه مداخله و ۷/۱٪ از پدران گروه کنترل کارمند بود، بیشتر پدران در هر دو گروه شغل آزاد و کارگری داشتند. شغل بیشتر مادران در هر دو گروه (مداخله ۸۹/۱٪، کنترل ۸۴/۲٪) خانه داری بود.

بین میانگین نمره آگاهی قبل و ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی (مرحله پیگیری) تفاوت معنی داری در گروه مداخله وجود داشت؛ که این ارتباط در گروه کنترل، معنی دار نبود. همچنین در گروه مداخله عملکرد دانش آموزان در مرحله پیگیری در مقایسه با قبل از آموزش به طور معنی داری افزایش داشته است (جدول شماره ۱).

نتایج بررسی و مقایسه نمرات سازه های مدل

گروه مداخله و در ۲/۵۸٪ از گروه کنترل، مادران خود را به عنوان بهترین راهنمای سبک زندگی فعال و تغذیه سالم خود معرفی نمودند. همچنین مادران اولویت اول انتخاب آنها به عنوان راهنمای سبک زندگی فعال و تغذیه سالم دختران نوجوان بوده اند (جدول شماره ۴).

بحث

نتایج این مطالعه بیانگر آن بود با برگزاری ۴ جلسه آموزش شیوه تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی، پس از ۲ ماه از مداخله آموزشی، میانگین نمره آگاهی و عملکرد دانش آموزان نسبت به قبل از مداخله افزایش قابل توجهی داشته است. مطالعه فشارکی و همکاران در بررسی تأثیر آموزش بر اصلاح سبک زندگی دانش آموزان مقطع ابتدایی بود. در این مطالعه ۶ جلسه آموزشی یک ساعته در خصوص تغذیه و فعالیت فیزیکی برگزار شد. پس از آن، میانگین نمره سبک زندگی در گروه تجربی افزایش یافت (۵). مدت زمان در نظر گرفته شده اجرای مطالعه فشارکی و همکاران در مقایسه با مطالعه حاضر بیشتر است. بنابراین، می توان اثربخشی مطالعه حاضر را در کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش و روش های چندگانه برای ارتقای آگاهی و عملکرد نسبت داد. مطالعه لطفی ماین بلاغ و همکاران (۱۶) در خصوص آموزش رفتارهای تغذیه ای در دانش آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی از طریق آموزش همسالان مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بود. در این مطالعه ۶ جلسه آموزش انجام شد. ارتقای رفتار تغذیه ای گروه هدف پس از ۲ ماه افزایش معناداری داشت. نتایج مطالعه حاضر، اثربخشی بیشتری را با توجه به مدت زمان اجرای برنامه نشان می دهد. از طرفی مطالعه لطفی ماین بلاغ و همکاران از طریق همسالان انجام شده بود؛ که می تواند بر نتایج کلی مطالعه تأثیر داشته باشد. بنابراین، نمی توان نتایج گزارش شده توسط محققین را به طور کامل به اثربخشی مدل اعتقاد بهداشتی نسبت داد.

در بررسی حاضر نشان داده شد، آموزش می تواند علاوه بر آگاهی که پیش شرط تغییر نگرش و تغییر رفتار و تصمیم گیری صحیح برای اتخاذ رفتار است؛ در ابعاد شناختی، نگرشی و رفتاری نیز تغییر مثبت ایجاد کند. همچنین افزایش در عملکردهای مرتبط با رفتار تغذیه ای و سبک زندگی فعال در طول مطالعه مشاهده شد. این موضوع با نتایج صفاری و همکاران در یک کارآزمایی شاهدهار در بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر سبک زندگی نوجوانان دختر و پسر بر اساس مدل پرسید و پرسید در بهبود سبک زندگی نوجوانان (۱۹) همخوانی دارد. همچنین تشابه نتایج این مطالعه با یافته های حاضر می تواند در کاربرد مدل های آموزش سلامت در اجرای برنامه آموزشی نسبت داد. یافته های اسپنر نیز نشان داد، مداخله آموزش سبک زندگی در کودکان با تأکید بر جنبه های سبک زندگی فعال و تغذیه و مشاوره روانشناسی کودکان و والدین اثر بخش بوده است و باعث کاهش معنادار شاخص توده بدنی و تراکم چربی پس از ۱۲ ماه از مداخله شده است (۷). منطبق با یافته های حاضر، پیرزاده و همکاران پس از مداخله آموزشی مشاهده نمودند رفتار تغذیه ای نامطلوب در دانش آموزان گروه تجربی پس از مداخله کاهش معناداری داشته است (۲۰). برخلاف یافته های این مطالعه، نتایج مطالعه ابومقلی و همکاران تحت عنوان تأثیر آموزش بهداشت در زمینه سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی در دانشجویان نشان داد اختلاف معناداری در عملکرد گروه آزمون و کنترل پس از اجرای مداخله آموزشی وجود نداشته است (۲۱). دلیل احتمالی آن را می توان به اختلاف در ویژگی های گروه مورد بررسی و مدت زمان سنجش عملکرد دانست. در مطالعه ابومقلی گروه مورد بررسی دانشجویان بودند.

