

ارزشیابی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پرسید پروسید به منظور ارتقای سبک زندگی نوجوانان

نویسندگان: محسن صفاری*^۱، نجمه الملوک امینی^۲، حسن افتخار اردبیلی^۳، محمود محمودی^۴، هرمز سنایی نسب^۵

۱. استادیار- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد- گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳. استاد- گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۴. استاد- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۵. استادیار- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

Email: m.saffari@bmsu.ac.ir

* نویسنده مسئول: محسن صفاری

چکیده

مقدمه و هدف: نوجوانی دوره‌ای سرنوشت‌ساز است که زمینه‌ساز سبک زندگی در دوران‌های بعدی زندگی است. هدف از این مطالعه، ارزیابی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پرسید پروسید روی سبک زندگی در میان نمونه‌ای از نوجوانان است.

مواد و روش‌ها: یک کارآزمایی شاهد دار گروهی تصادفی برای بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر سبک زندگی روی تعداد ۳۶۵ نوجوان (۱۹۲ دختر و ۱۷۳ پسر) تهرانی طراحی شد. از پرسش‌نامه سبک زندگی نوجوان (ALQ) و پرسش‌نامه دموگرافیک برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و دو هفته پس از مداخله با توجه به مدل پرسید پروسید جمع‌آوری شد. آزمون‌های آماری نظیر کای اسکوئر، تی مستقل و تی زوج در قالب نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ برای آنالیز اطلاعات به‌کار رفتند.

نتایج: به‌طور کلی، میانگین سنی نوجوانان $15/77 \pm 0/74$ بود. در فاصله میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون، افزایش معنی‌داری در نمره سبک زندگی شرکت‌کنندگان در مداخله حاصل شد ($P < 0.01$). میانگین نمره استاندارد شده فعالیت فیزیکی در پسران بیشتر از دختران و میانگین نمره استاندارد شده حمایت اجتماعی در دختران بیشتر از پسران مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهند که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پرسید پروسید تأثیری معنی‌دار در افزایش بهبود سبک زندگی نوجوانان در پی دارد. با توجه به نتایج به‌دست آمده، لزوم آموزش شیوه زندگی سالم در جهت بهبود سبک زندگی سالم در میان نوجوانان با توجه به جنسیت می‌بایست در دستور کار قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، نوجوانان، مدل پرسید پروسید

دریافت: ۹۱/۲/۴

آخرین اصلاح‌ها: ۹۱/۳/۱۸

پذیرش: ۹۱/۳/۲۸

مقدمه

به طور کلی، سبک زندگی یعنی: مجموعه‌ای از نگرش‌ها، عادات یا تمایل‌های مرتبط با یک شخص یا گروه. سبک زندگی می‌تواند بر اساس شاخص‌هایی مانند انتخاب‌های تغذیه‌ای فرد، سطح فعالیت بدنی و رفتارهای وی، حالت سالم یا ناسالم داشته‌باشد (۱).

نوجوانی، دوره‌ای سرنوشت‌ساز است که تغییرهای تکاملی زیادی را دربردارد و نوجوان برای ورود به مرحله بزرگسالی می‌بایست آمادگی لازم را طی این دوران کسب‌کند؛ از طرفی، مجموعه تغییرهای ایجاد شده در این دوران و تأثیر آنها بر رفتارهای نوجوان، تأثیری مهم در شکل‌گیری سبک زندگی نوجوانان دارد (۲).

بسیاری از عادات سالم یا ناسالم زندگی فرد، طی دوران نوجوانی شکل گرفته، در دوره‌های بعدی زندگی نیز اغلب تداوم می‌یابند و در نتیجه، شکل‌گیری سبک زندگی ناسالم در این دوران می‌تواند نگرانی‌هایی قابل توجه را در خصوص سلامت آتی افراد جامعه رقم زند (۳ و ۲).

به نظر سازمان جهانی بهداشت، مبارزه با رفتارهای پرخطر و عادات ناسالم زندگی در سنین پایین، تأثیری چشمگیر بر سلامت افراد در سنین بزرگسالی و سالمندی دارد (۴)؛ بنابراین می‌بایست آموزش در زمینه شیوه زندگی سالم و پرهیز از چنین رفتارهایی در دوران‌های اولیه زندگی مورد توجه قرارگیرند چراکه زمینه‌ساز بسیاری از ناخوشی‌ها و بیماری‌ها نظیر دیابت، چاقی، سوء-تغذیه و حتی بیماری‌های روان‌شناختی در دوران‌های بعدی زندگی به‌شمار می‌روند (۵).

