رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان دختر مقاطع متوسطه اول و دوم شهر پلدختر در سال ۱۳۹۲

نسیم پیری[۱]، غلامرضا گرمارودی*[۲]، کرامت اله نوری[۳]، مجتبی آزادبخت[۴]، شیما هاشمی[۵]

۱-کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- استادیار، دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- دانشیار، دکترای تخصصی آمار زیستی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ، تهران، ایران.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشدآموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- کارشناسی بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره هفدهم / شماره ۳ / پاییز ۹۴ / مسلسل ۶۵

چکیده

دریافت مقاله: ۹۴/۶/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۴/۸/۱۷

مقدمه: سلامت دختران نوجوان به دلایل متعدد فرهنگی و اجتماعی، ویژگی های بلوغ دختران و شرایط جسمی و روانی این دوران و از همه مهم تر نقش اساسی دختران در زمینه باروری و تأثیر آن بر زندگی خانواده ها در مقایسه با پسران از اهمیت بیشتری برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان رفتارهای ارتقا، دهنده سلامت دانش آموزان دختر شهر پلدختر صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه مقطعی توصیفی- تحلیلی است. نمونه گیری از بین دانش آموزان به روش چند مرحله ای انجام گرفت. بدین صورت که هر کدام از مناطق به عنوان طبقه در نظر گرفته شد و مدارس دخترانه درون طبقات به عنوان خوشه انتخاب شدند. سپس به روش خوشه ای چند مرحله ای مدارس انتخاب و نمونه های مورد نظر به طور تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سنجش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (**HPLPII**) بود. جهت تحلیل داده ها از آزمون **t** مستقل و آنالیز واریانس استفاده شده است.

یافته‌ها: ۴۲۱ پرسشنامه تکمیل گردید. میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۶۴/۶ درصد کل نمره ممکن بود. میانگین سازه های مسئولیت پذیری سلامت، تغذیه، فعالیت فیزیکی و مدیریت استرس در دانش آموزان به ترتیب ۶۸/۷، ۶۶/۹، ۵۸/۲ و ۵۶/۸ درصد کل نمره ممکن بود. متغیرهای تحصیلات پدر و مادر، شغل مادر، بعد خانوار، نوع سرگرمی و نمایه توده بدنی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معنی داری داشتند ($p<۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که رفتارهای بهداشتی دانش آموزان دختر شهر پلدختر در حد متوسطی می باشد. دو سازه مدیریت استرس و فعالیت جسمانی نسبت به دو سازه دیگر وضعیت نامطلوب تری داشتند؛ لذا ضرورت توجه و مداخلات بیشتر را مبرهن می سازد.

واژه‌های کلیدی: دانش آموزان دختر، مقاطع متوسطه، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت.

*آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت،گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت.

پست الکترونیک: garmaroudi@tums.ac.ir

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

کشور ایران با بیش از ۱۵ میلیون جمعیت نوجوان یکی از جوانترین کشورهای دنیا محسوب می گردد (۱). این نوجوانان سرمایه‌های اصلی کشور هستند و در شکل گرفتن نسل آینده و ارتقای سلامت جامعه بسیار مهم هستند و تأمین سلامت آنان از اهداف اصلی برنامه‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی است (۲). دوره نوجوانی که مقارن با مقاطع تحصیلی متوسطه اول و دوم می باشد، یک دوره منحصر به فردی در زندگی و یکی از پر چالش ترین دوره‌های زندگی به شمار می‌آید (۳). نوجوانی دوره بسیار حساس و حیاتی می باشد که با تغییرات جسمی، عاطفی و تکاملی همراه می‌باشد و فرد را برای ورود به بزرگسالی آماده می‌نماید (۱). دانش‌آموزان در مدرسه علاوه بر دانش و نگرش، رفتارهای جدیدی را در مدارس می‌آموزند که برخی از این رفتارها به طور مستقیم با سلامت آنان مرتبط است. طبق بررسی های انجام گرفته ۵۱ درصد از نوجوان دارای رفتارهای بهداشتی مناسبی نمی باشند. مطالعات متعددی نشان می‌دهند که فعالیت‌های فیزیکی به عنوان یکی از مهم‌ترین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانش‌آموزان دختر دارای وضعیتی بسیار نامطلوب می‌باشد. برخی مطالعات نشان می‌دهند که فقط ۳۶ درصد دانش‌آموزان دختر از فعالیت‌های فیزیکی مطلوبی برخوردارند (۴). از آنجایی که نوجوانی با بلوغ همراه است منشا بسیاری از استرس ها می باشد که دختر ها بیشتر از پسران در معرض استرس های ناشی از بلوغ هستند. پژوهش های فراوانی حاکی از وجود ارتباط بین استرس و بسیاری از بیماری های جسمی و روانی می باشند (۲). در همین رابطه پژوهشهای متعددی گزارش کرده اند که استرس های مربوط به روابط بین فردی خطر مشکلات رفتاری را در دانش آموزان و به ویژه در دختران بیشتر می کند (۳). سلامت دختران نوجوان به دلایل متعدد فرهنگی و اجتماعی در مقایسه با پسران از اهمیت بیشتری برخوردار است. ویژگی های بلوغ دختران و شرایط جسمی و روانی این دوران و از همه مهم تر نقش اساسی دختران در زمینه باروری و تأثیر آن بر زندگی خانواده ها اهمیت بررسی سلامت دختران نوجوان را دو چندان می سازد. مطالعات دیگری نیز حاکی از این است که رفتارهای ارتقاء دهنده الگوهای تغذیه ای دانش آموزان دختر در حد نامطلوبی می باشند (۵ ،۲). بنابراین توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سنین نوجوانی و به ویژه دختران یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی می‌باشد (۶).