از دیگر یافته های مطالعه حاضر، افزایش معنی دار سازه های حساسیت و شدت درک شده و منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله بود. بجز در بررسی خودکارآمدی دانش

رفتارهای مثبت و سالم در نوجوانان همچین الگو بودن والدین و معلمین برای توسعه رفتارهای سالم در کودکان و نوجوانان از موضوع های مهم است؛ که می تواند اثربخشی مداخلات را افزایش دهند(۲۴).

از محدودیت های این تحقیق، نحوه سنجش سؤالات عملکرد در پرسشنامه بود؛ که به صورت خودگزارشی تکمیل شده بود. لذا، سنجش دقیق عملکرد بر این اساس با محدودیت هایی مواجه می باشد. پیشنهاد می گردد در مطالعاتی که در این راستا انجام می شود از ابزارهای عینی از جمله استفاده از گام شمار و چک لیست مشاهده رفتار که توسط والدین و یا مربی بهداشت مدرسه تکمیل می گردد، استفاده شود. همچنین در این مطالعه تخصیص تصادفی نمونه ها به طور کامل برای کاهش تأثیر عوامل مخدوش کننده، امکان پذیر نبود.

پیشنهاد می شود با توجه به اهمیت عوامل رفتاری سبک زندگی در سلامت نوجوانان و جوانان، مطالعات جهت ارتقای، حفظ و تداوم رفتار برای گروه های سنی مختلف دانش آموزان دختر و نیز دانش آموزان پسر تداوم یابد. از سایر مدل ها و تئوری های تغییر رفتار در حوزه روان شناسی اجتماعی نیز استفاده شود؛ تا کارآمدترین الگوهای تغییر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم معرفی شود و مربیان و آموزش دهندگان سلامت در تعیین استراتژی ها و طراحی مداخلات آموزشی خود به کار گیرند.

نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. نتایج آن نشان داد برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی می تواند در ارتقای آگاهی و ادراکات شناختی و عملکردی در رفتارهای سبک زندگی سالم از جمله تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی اثر بخش باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر که اهمیت و اولویت دختران برای کسب

آموزان نسبت به رفتارهای سبک زندگی سالم با تمرکز بر آموزش رفتارهای تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی نشان داد تشویق و ترغیب اجتماعی به عنوان یک راهبر در ارتقای خودکارآمدی می تواند باعث افزایش خودکارآمدی دانش آموزان در انجام رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم گردد (۲۲). در مطالعه تیموری و همکاران نیز مداخله آموزشی باعث تأثیر مثبت و معناداری در خودکارآمدی درک شده و تأثیرات بین فردی و همچنین کاهش موانع درک شده فعالیت فیزیکی و ارتقای عملکرد دانش آموزان بعد از مداخله در گروه تجربی شد (۱۸). این موضوع بیانگر اهمیت خودکارآمدی در اتخاذ و تبعیت از رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم می باشد. در بررسی حاضر میانگین نمره موانع درک شده رفتار در مرحله پیگیری کاهش داشت. این امر همراستا با نتایج پژوهش کریمی و همکاران بود. در مطالعه آنها در میانگین نمره موانع درک شده رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، بعد از مداخله کاهش معناداری وجود داشت (۹).