ایران با ترکیب جمعیتی که نشان می‌دهد حدود ثلث جمعیت آن را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند، جامعه‌ای جوان محسوب می‌شود و بیشتر

مطالعات صورت گرفته در زمینه سبک زندگی در آن نشان می‌دهد که اغلب، سبک زندگی در محدوده سالم قرار نداشته، بسیاری از اجزای تشکیل دهنده سبک زندگی نوجوانان دچار اختلال هستند (۶ و ۷)؛ برای نمونه، برخی از مطالعات از آن حاکی‌اند که حدود ۲۵ درصد از نوجوانان ایرانی سیگار کشیده، مصرف غذاهای آماده در میان نوجوانان ایرانی، شیوعی بالا دارد (۸ و ۹).

در زمینه شناخت سبک زندگی نوجوانان، پژوهش‌هایی مختلف در کشور صورت گرفته‌است؛ برای نمونه، در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۶، زارعیان و همکاران به صورت تحقیقی کیفی برای تبیین مفهوم سبک زندگی نوجوانان پسر انجام دادند، ۳۲ نوجوان پسر مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته قرار گرفتند و پس از جمع‌آوری و جمع‌بندی اطلاعات مشخص شد که خصوصیات شخصیتی، دانش و عقاید سبک زندگی، خانواده و والدین، عوامل فرهنگی اجتماعی، دوستان و گروه‌های همسال از جمله عوامل تعیین کننده در تبیین مفهوم سبک زندگی هستند (۷).

دیگر پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که ۳۵ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی، بیش از سه ساعت از وقت روزانه خود را به تماشای تلویزیون یا انجام بازی‌های رایانه‌ای گذرانده‌اند، ۶۵ درصد از نوجوانان سطح توصیه شده، فعالیت بدنی را رعایت نمی‌کنند و ۴۶ درصد در کلاس‌های آموزش تربیت بدنی شرکت نمی‌کنند (۱۰ و ۱۱).

همان‌طور که قابل ملاحظه است بیشتر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه در راستای ارزیابی وضعیت سبک زندگی یا رابطه آن با متغیرهایی مانند شاخص توده بدنی، سلامت عمومی (۱۲)، علائم روانی جسمی (۱۳)، وضعیت تغذیه‌ای (۱۴) و متغیرهای دیگر است و کمتر در خصوص تأثیر مداخله آموزشی به منظور ارتقای سبک زندگی، مطالعه‌ای صورت گرفته‌است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه در قالب گروه‌های مداخله و کنترل