از آنجا که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مانند بقیه رفتارهای بهداشتی قابل آموزش هستند لذا آموزش‌های لازم در این خصوص باید از مدارس آغاز گردند. سازمان جهانی بهداشت نیز با تأکید بر همین مسئله طرح مدارس ارتقاء دهنده سلامت را عنوان نموده است (۶ ،۲).

با توجه به اینکه قبل از هرگونه مداخله باید اقدام به بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت گردد، در این مطالعه بر آن هستیم که با بررسی میزان شیوع رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در مدارس دخترانه مقطع متوسطه اول و دوم شهر پلدختر را و همچنین تعیین عوامل مرتبط با آن (پایه و مقطع تحصیلی دانش‌آموزان، میزان تحصیلات و شغل والدین، نوع سرگرمی نوجوانان و...) گام کوچکی در راستای ارتقای رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان برداشته باشیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه هدف در این پژوهش دانش آموزان دختر مقاطع متوسطه اول و دوم شهر پلدختر بودند. با توجه به فرمول زیر حجم نمونه تعیین گردید.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

$$n = \frac{z^2 pq^2}{d^2}$$

در فرمول فوق p=۰/۵ لحاظ گردید، به عبارت دیگر حداکثر تعداد نمونه لحاظ گردید. مقدار z نیز با در نظر گرفتن ۹۵٪ اطمینان و مقدار آلفای ۵٪، ۱/۹۶ در نظر گرفته شد. همچنین مقدار d نیز ۵٪ در نظر گرفته شد. در نهایت حجم نمونه مطابق فرمول فوق ۳۸۵ نفر به دست آمد و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد جهت موارد از دست رفته احتمالی نهایتاً حجم نمونه ۴۲۴ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه گیری به روش چند مرحله ای انجام گرفت به طوری که نخست شهر پلدختر به چهار ناحیه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق و غرب) تقسیم گردید، بدین صورت که هر کدام از مناطق به عنوان طبقه در نظر گرفته شد و مدارس دخترانه درون طبقات به عنوان خوشه انتخاب شدند. سپس به روش خوشه ای چندمرحله ای مدارس انتخاب و نمونه های موردنظر به طور تصادفی انتخاب شدند.

لیست تمامی مدارس دخترانه مقاطع متوسطه اول و دوم هر ناحیه جمع آوری شد. تعداد نمونه های هر شاخه به روش نمونه ای طبقه ای متناسب با حجم انتخاب و سپس با مراجعه به مدارس نمونه های لازم به طور تصادفی ساده جمع آوری شدند. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه دانش آموز و اولیای آنان به صورت شفاهی، عدم بروز اتفاق ناگوار برای دانش آموز در یک ماه اخیر و عدم شرکت در مطالعه یا مداخله پژوهشی دیگر بود.

نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به این صورت بود که پرسشنامه‌ها در اختیار دانش آموزان قرار گرفتند تا به آن پاسخ دهند. توضیحات لازم در مورد شیوه پاسخ دهی به پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران به دانش آموزان داده شد.

پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سنجش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (HPLPII) بود. نسخه اصلی پرسشنامه HPLPII شامل ۵۲ گویه می باشد که این ابزار توسط محمدی و همکاران برای دانش آموزان دختر ایرانی اعتبار سنجی گردیده است و یک نسخه ۳۴ گویه ای از آن حاصل شده است (۷). این پرسشنامه یک ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت فراهم می نماید که این ابعاد عبارتند از: مسئولیت بهداشتی، تغذیه، فعالیت فیزیکی و مدیریت استرس. در مقابل هر سوال ۴ گویه وجود دارد که به صورت هرگز (صفر)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) نمره دهی می شود. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در این پرسشنامه بین ۱۰۲-۰ می باشد که در پژوهش حاضر نمرات اخذ شده به صورت درصد بیان شده است. برای کل پرسشنامه و هر یک از ابعاد آن به صورت ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی می شود. معیار تقسیم بندی نیز به این صورت بود که نمره کسب شده کمتر از ۵۰ درصد کل نمره به عنوان طبقه ضعیف، بین بین ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و کسب بیشتر از ۷۵درصد از نمره کل به عنوان طبقه خوب تقسیم بندی شد (۸).

محمدی و همکاران (۷)، ضریب شاخص روایی محتوای HPLP-34 (CVI) را برای کل پرسشنامه و حیطه های آن بالای ۰/۸۰، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای حیطه های آن بین ۰/۷۶-۰/۷۰ گزارش نمودند.

اطلاعات دموگرافیک مورد سنجش در پژوهش حاضر نیز شامل سن، پایه تحصیلی، شغل و تحصیلات والدین، نوع سرگرمی دانش آموز در اوقات فراغت، بعد خانوار، قد و وزن بود. قد و وزن دانش آموزان توسط پژوهشگر اندازه گیری شد و برای این کار ترازوی دیجیتال با دقت ۰/۱ کیلوگرم و قد

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

سنج با دقت ۰/۱ سانتی متر استفاده شد. به منظور محاسبه نمایه توده بدنی (BMI) از فرمول وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر مربع) استفاده گردید (۹).

پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS-18 گردید. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر مبنای مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه گروهای دو تایی مستقل از آزمون t مستقل و برای گروه های بیشتر از دو دسته از آنالیز واریانس استفاده شد. همچنین به منظور بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از کای اسکوئر استفاده گردید.

در پژوهش حاضر ضمن اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش شهر پلدختر جهت ورود به مدارس، به تمامی دانش آموزان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

یافته‌ها

از ۴۲۴ پرسشنامه ای که توزیع گردید ۴۲۱ پرسشنامه تکمیل گردید. دامنه سنی دانش آموزان مورد بررسی ۱۲ تا ۱۷ با میانگین ۱۳/۹ بود. مشخصات دموگرافیک دانش آموزان در جدول ۱ به طور کامل آمده است.

میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۶۴/۶ درصد کل نمره ممکن بود. میانگین سازه های مسئولیت پذیری سلامت، تغذیه، فعالیت فیزیکی و مدیریت استرس در دانش آموزان به ترتیب ۶۸/۷ ، ۶۶/۹ ، ۵۸/۲ و ۵۶/۸ درصد کل نمره ممکن بود. به این ترتیب سازه های فعالیت فیزیکی و مدیریت استرس به نسبت دیگر سازه ها از میانگین کمتری برخوردار بودند.

تفاوت معنی داری بین میانگین کلی رفتارهای بهداشتی و ابعاد آن در دو مقطع تحصیلی مشاهده نشد. بین دو متغیر شغل پدر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان ارتباط معناداری یافت نشد ولی شغل مادر ($p<۰/۰۰۰۱$) و تحصیلات هر دو والد ($p<۰/۰۰۰۱$) با میانگین کلی رفتارهای دانش آموزان و تمامی سازه ها ارتباط مستقیم و معناداری را نشان دادند. شغل مادر نیز ارتباط معناداری ($p<۰/۰۰۰۱$) را با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نشان داد به طوری که دانش آموزانی که مادر کارمند داشتند نمرات بهتری کسب کردند.