در این مطالعه راهنماهای عمل (علایم مثبتی که افراد از محیط اطراف و محیط داخلی خود دریافت می کنند و احتمال اتخاذ رفتار را افزایش می دهند) نشان داد؛ اکثریت دانش آموزان، مادران خود را اولین منبع و اولویت خود جهت کسب اطلاعات مرتبط با رفتارهای سبک زندگی فعال و تغذیه سالم می دانند. بنابراین، بر اهمیت نقش مادران در خانواده برای ارتقای سلامت دختران تأکید می شود. نوری و همکاران در نیازسنجی آموزشی بهداشت دوران بلوغ دختران مقطع راهنمایی تهران، تعیین نمودند؛ دختران، فاکتورهای مؤثر بر ارتقای سلامت بلوغ خود را در درجه اول والدین، بعد معلم و رسانه های جمعی اعلام کردند. آنها روش های ارتقای سلامت خود را از طریق رعایت بهداشت فردی و تغذیه سالم و آموزش از طریق مادران و مربیان بیان نمودند (۲۳). در تحقیقات اهمیت نقش منابع بین فردی و ارتباطی در ایجاد

دارند.

اطلاعات در خصوص رفتارهای مرتبط با سبک زندگی فعال و تغذیه سالم مادران بودند و با توجه به تحصیلات اکثر مادران در سطح پایین پیشنهاد می گردد برنامه های آموزشی در خصوص رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم در برنامه های آموزش خانواده در مدارس برای والدین نیز لحاظ گردد. ارتقای شیوه زندگی سالم، حرکتی در راستای توانمند سازی فردی و اجتماعی در زمینه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد است. از این طریق می توان گامی مهم جهت ارتقای سطح سلامت جوانان کشور برداشت. زیرا آنها نقش مهمی در توسعه پایدار

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می دانند از همکاری سرپرستان و مسئولین محترم سازمان آموزش و پرورش و اداره آموزش و پرورش ناحیه ۱ مشهد و مدیران مدارس راهنمایی که مداخله در آنها انجام شده است و دانش آموزان قدردانی نمایند.

References

- Mohammadian H, Eftekhari Ardebili H, Rahimi Foroushani A, Taghdisi MH, Shojaeizadeh D. Evaluation of Pender's health promotion model for predicting girl's quality of life. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2011;8(4):11-3. [Persian]
- Zaree M, Hamedinai M, Haghighi A, Yarahmadi H. Relationship Physical Activity level and sedentary behaviors with diet patterns among 12-14 year-old students boys in Sabzevar. 3. 2013; 19 (4) :371-81. [Persian]
- Rezaeipour A, Yousefi F, Mahmoudi M, Shakeri M. Investigate the relationship between physical activity and sedentary behaviors with dietary patterns in boys 12-14 years. J Hayat. 2006;13(3):17-25. [Persian]
- Zareeian A, Ghofranipour F, Ahmadi F, Kazemnejad A, Akhtardanesh N, Mohammadi E. Explain concept lifestyle in adolescent boys: a qualitative study. IJNR. 2007;2(6,7):73-84. [Persian]
- Fesharaki M, Sahebazamani M, Rahimi R. Effect of education on lifestyle modification in overweight Urmia city elementary school students in 1388. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2010;9(3):290-5. [Persian]
- Ghaffari M, Tavassoli E, Esmailzadeh A, Hasanzadeh A. The effect of education based on health belief model on the improvement of osteoporosis preventive nutritional behaviors of second grade middle school girls in Isfahan. Journal of Health Research. 2010;6(4):714-23. [Persian]
- Schaefer A, Winkel K, Finne E, Kolip P, Reinehr T. An effective lifestyle intervention in overweight children: One-year follow-up after the randomized controlled trial on Obeldicks light. Clin Nutr. 2011;30(5):629-33.
- Sarvestani RS, Kargar M, Kave MH, Tabatabaee H. The Effect of Dietary Behavior Modification on Anthropometric Indices in Obese Adolescent Female Students. Iranian Journal of Pediatrics. 2008;18(1): 71-8. [Persian]
- Karimi M, Ghofranipour F, Heydarnia AR. The effect of health education based on health belief model on preventive action of AIDS on addict in zarandieh. Journal Of Guilan University Of Medical Sciences. 2009;18(70):64-73. [Persian]
- Lagampan S, Lapvongwatana P, Tharapan C, Nonthikorn J. Health belief model teaching program for thalassemia education in high school students. Chula Med Journal. 2004;48(11):725-35.
- saffari M, shojaeizade D, ghofranipour F, heydarnia A, pakpour A. Health education & promotion theories, models & Methods. Tehran: saeide-Danesh; 2010.[Persian]
- Saffari M, Shojaeizadeh D. Principles and Foundation of Health Promotion and Education. Tehran: Samat; 2009. [Persian]
- Didarloo A, Shojaeizadeh D, Mohamadian H. Health Promotion Planning. Tehran: Saeide-Danesh; 2010.[Persian]