کای اسکوئر یا t مستقل p-value*	گروه کنترل (n= ۱۸۶) تعداد (درصد)	گروه مداخله (n= ۱۷۹) تعداد (درصد)	
۰/۴۳۲	۱۵/۶۸ (۰/۸)	۱۵/۸۷ (۰/۶)	سن (سال، میانگین، انحراف معیار)
			جنس
۰/۸۹۶	۸۹ (۴۷/۹)	۸۴(۴۷)	پسر
	۹۷ (۵۲/۱)	۹۵(۵۳)	دختر
			تعداد اعضای خانواده
۰/۴۸۷	۳۴(۱۸/۲)	۳۵(۱۹/۵)	۳≤
	۹۷(۵۲/۱)	۹۳(۵۲)	۴
	۵۵(۲۹/۷)	۵۱(۲۸/۵)	≥۵
			در حال زندگی با...
۰/۱۷۱	۱۷۰(۹۱/۴)	۱۶۱(۸۹/۹)	والدین
	۱۴(۷/۶)	۱۶(۸/۹)	یکی از والدین
	۲(۱)	۲(۱/۲)	بستگان
			شغل پدر
۰/۱۰۷	۷(۳/۸)	۹(۵)	بیکار
	۶۸(۳۶/۶)	۶۵(۳۶/۴)	کارمند
	۱۰۸(۵۸)	۱۰۰(۵۵/۸)	آزاد
	۳(۱/۶)	۵(۲/۸)	سایر
			شغل مادر
۰/۱۷۴	۱۵۸(۸۵)	۱۵۵(۸۶/۶)	خانه‌دار
	۲۰(۱۰/۷)	۱۹(۱۰/۶)	کارمند
	۸(۴/۳)	۵(۲/۸)	آزاد
			تحصیلات پدر
۰/۱۱۲	۳۱(۱۶/۷)	۲۹(۱۶/۳)	فوق دیپلم یا بالاتر
	۱۲۷(۶۸/۳)	۱۲۳(۶۸/۷)	راهنمایی، دیپلم
	۲۸(۱۵)	۲۷(۱۵)	ابتدایی
			تحصیلات مادر
۰/۲۹۱	۲۲(۱۱/۸)	۲۵(۱۴)	فوق دیپلم یا بالاتر
	۱۳۹(۷۴/۷)	۱۳۲(۷۳/۷)	راهنمایی، دیپلم
	۲۵(۱۳/۵)	۲۲(۱۲/۳)	ابتدایی
۰/۶۹۸	۱۶/۱۲(۲/۲۹)	۱۶/۲۳(۲/۳۵)	معدل نیمسال گذشته (میانگین، انحراف معیار)
			وضعیت اقتصادی
۰/۲۰۹	۳۴(۱۸/۳)	۲۹(۱۶/۳)	ضعیف
	۱۰۳(۵۵/۴)	۱۰۹(۶۰/۸)	متوسط
	۴۹(۲۶/۳)	۴۱(۲۲/۹)	خوب

*همه مقایسه‌ها در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار نبودند.

لذا براساس اطلاعات موجود به نظر می‌رسد که تاکنون، تلاشی جدی در جهت درک سبک زندگی نوجوانان در ایران صورت نگرفته است؛ بنابراین هدف از اجرای این مطالعه، بررسی سبک زندگی نوجوانان و طرح‌ریزی، تدوین و اجرای یک برنامه آموزشی مناسب مبتنی بر یکی از پرکاربردترین مدل‌های برنامه‌ریزی بهداشتی (PRECEDE PROCEED MODEL) با هدف ارتقای سبک زندگی سالم در نوجوانان است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع شاهددار تصادفی گروهی است. برای اجرای مطالعه پس از انجام هماهنگی‌های لازم از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای تعدادی از دبیرستان‌های پسرانه و دخترانه واقع در مناطق تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران انتخاب شدند؛ بدین ترتیب که، ابتدا فهرست مناطق تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران اخذ شده، از میان این مناطق، دو منطقه به صورت تصادفی انتخاب شدند؛ سپس فهرست دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه موجود در این مناطق اخذ شد و از میان آنها با توجه به حجم نمونه مورد نیاز، تعدادی دبیرستان به طور تصادفی انتخاب شدند؛ سپس از میان دبیرستان‌های منتخب، به طور تصادفی، چندین کلاس از بین مقاطع تحصیلی اول و دوم آنها برگزیده شده، به صورت تصادفی در قالب دو گروه مداخله (پسران و دختران) و دو گروه کنترل (پسران و دختران) شکل گرفتند.

به طور کلی در این مطالعه، ۳۶۵ دانش‌آموز شرکت کردند که شامل ۱۹۲ دختر (مداخله = ۹۵، شاهد = ۹۷) و ۱۷۳ پسر (مداخله = ۸۴، شاهد = ۸۹) بودند. پیش از انجام مداخله، اهداف و شیوه اجرای پژوهش برای شرکت کنندگان تشریح و رضایت‌نامه کتبی از آنها اخذ شد.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل شرکت داوطلبانه در مطالعه و ارائه رضایت‌نامه کتبی بود. دانش‌آموزانی که قصد داشتند مدرسه یا محل سکونت خود را در شش ماه آتی تغییر دهند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. دلیل محدود کردن نمونه انتخابی به این مناطق، تسریع روند اخذ مجوزهای مربوط به اجرای مطالعه و کاهش هزینه‌های مطالعه بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه سبک زندگی نوجوان (Adolescent Lifestyle Questionnaire) بودند؛ متغیرهای دموگرافیک این مطالعه عبارت بودند از: سن، جنس، تعداد اعضای خانواده، افراد همخانه، شغل و تحصیلات پدر و مادر، معدل نیمسال گذشته و وضعیت اقتصادی. پرسش‌نامه سبک زندگی نوجوان اولین بار توسط گیلیس^۱ طراحی شد؛ این پرسش‌نامه که دارای ۴۳ پرسش است، درجه‌بندی لیکرت از هرگز تا تقریباً همیشه را دربرمی‌گیرد و ابعادی شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، حمایت اجتماعی، مدیریت استرس، آگاهی از هویت، آگاهی از سلامت و ایمنی را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۵).