نوع سرگرمی دانش آموزان نشان دهنده ارتباط مستقیم و معناداری با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود ($p =۰/۰۰۳$). به منظور مقایسه دقیق تر، ارتباط بین ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده و نوع سرگرمی نیز بررسی گردید و نتایج نشان داد که دانش آموزانی که بیشترین وقت فراغت خود را با رایانه سپری می نمودند نمره های کمتری را در سازه های فعالیت فیزیکی ($p=۰/۰۴۲$). مدیریت استرس ($p=۰/۰۳۹$) و مسئولیت پذیری سلامت ($p=۰/۰۴۳$) کسب کرده بودند.

بین نمایه توده بدنی (لاغر، نرمال، اضافه وزن و چاق) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (ضعیف، متوسط و مطلوب) ارتباط معنی دار و مستقیمی وجود دارد ($p>۰/۰۰۱$). تمام ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به استثنای مدیریت استرس با نمایه توده بدنی دانش آموزان ارتباط معنی داری را نشان داد. نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر در جدول ۲ آمده است.

بعد خانوار دیگر عامل دموگرافیک بود که با رفتارهای بهداشتی ارتباط مستقیم و معناداری را نشان داد ($p<۰/۰۰۰۱$). دانش آموزان خانواده های کم جمعیت تر نمرات تغذیه ($p<۰/۰۰۰۱$)، فعالیت فیزیکی ($p<۰/۰۰۰۱$)، مسئولیت پذیری سلامت ($p=۰/۰۵۶$) و مدیریت استرس ($p<۰/۰۰۰۱$) مطلوب تری را کسب کرده بودند.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۱. ویژگی دموگرافیک دانش آموزان به همراه نمرات کسب شده آنان در کل HPLPII-۳۴ و ابعاد آن