14. Abedi P, SooLee MH, Kandiah M, Yassin Z, SHojaeizadeh D, Hosseini M. Lifestyle change using the health belief model to improve cardiovascular risk factors among postmenopausal women. *Health System Research*. 2011;7(1). [Persian]
15. Horton JA. Teaching breast health to adolescent females in high school: Comparing interactive teaching with traditional didactic methods: THE UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM; 2011.
16. Lotfi Mainbolagh B, Rakhshani F, Zareban I, Alizadeh Sivaki H, Parvizi Z. The effect of peer education based on health belief model on nutrition behaviors in primary school boys . *J Research Health*. 2012; 2 (2) :214-26.
17. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Zarei L. The relation between female teenagers' life style and osteoporosis prevention. *Hayat*. 2006; 12 (2) :53-61.
18. 18.Teymouri P, Niknami S, Ghofranipour F. Effects of a School-Based Intervention on the Basis of Pender's Health Promotion Model to Improve Physical Activity among High School Girls. *Armaghane-Danesh*. 2008;12(2(46)):47-59. [Persian]
19. Saffari M, Amini N, Ardebili HE, Mahmoudi M, Sanaeinasab H. Evaluation of an educational intervention based on PRECEDE PROCEED model toward lifestyle improvement among adolescents. *Daneshvar Medicine J*.19(98):1-11. [Persian]
20. Pirzadeh A, Hazavhei MM, Entezari MH, Hasanzadeh A. The Effect of Educational Program on Nutritional Knowledge and Behavior of Middle School Female Second Graders in Isfahan in 2009. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;11(2):94-102. [Persian]
21. Yanis M, Anthon k. Health nutrition education in elementary schools: changes in health knowledge, nutrition intakes and physical activity over a six year period. *Public Health Nutr*. 2007;2(3):445-8.
22. Becher BSS. Adolescent's self- efficacy toward healthy life style behaviors after attending school – based intervention course focused on physical activity and healthy eating: Ohio State University; 2009.
23. sistani MN, Marghatikhouie E, taghdisi Mh. The comparison between the views of mothers, girls and teachers in determining the health priorities of puberty in girls Guidance school district 6 in Tehran. *Health and Institute of Public Health Research*. 2008;6(2):13-22. [Persian]
24. Javaheri J, Farajzadegan Z, Shams B, Kelishadi R, Sharifirad G, Asgari M. Evaluating Healthy Life Style Education to Adolescents by means of Direct Method, Parents, and Teachers Using CIPP Evaluation Model. *Iranian Journal of Medical Education* 2010;10(3):219-28. [Persian]

Evaluation of education in promoting healthy lifestyle behaviors among adolescent girls, according to the Health Belief Model

Nooshin Peyman

Associate Professor of Health Education and promotion Department, Health Sciences Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Mehrsadat Mahdizadeh

PhD Student of Health Education and promotion, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mousa Mahdizadeh

PhD Student, Instructor Faculty, School of Nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received:09/11/2013, Revised:24/12/2013, Accepted:04/02/2014

Corresponding Author:

School of Health, Iran University of Medical Sciences, Mehrsadat Mahdizadeh
E-mail:
msmahdizadeh@gmail.com

Abstract

Background & objective: adolescence is one of the most valuable period in life which is foundation of the next stage. Adolescents' sedentary lifestyle and unhealthy eating behaviors threaten the present and future life in this age group. The aim of this study was to evaluate healthy lifestyle education based on health belief model among adolescents.

Materials and methods: this interventional study was conducted on 113 students who were selected from two schools in an educational district in Mashhad and via the cluster sampling method. They were divided into a case group (56) and a control one (57). Data were gathered using demographic, knowledge and performance questionnaires and also the health belief model constructs. The reliability of the questionnaires was determined by test-retest and alpha. Educational program based on health belief model was designed and implemented in four 50-minute sessions. The data were analyzed using SPSS software (11.5).

Results: There was observed a significant difference between after and before intervention in mean scores of knowledge ($P=0.033$), Performance ($P=0.001$) and also physical activity, puberty health, structures of health belief model include sensitive ($P=0.013$), intensity ($P=0.008$) and efficacy, perceived benefits ($P=0.001$) and perceived barriers ($P=0.001$) while, there was no significant difference in the case group.

Conclusion: Health education programs which are based on health belief model can be effective in promoting health awareness, perceptions of cognitive and healthy lifestyle behaviors in adolescents.

Key words: health belief model, education, Lifestyle, Adolescent, girls