پرسش‌نامه سبک زندگی تهیه شده که نسخه ترجمه و اصلاح شده پرسش‌نامه ALQ بود به صورت پایلوت روی ۲۵ نفر از دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت و روایی آن با استفاده از روش آنالیز محتوایی و نظر پنج تن از استادان گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تربیت مدرس تأیید شد؛ پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از روش‌های بررسی همسانی درونی و آزمون - آزمون مجدد ارزیابی شد که میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ و همبستگی میان آزمون‌ها ۰/۸۵ محاسبه شد.

گروه‌های مداخله با بسته آموزشی که توسط پژوهشگران و متناسب با گزینه‌های پرسش‌نامه تهیه شده بود، طی پنج جلسه حضوری تحت آموزش‌های مربوط به سبک زندگی سالم قرار گرفتند و گروه‌های کنترل هیچ گونه آموزشی را در این رابطه از طریق پژوهشگران دریافت نکردند. محورهای آموزش، مطابق با فاکتورهای موجود در ابزار اندازه‌گیری و از منابعی که توسط وزارت بهداشت به همین منظور تهیه شده بود، اخذ شدند و در خصوص موضوع‌هایی مانند فعالیت فیزیکی، تغذیه، حمایت اجتماعی، مدیریت استرس، آگاهی از هویت، شناخت سلامت عمومی و ایمنی بودند (۱۶ و ۱۷)؛ پس از پایان مداخله هر چهار گروه دوباره از طریق پرسش‌نامه مذکور مورد ارزیابی قرار گرفته، میزان تغییر ایجاد شده در نمره حاصل از پرسش‌نامه در گروه‌های مداخله و آزمون از طریق آزمون‌های مناسب آماری نظیر کای اسکوئر و آزمون تی زوج و تی مستقل و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شدند.

برای جلوگیری از مخدوش شدن داده‌ها به علت اثر آزمودن (Testing Effect) زمان میان مرحله اول و دوم جمع‌آوری اطلاعات دست کم یک ماه در نظر گرفته شد؛ همچنین برای پرهیز از تورش ناشی از اثر انتشار (Diffusion Effect) و انتشار اطلاعات از افراد آموزش دیده به گروه کنترل، گروه‌های مداخله و کنترل از دبیرستان‌های مجزا انتخاب شدند. شایان ذکر است تمام مراحل اجرای پژوهش براساس مدل برنامه‌ریزی پرسید پرسید صورت گرفت. مدل پرسید پرسید از هشت مرحله تشکیل شده است؛ در مرحله اول (ارزیابی اجتماعی) با استفاده از روش بحث گروه کانونی با تعداد ۱۰ نفر از دانش‌آموزان که به‌طور تصادفی انتخاب شدند، سبک زندگی مورد استفاده آنها و مسایل موجود مورد بررسی قرار گرفت؛ در مرحله دوم (ارزیابی