ویژگی		میانگین*± انحراف معیار				
مقطع		HPLPII -۳۴	فعالیت فیزیکی	تغذیه	مدیریت استرس	مسئولیت پذیری سلامت
متوسطه اول		۳/۱۲۰±۱/۶۴	۱۵/۳۰±۵/۵۸	۶/۶۵±۱۴/۷۷	۵/۳۷±۱۵/۵۸	۵/۷۱±۱۳/۶۶
متوسطه دوم		۹/۶۷±۹/۶۴	۴/۳۱±۱۳/۵۸	۸/۱۰±۱۳/۶۸	۱/۲۱±۱۳/۵۵	۲/۶۵±۱۵/۷۰
p.value		۰/۷۱	۰/۸۹	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۱۰
شغل پدر	کارمند	۶۵/۳۸±۱۱/۳	۲/۵۹±۱۴/۰۲	۲/۶۷±۱۱/۶۲	۶/۵۸±۱۳/۵۷	۴/۶۸±۱۵/۴۶
	کارگر	۲/۶۴±۱۲/۵۷	۷/۶۵±۱۳/۵۷	۷/۰۱±۱۳/۶۶	۳/۹۶±۱۵/۵۷	۰/۷۲±۱۴/۶۹
	آزاد	۰/۷۳±۱۲/۶۳	۴/۵۰±۱۵/۵۹	۵/۹۳±۱۳/۶۶	۳/۰۵±۱۵/۵۵	۷/۸۱±۱۳/۶۶
	بیکار	۷/۲۷±۱۰/۶۳	۶/۷۷±۱۲/۵۶	۷/۲۰±۱۱/۶۶	۹/۶۳±۱۲/۵۴	۰/۰۱±۱۶/۶۹
	کشاورز	۰/۶۳±۹/۶۴	۹/۲۹±۱۰/۵۱	۲/۲۰±۱۱/۶۸	۵/۷۵±۹/۵۵	۸/۸۹±۱۳/۷۴
p.value		۰/۸۲	۰/۰۷	۰/۸۶	۰/۲۶	۰/۲۶
شغل مادر	خانه دار	۸/۹۱±۱۱/۶۲	۱/۹۸±۱۴/۵۶	۲/۶۸±۱۳/۶۵	۰/۳۱±۱۵/۵۵	۰/۰۲±۱۴/۶۷
	کارمند	۸/۹۸±۹/۶۸	۸/۹۳±۱۳/۶۲	۱/۸۸±۱۰/۶۹	۲/۷۱±۱۲/۶۰	۷/۰۱±۱۳/۷۴
	سایر	۹/۰۶±۱۰/۶۱	۰/۴۵±۱۳/۵۰	۳/۸۷±۱۲/۶۶	۹/۶۵±۱۳/۵۵	۰/۷۳±۱۷/۶۳
p.value		<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳
تحصیلات پدر						
بیسواد		۴/۰۱±۱۲/۶۰	۸/۴۵±۱۵/۵۴	۶/۱۴±۱۳/۶۴	۵/۹۷±۱۵/۵۲	۱/۲۷±۱۵/۶۵
ابتدایی		۹/۳۴±۱۳/۶۲	۶/۶۶±۱۶/۵۶	۳/۵۱±۱۴/۶۲	۹/۲۱±۱۵/۵۴	۸/۶۷±۱۳/۶۶
راهنمایی و متوسطه		۶/۸۹±۱۰/۶۳	۶/۷۳±۱۲/۵۵	۷/۴۸±۱۲/۶۶	۰/۳۰±۱۲/۵۶	۸/۱۹±۱۴/۷۰
دیپلم و بالاتر		۸/۸۵±۹/۶۶	۰/۰۵±۱۳/۶۱	۱/۱۶±۱۰/۷۰	۰/۲۸±۱۴/۵۹	۴/۸۲±۱۴/۶۹
p.value		<۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۸
تحصیلات مادر						
بیسواد		۶/۹۹±۱۴/۵۹	۳/۰۲±۱۸/۵۳	۱۳/۸۴±۹/۶۷	۰/۵۳±۱۵/۵۱	۵/۳۵±۱۴/۶۱
ابتدایی		۱/۱۱±۱۲/۶۱	۰/۳۸±۱۵/۵۶	۱۳/۳۱±۱۳/۶۶	۰/۸۵±۱۸/۵۴	۸/۳۹±۱۲/۶۰
راهنمایی و متوسطه		۹/۷۱±۱۰/۶۴	۶/۳۰±۱۲/۵۷	۶۸/۳۱±۱۳/۶۵	۰/۶۷±۱۲/۵۶	۵/۲۴±۱۳/۷۲
دیپلم و بالاتر		۳/۲۱±۹/۶۹	۲/۷۳±۱۴/۶۲	۸/۹۴±۸/۶۹	۲/۴۴±۱۱/۶۰	۲/۷۹±۱۲/۷۵
p.value		<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱
بعد خانوار	۳-۴	۶۴/۳۵±۱۱/۷	۶۷/۰۲±۱۵/۱	۷۵/۰۵±۸/۴	۵۵/۹۹±۱۷/۲	۶۹/۰۵±۱۳/۷
	۴-۶	۶۲/۹۲±۱۱/۲	۵۳±۹۵±۱۱/۸	۶۴/۹±۱۳/۳	۶۴/۹±۱۳/۳	۶۸/۷۲±۱۴/۹
	بیشتر از ۶	۶۸/۴۳±۱۲/۹	۶۴/۱۵±۵/۱۵	۷۰/۹۲±۱۳/۷	۷۰/۹۲±۱۳/۷	۶۵/۴۴±۱۴/۳
p.value		<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۶
نوع سرگرمی						
مطالعه		۱/۷۷±۱۱/۶۶	۱/۶۱±۱۴/۶۰	۶/۳۸±۱۱/۶۸	۵/۳۷±۱۴/۵۹	۸/۶۶±۱۳/۷۰
ماهواره		۴/۶۹±۱۲/۶۳	۹/۸۲±۱۴/۵۸	۶۷/۳۴±۱۳/۶۶	۷/۴۷±۱۶/۵۵	۱/۱۹±۱۴/۶۷
رایانه		۷/۱۰±۱۲/۶۰	۹/۰۵±۱۵/۵۴	۲/۰۸±۱۵/۶۴	۷/۰۳±۱۴/۵۳	۲/۱۸±۱۴/۶۳
موسیقی		۰/۱۴±۱۱/۶۴	۹/۱۶±۱۳/۵۸	۱۱/۹۶±۷/۶۶	۷/۹۸±۱۴/۵۵	۷/۷۸±۱۴/۶۸
تلویزیون		۴/۲۸±۱۰/۶۵	۰/۷۱±۱۳/۵۷	۶/۴۱±۱۱/۶۷	۰/۵۹±۱۲/۵۷	۸/۰۰±۱۴/۷۱
p.value		۰/۰۰۳	۰/۰۴۲	۰/۲	۰/۰۳۹	۰/۰۴۳

*میانگین نمرات بر حسب درصد از کل نمره ممکن محاسبه شده است

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۲. ویژگی دموگرافیک دانش آموزان به همراه تعداد و درصد فراوانی در نمرات کسب شده آنان

مقطع	تعداد (درصد)
متوسطه اول	۲۱۰ (۴۹/۹)
متوسطه دوم	۲۱۱ (۵۰/۱)
شغل پدر	
کارمند	۱۱۷ (۲۷/۸)
کارگر	۱۰۶ (۲۵/۲)
آزاد	۱۴۵ (۳۴/۴)
بیکار	۲۴ (۵/۷)
کشاورز	۲۹ (۶/۹)
شغل مادر	
خانه دار	۲۷۸ (۶۶)
کارمند	۱۱۴ (۲۷/۱)
سایر	۲۹ (۶/۹)
تحصیلات پدر	
بیسواد	۴۴ (۱۰/۵)
ابتدایی	۹۹ (۲۳/۵)
راهنمایی و متوسطه	۹۱ (۲۱/۶)
دیپلم و بالاتر	۱۸۷ (۴۴/۴)
تحصیلات مادر	
بیسواد	۱۹ (۴/۵)
ابتدایی	۱۴۱ (۳۳/۵)
راهنمایی و متوسطه	۱۵۴ (۳۶/۶)
دیپلم و بالاتر	۱۰۷ (۲۵/۴)
بعد خانوار	
۳-۴	۱۲۳ (۲۹)
۴-۶	۲۸۱ (۶۶/۵)
بیشتر از ۶	۱۹ (۴/۵)
نوع سرگرمی	
مطالعه	۱۳۱ (۳۱/۱)
ماهواره	۳۴ (۸/۱)
رایانه	۷۳ (۱۷/۳)
موسیقی	۱۰۴ (۲۴/۷)
تلویزیون	۷۹ (۱۸/۸)

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان دختر مقاطع متوسطه اول و دوم شهر پلدختر از چهار جنبه فعالیت فیزیکی، تغذیه، مدیریت استرس و مسئولیت پذیری سلامت مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش حاضر ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک متعددی با رفتارهای دانش آموزان مورد بررسی قرار گرفت که یک به یک مورد بحث قرار می گیرند.

یافته‌های کلی این پژوهش نشان داد که نمره کلی رفتارهای ارتقا دهنده ۶۴/۶ درصد از نمره کل بود و به عبارت دیگر نمره کل رفتاهای دانش آموزان وضعیت متوسطی دارد که با مطالعه رعیت و همکاران (۱۰) که بر روی دانش آموزان شهر قزوین انجام دادند همخوانی دارد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که میانگین سازه مسئولیت پذیری سلامت و فعالیت های فیزیکی به ترتیب بیشترین و کمترین درصد را به خود اختصاص دادند. مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که وضعیت فعالیت فیزیکی دختران در حد نامطلوبی می باشد. رهنورد (۱۱) و اسکوئی (۱۲) نیز نشان دادند که وضعیت فعالیت فیزیکی دانش آموزان دختر نسبت به دیگر رفتارهای بهداشتی دارای وضعیت نامطلوبی می باشد.

دانش آموزانی که شغل مادرشان کارمند بود میانگین نمره رفتارهای آنان به طور معناداری بیشتر از سایر دانش آموزان بود. این نتیجه با مطالعه کان (۱۳) همخوانی دارد. شرکت مادران در نیروی کار می تواند ساختار سنتی خانواده را تغییر دهد و دیگر اعضای خانواده را بیشتر درگیر فعالیت کنند و همچنین مادران شاغل ممکن است سطح بالاتری از آموزش را برخوردار باشند (۱۴). در پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین شغل پدر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان مشاهده نگردید.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

تحصیلات پدر و مادر با نمره کلی رفتارهای دانش‌آموزان و همچنین سازه‌های مختلف رفتارهای بهداشتی ارتباط مستقیم و معناداری داشت. کریمی و همکاران (۱۵) نشان دادند که تحصیلات والدین به ویژه مادران نقش بسزایی در تغذیه دانش آموزان دارد. مطالعات گوناگون دیگری نشان می‌دهند که تحصیلات مادران با رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان (۱۶, ۱۷) و با سواد بهداشتی دانش‌آموزان ارتباط مستقیمی دارد (۱۸). والدین با انتقال دانش بهداشتی خود به دانش آموزان و همچنین با تأمین حمایت اجتماعی فرزندان خود را به سبک زندگی سالم تشویق می‌کنند (۴).