اپیدمیولوژیک) آمارها و داده‌های موجود در خصوص مشکلات و مسایل مربوط به سبک زندگی ناسالم جمع‌آوری شد (در این مطالعه با بررسی مطالعات پیشین و آمارهای مستند موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی رسمی، این داده‌ها جمع‌آوری شدند) در ادامه مرحله دوم (ارزیابی ژنتیک، محیطی و رفتاری) به جمع‌آوری اطلاعات درباره عوامل رفتاری و محیطی مرتبط با سبک زندگی ناسالم پرداخته شد (در این مطالعه، امکان ارزیابی ژنتیک میسر نبود)؛ در مرحله سوم (ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی) عوامل مستعدکننده نظیر دانش، نگرش و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی، عوامل تقویت‌کننده نظیر فشار همسالان و عوامل قادرکننده نظیر نیاز به مهارت‌ها و امکانات و موانع احتمالی موجود بررسی شدند (داده‌های مربوط به مراحل دوم تا چهارم در قالب گزینه‌های پرسش‌نامه و بحث گروه کانونی (Focus Group Discussion) جمع‌آوری شدند)؛ در مرحله چهارم، یعنی ارزیابی مدیریتی و سیاسی هماهنگی‌های لازم برای اجرای مداخله در مدارس و جلب رضایت شرکت‌کنندگان صورت گرفت؛ در مرحله پنجم (اجرای برنامه) پنج جلسه آموزشی یک ساعته برای گروه هدف برگزار شد؛ در مرحله ششم (ارزشیابی فرایند)، میزان هزینه‌های اجرایی برنامه و سطح رضایتمندی شرکت‌کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت و در مرحله هفتم (ارزشیابی تأثیر) مقایسه نمرات حاصل از پرسش‌نامه در قبل و بعد از مداخله انجام شد. از آنجاکه این برنامه در فرصتی محدود صورت گرفت، امکان انجام ارزشیابی پیامد (مرحله هشتم) برای آن مقدور نبود (۱۸)؛ شایان ذکر است که این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۲. مقایسه سازه‌های تشکیل دهنده سبک زندگی بر اساس نمره‌های استاندارد شده و نمره کل حاصل از کیفیت زندگی در دو جنس

p-value	t-value	پسران (تعداد= ۱۷۳)		دختران (تعداد= ۱۹۲)		سازه
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۴۷۴	۰/۷۱۸	۰/۷۴	۳/۰۷	۰/۸۳	۳/۱۳	تغذیه
۰/۰۰۰	۶/۳۱	۰/۸۹	۳/۴۰	۰/۸۰	۲/۸۲	فعالیت فیزیکی
۰/۰۰۰	۳/۵۵	۰/۷۵	۳/۲۷	۱/۰۹	۳/۷۳	حمایت اجتماعی
۰/۶۷۳	۰/۴۲	۰/۸۱	۳/۲۵	۰/۷۸	۳/۲۸	مدیریت استرس
۰/۲۷۳	۱/۰۹	۰/۵۹	۳/۹۷	۰/۶۳	۴/۰۵	آگاهی از هویت
۰/۸۳۹	۰/۲۰	۰/۸۵	۲/۵۷	۰/۹۵	۲/۵۹	آگاهی از سلامت
۰/۶۴۵	۰/۴۶	۱/۰۵	۳/۴۲	۱/۰۳	۳/۳۷	ایمنی
۰/۸۲۷	۰/۲۱	۱۸/۲۸	۱۲۲/۷۷	۲۰/۰۱	۱۲۴/۹۷	نمره کل

($t=$) میان نوجوانان دو جنس از نظر سطح فعالیت فیزیکی وجود داشت. نتایج نشان می‌دهند که نوجوانان پسر ($۰/۸۹$ \pm $۳/۴۰$) در مقایسه با دختران ($۰/۸۰$ \pm $۲/۸۲$) بیشتر احتمال می‌رود در فعالیت‌های منظم فیزیکی برای دست-کم ۲۰ تا ۳۰ دقیقه، سه بار در هفته شرکت داشته باشند. به طور کلی، میانگین بعد حمایت اجتماعی $۰/۹۲$ \pm $۳/۵۰$ بود و تفاوت معنی‌دار آماری ($p < ۰/۰۰۱$) و $۳/۵۵$ ($t=$) در این بعد در میان دو جنس مشاهده شد. دختران بیشتری ($۱/۰۹$ \pm $۳/۹۳$) در مقایسه با پسران ($۰/۷۵$ \pm $۳/۲۷$) بیان کردند که از حمایت اجتماعی بیشتری بهره می‌برند؛ یعنی «کسی را برای مطرح کردن مشکل خود با وی دارند؛ قادرند نگرانی‌های خود با دیگران را مطرح کنند؛ درباره مسائل و نگرانی‌های خود با بستگان نزدیک صحبت می‌کنند؛ از گذراندن وقت خود با دوستانشان لذت می‌برند؛ با دوستان هم‌سن و سال خود رابطه خوبی دارند و اگر به کمک نیاز داشته باشند، کسی را دارند که به او مراجعه کنند».

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، هیچ تفاوت معنی‌داری میان دیگر ابعاد تشکیل دهنده سبک زندگی مشاهده نشد.