از دیگر یافته های این پژوهش این بود که دانش آموزان خانواده های کم جمعیت تر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مطلوب تری داشتند. در توجیه این یافته می توان اظهار کرد که در خانواده های پر جمعیت احتمال می رود که امکانات بهداشتی و تغذیه ای که در اختیار هر یک از اعضای خانوار است کمتر باشد و فرد احتمال کمتری برای دریافت بیش از حد نیاز انرژی و درشت مغذی ها دارد. در صورتیکه در خانواده‌های کم جمعیت افراد سهم بیشتری از غذا و دیگر امکانات و همچنین توجه والدین دارند (۹).

پژوهش حاضر نشان دهنده این مطلب است که نمایه توده بدنی دانش آموزان با دو سازه تغذیه و فعالیت فیزیکی آنان ارتباط معکوس و معنی داری دارد به طوری که افراد با نمایه توده بدنی نرمال نمره تغذیه و فعالیت فیزیکی بهتری نسبت به افراد دارای اضافه وزن و چاق کسب کردند که با مطالعه کالدرون و همکاران (۱۹) همخوانی دارد. ارتباط چاقی و فعالیت فیزیکی اینگونه تفسیر می شود که فعالیت و تحرک کم با کاهش سوخت و ساز و فعالیت کمتر عضلات اسکلتی و همچنین کاهش اکسیداسیون چربی در بافت هایی بدن همراه است. از سوی دیگر تغذیه صحیح و به ویژه میوه جات و سبزیها عاملی جهت پیشگیری از اضافه وزن و چاقی است (۲۰).

نوع سرگرمی دانش آموزان در اوقات فراغت نیز با رفتارهای مربوط به فعالیت های فیزیکی و مدیریت استرس ارتباط معنی داری را نشان داد. دانش آموزانی که بیشتر اوقات فراغت خود را به رایانه اختصاص داده بودند نمره فعالیت فیزیکی، مسئولیت پذیری سلامت و مدیریت استرس آن ها کمتر از سایرین بود که با مطالعه ضیایی (۲۱) و اندرسون (۲۲) همخوانی دارد. بازی های رایانه ای احتمالاً موجب شده است تا دانش آموزان سرگرمی رایانه را جایگزین دیگر سرگرمیهای پر تحرک نمایند. علاوه بر این مطالعات نشان می دهند که دانش آموزانی که زمان زیادی از اوقات فراغت خود را به بازی های رایانه ای اختصاص می دهند بیشتر از سایرین حالات پرخاشگری را از خود بروز می دهند (۲۳). برخی مطالعات زمان پرداختن به بازی های رایانه ای را در دختران بیشتر از پسران گزارش نموده اند (۲۴) که این زنگ خطری است برای مسئولین تا برای تشویق دانش آموزان به فعالیتهای ورزشی برنامه ریزی کنند. همچنین معلمان مدارس از طریق آموزش های لازم به دانش آموزان و حتی والدین می توانند در ترغیب دانش آموزان به سمت بازی های سالم تر و پر تحرک گام بردارند.

نتایج این پژوهش نشان داد که رفتارهای بهداشتی دانش آموزان دختر شهر پلدختر در حد متوسطی می باشد. سازه های مدیریت استرس و فعالیت جسمانی نسبت به دو سازه دیگر وضعیت نامطلوبتری داشتند. عواملی همچون نوع سرگرمی، بعد خانوار، تحصیلات و شغل والدین با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان ارتباط معناداری داشتند.

نتایج پژوهش حاضر ضرورت افزایش آموزش بهداشت و همکاری‌های همه جانبه را برای ارتقاء سلامت دانش آموزان به

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

ویژه دختران روشن می نماید. بدیهی است که معلمان، مربیان بهداشت و والدین در این مسیر نقش پر رنگی خواهند داشت تا با استفاده از مداخلات مؤثر جهت بهبود رفتارهای دانش آموزان گام بردارند. توصیه می شود در پژوهش‌های آتی مداخلات مؤثر بر ارتقاء رفتارهای بهداشتی دانش آموزان مورد بررسی قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم اداره آموزش و پرورش شهر پلدختر که در انجام این طرح تحقیقاتی پژوهشگران را یاری رساندند تشکر می نماییم.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

References

1. Zareiean GF, Akhtar danesh N, Mohamadi E. The lifestyle concept in Adolescent boy. Nursing Research. 2007; 2(6): 73-84. (In Persian)
2. Yahyavi SH, Pourrahimi M. Impact of dietary behaviors and exercise activities education on the self-efficacy of middle school students. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2012; 22(2): 143-151. (In Persian)
3. Salmani Baroogh NPS, Rezaeipour A, Kazemnejad A. the quality of mid meal Nutrition of adolescent between 12-18 years promise. Journal of Nursing and Midewifery College. Tehran University of Medical Sciences. 2006; 12: 21-29. (In Persian)
4. Taymoori PLR. Mediators of adolescent girls. Psychol Sport Exerc. 2008; 16: 19-29. (In Persian)
5. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2006; 43(3): 293-300.
6. Deforche B, Van Dyck D, Verloigne M, De Bourdeaudhuij I. Perceived social and physical environmental correlates of physical activity in older adolescents and the moderating effect of self-efficacy. Preventive Medicine. 2010; 50: 9-24.
7. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012; 21(1):103-113. (In Persian)
8. Ghahremani LNM. Comparison of the prediction of exercise intention and behavior based on self-efficacy theory and the theory behavior planned. Quarterly Monitoring. 12(1): 99-107. (In Persian)
9. Tabatabaei M, Dorosti A, Keshavarz S. Family related obesity risk factors in Iranian primary school children. Payesh Journal.2005; 25-67. (In Persian)
10. Rayat ANN, Samiei F, Sadeghi T, Alimoradi Z. Health promoting behavior in ghazvin student. Journal of Health and Hygien. 2011; 2(3):46-53 (In Persian)
11. Rahnavard ZZM, Kazem Nejad A, Zarei L. Lifestyle of female adolescents with osteoporosis prevention. Journal of Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences. 2007; 12(2): 53-61. (In Persian)
12. Scully M, Dixon H, White V, Beckmann K. Dietary, physical activity and sedentary behaviour among Australian secondary students in 2005. Health Promotion International. 2007; 22(3): 236-245.
13. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nursing & Health Sciences. 2008;10(4):23-28
14. Motlagh Z, Mazloomy-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2011; 13(4): 29-34. (In Persian)
15. Karimi B, Sadat Hashemi M, Habibian H. Study of the breakfast habits and its relationship with some factors in Semnan (Iran) pupils. Koomesh. 2008; 9(4):285-291. (In Persian)

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

16. Jamshidi L, Mohammad K, Jazayeri SA, Hosseini S, Noori Jalayani keramatollah ksa, Hossein zamj. Association between body mass index and socioeconomic status in female students in Kish, Iran. Payesh Journal. 2012;11(2):195-200. (In Persian)
17. Goodman E, Adler NE, Daniels SR, Morrison JA, Slap GB, Dolan LM. Impact of objective and subjective social status on obesity in a biracial cohort of adolescents. Obesity Research. 2003; 11(8): 1018-1026.
18. Ghanbari S, Majelessi Fereshteh GM, Mahmoodi majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urben health centers of Shahid beheshti medical university. Daneshvar Medicine. 2012; 19(97):1-12. (In Persian)
19. Calderon LL, Johnston PK, Lee JW, Haddad EH. Risk factors for obesity in Mexican–American girls: dietary factors, anthropometric factors, and physical activity. Journal of the American Dietetic Association. 1996; 96(11): 1177-1179.
20. Dowda M, Ainsworth BE, Addy CL, Saunders R, Riner W. Environmental influences, physical activity, and weight status in 8-to 16-year-olds. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2001; 155(6): 711-717.
21. Ziaee V, Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh S, Monazzam M. Physical activity in Iranian students CASPIAN Study. Iranian Journal of Pediatrics. 2006; 16(2): 157-164. (In Persian)
22. Anderson CA, Bushman BJ. Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. Psychological Science. 2001; 12(5): 353-359.
23. Sayarpour M, Hazavehei S, Ahmadpanah M, Moeini B, Moghimbeigi A. Assessing Relationship between Aggression and Perceived Self-Efficacy in High School Students of Hamadan City. Nasim-Danesh (Scientific Journal of Hamadan Nursing and Midwifery Faculty).2011;2(36):16-23. (In Persian)
24. Magnusson MB, Hulthén L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. Journal of Human Nutrition and Dietetics.2005;18(3):94-187.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]