نتایج

میانگین سنی نوجوانان $۱۵/۷۷ \pm ۰/۷$ بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۳۳۱ نفر، ۹۱ درصد) با هر دو والد خود زندگی می‌کردند. شغل پدر بیشتر شرکت-کنندگان آزاد (۵۶/۵ درصد) و اغلب، دارای تحصیلات راهنمایی و دیپلم (۵۴/۵ درصد) بودند. مادر بیشتر نوجوانان خانه‌دار (۸۵/۸ درصد) و دارای تحصیلات راهنمایی و دیپلم (۵۵/۵ درصد) بودند. میانگین معدل نیمسال تحصیلی قبلی آنها $۲/۲۵ \pm ۱۷/۱۷$ بود و $۶۱/۲$ درصد آنها در خانه شخصی خود زندگی می‌کردند. ویژگی‌های دموگرافیک آنها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است؛ همان‌طور که در این جدول قابل ملاحظه است در میان گروه‌های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک اختلافی معنی‌دار مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲، نشانگر مقایسه میانگین نمرات ALQ در میان دانش‌آموزان دختر و پسر با استفاده از آزمون t مستقل است. تفاوت‌های معنی‌دار آماری میان ابعاد فعالیت فیزیکی و حمایت اجتماعی در میان دو جنس وجود داشت؛ به طور کلی، میانگین فعالیت فیزیکی $۰/۸۴$ \pm $۳/۱۱$ بود و تفاوت معنی‌دار آماری ($p < ۰/۰۰۱$) و $۶/۳۱$

جدول ۳: جدول مقایسه تاثیر مداخله آموزشی در تغییر سبک زندگی گروه مداخله نسبت به کنترل

نمره سبک زندگی	گروه مداخله					گروه کنترل					
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	پیش از مداخله		تعداد	میانگین	انحراف معیار	پس از مداخله		
				انحراف معیار	میانگین				انحراف معیار	میانگین	
پسران	۸۴	۱۲۲/۳۴	۱۷/۵۶	۱۳۰/۶۵	۱۶/۱۳	۱۲۳/۳۱	۱۸/۹۸	۱۲۳/۹۵	۱۶/۹۸	۰/۶۸۷	۰/۰۰۳
دختران	۹۵	۱۲۵/۲۳	۱۸/۷۰	۱۳۳/۰۹	۱۵/۱۶	۱۲۴/۷۱	۲۱/۲۹	۱۲۵/۴۲	۱۷/۳۸	۰/۴۵۶	۰/۰۰۵
کل	۱۷۹	۱۲۳/۷۸	۱۸/۱۳	۱۳۱/۸۷	۱۵/۶۴	۱۲۳/۹۶	۲۰/۱۳	۱۲۴/۶۸	۱۷/۱۸	۰/۵۶۸	۰/۰۰۴

جدول شماره ۳ تغییرات نمره سبک زندگی را در میان گروه‌های کنترل و مداخله به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. نمره دانش‌آموزان پسر در گروه مداخله در فاصله زمانی قبل تا دو هفته بعد از مداخله، تفاوتی معنی‌دار دارد ($P < 0/01$) و از ۱۲۲/۳ در قبل از مداخله به ۱۳۰/۶ در بعد از مداخله بهبود یافته‌است. در گروه کنترل این نمره در فاصله زمانی بین قبل و بعد از مداخله، تفاوتی معنی‌دار را نشان نمی‌دهد ($P = 0/23$) = پیش از مداخله، ۱۲۳/۹ = پس از مداخله). به همین ترتیب، نمره سبک زندگی دختران در گروه مداخله از قبل تا بعد از مداخله، تفاوتی معنی‌دار را نشان می‌دهد ($P < 0/01$) و از ۱۲۵/۲ در ابتدا به ۱۳۳ در دو هفته بعد از مداخله بهبود یافته‌است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، پسران سطح فعالیت فیزیکی بیشتری را نسبت به دختران گزارش کردند و از سوی دیگر، دختران گزارش دادند که حمایت اجتماعی بیشتری را نسبت به پسران دریافت می‌کنند؛ علاوه بر این، اجرای برنامه آموزشی با استفاده از مدل پرسید پرسید نیز در بهبود سبک زندگی نوجوانان موفقیت قابل توجهی را از خود نشان داد.

استفاده از الگوی پرسید پرسید به عنوان یک مدل کارآمد در برنامه‌ریزی این مداخله آموزشی به عنوان یک چارچوب راهنما، نقشی شایان را در انجام گام به گام پروژه و کسب نتایج قابل قبول ایفا کرد؛ همان‌طور که گلنر و همکاران مطرح می‌کنند این مدل از محبوب‌ترین مدل‌هایی است که در زمینه آموزش بهداشت، کاربرد فراوان داشته‌است و طی چهار دهه اخیر که از خلق آن می‌گذرد، پروژه‌های آموزشی زیادی در حوزه‌های مختلف از ارزیابی فشار خون بالا در بیماران دیابتی گرفته تا مطالعات تنظیم خانواده و ارزشیابی هزینه اثربخشی مطالعات مختلف از آن استفاده کرده‌اند. لیکن محدودیت‌هایی نیز در کاربرد آن به ویژه در حوزه آموزش بهداشت فردی وجود دارد چراکه همان‌طور که در بخش روش‌ها مطرح شد در مقیاس کوچک‌تر، امکان استفاده از برخی مراحل، نظیر ارزیابی ژنتیکی یا ارزشیابی پیامد وجود نداشته و محقق ناگزیر است به سلیقه خود و با توجه به گزینه‌های موجود به انتخاب برخی از مراحل سازگار با پروژه خویش اقدام کند که این کار، امکان مقایسات یکپارچه را در کاربرد مدل در حوزه‌های مختلف تا حدود زیادی کاهش می‌دهد (۱۸). در خصوص مشاهده وجود برخی تفاوت‌ها در ابعاد سبک زندگی نوجوانان پسر و دختر، یافته‌ای به نسبت

با مقایسه این نتایج با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر، این فرض را که عوامل موقعیتی و محیطی، یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سبک زندگی در میان نوجوانان به‌شمار می‌روند، می‌توان مورد تأیید قرار داد.

سطح متفاوت فعالیت فیزیکی در میان نوجوانان پسر و دختر نیز هم‌راستا با نتایج مطالعات انجام‌شده در میان دانش‌آموزان دبیرستانی است؛ برای نمونه در مطالعه ملی رفتار خطر جوانان که در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۳ صورت گرفت، نتایج نشان‌دادند که ۴۰ درصد از دختران دبیرستانی و ۲۷ درصد از پسران دبیرستانی، سطح فعالیت فیزیکی توصیه‌شده توسط مراجع سلامتی ذی-ربط را رعایت نمی‌کنند (۱۱)؛ علاوه بر این، مطالعه‌ای که همین اواخر روی نوجوانان سنین ۹ و ۱۵ سال انجام-گرفته، نشان‌داد، فقط ۵ درصد از نوجوانان ۹ ساله و ۹ درصد از نوجوانان ۱۵ ساله، توصیه مربوط به داشتن دست‌کم یک ساعت در یک روز هفته ورزش ملایم تا شدید را رعایت می‌کنند و انجام چنین ورزشی، دارای رابطه مثبت با جنس مذکر است (۲۱).

سطح متفاوت دریافت حمایت اجتماعی، علاوه بر مطالعه لی و همکاران در مطالعات دیگری نیز دیده شده- است (۲۲ و ۲۳)؛ دلیل احتمالی چنین نتیجه‌ای را شاید بتوان به عواطف و احساسات متمایز در جنس مؤنث نسبت داد. به این معنی که براساس گزینه‌های ALQ اغلب، دختران، بیشتر ترجیح می‌دهند نگرانی‌های خود را برای دیگران مطرح کرده یا اینکه از گذراندن وقت با دوستانشان، بیشتر لذت می‌برند و نظایر آن. در مطالعه حاضر مشخص شد که مشارکت دانش-آموزان در برنامه آموزش سبک زندگی، به‌طور معنی-داری، موجب بهبود سبک زندگی آنها در مقایسه با گروه کنترل شد؛ این یافته، بیانگر آن است که آموزش سبک

جدید ملاحظه نمی‌شود؛ زیرا بسیاری از مطالعات پیشین نیز وجود چینی تفاوت‌هایی را گزارش کرده‌اند (۱۱ و ۱۳) اما وجود اختلاف در ابعاد مختلف در مقایسه مطالعات شایان توجه است؛ برای نمونه، لی و همکاران دریافتند که دانش‌آموزان پسر در مقایسه با دختران «آگاهی از سلامت و حمایت اجتماعی» کمتری را گزارش می‌کنند (۱۹)؛ این پژوهشگران از نسخه زبان چینی ابزار ما استفاده کردند ولی همان‌طور که مطرح شد در نمونه مطالعه ما تفاوتی معنی‌دار از نظر فاکتور «آگاهی از سلامت» در میان دو جنس ملاحظه نشد. بیشتر گزینه‌های مربوط به بعد آگاهی از سلامت در مقیاس ALQ راجع به گفتگو درباره وضعیت سلامت خویش با افرادی مانند والدین، معلمان یا دوستان هستند.

همان‌طور که می‌دانیم در فرهنگ ما یکی از مسائلی که در حوزه سلامت به هر دو جنس آموخته می‌شود، طرح مشکلات و مسایل احتمالی سلامت از قبیل هرگونه درد یا نشانه بیماری به فردی مورد اطمینان نظیر والدین یا اعضای خانواده به‌منظور دریافت کمک و مشاوره فوری است؛ بنابراین وجود چنین تفاوتی را در این دو مطالعه شاید بتوان به ابعاد فرهنگی حاکم بر جوامع مختلف نسبت داد.

در مطالعه‌ای دیگر که به‌وسیله همین پژوهشگران انجام شده است، از مقیاس یادشده برای سنجش و مقایسه رفتارهای سبک زندگی و سلامت روانی در میان دانش-آموزان ۱۰ تا ۱۹ سال در شهرهای هونگ کونگ و گانگزو استفاده شده است که نتایج آن «از وضع بهتر سبک زندگی در همه ابعاد هفت‌گانه آن در نوجوانان شهر گانگزو نسبت به هونگ کونگ حکایت دارد و این-طور نتیجه‌گیری شده است که نابرابری‌های اجتماعی اقتصادی، ترکیب خانواده و گروه‌های سنی، عوامل کلیدی مرتبط با رفتارهای سبک زندگی سالم در نوجوانان به‌شمار می‌آیند (۲۰).

سبک زندگی سالم برای نوجوانان دبیرستانی نیز می‌تواند تأثیری مثبت در بهبود سبک زندگی نوجوان به همراه داشته‌باشد. مطالعات بیشتر با استفاده از ابزارهای دقیق-تر، راهگشای شناخت سبک زندگی نوجوانان و تلاش در جهت بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت در زندگی آنهاست.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه مسئولان محترم مدارس و دانش-آموزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، قدردانی می‌شود. این پژوهش در قالب یک طرح تحقیقاتی مصوب از جانب دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره قرارداد ۹۹۲۱ صورت گرفته‌است.

زندگی سالم می‌تواند اثری مثبت بر تعدیل آن داشته-باشد؛ چنین تأثیر مثبتی در مطالعات دیگری نیز مشاهده-شده‌است (۵،۱۰ و ۱۴).

بنابراین، به نظر می‌رسد، لازم است معلمان و مسئولان بهداشت مدارس، رفتارهای سبک زندگی را در دانش-آموزان مورد پایش قرارداد، آموزش‌های لازم را در این خصوص به دانش‌آموزان ارائه‌دهند؛ به این ترتیب، رفتارهای مثبت و سالم سبک زندگی از دوران نوجوانی مورد توجه و تمرین قرار گرفته، زمینه تداوم آنها در دوران بزرگسالی فراهم می‌شود.

در مطالعه ما، محدودیت‌هایی نیز وجود داشت؛ اول اینکه مطالعه در دبیرستان‌های منطقه جنوب تهران صورت گرفت؛ بنابراین امکان تعمیم آن به همه نوجوانان شهر تهران وجود ندارد؛ با وجود این با توجه به مشارکت فعال شرکت‌کنندگان و میزان پاسخ‌دهی بالا به پرسش‌های پرسش‌نامه، اعتباری بالا برای نتایج به‌دست-آمده قابل پیش‌بینی است.

دوم اینکه برای جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش از یک ابزار خودگزارشی استفاده شد که شاید استفاده از ابزارهای عینی‌تر، نظیر مشاهده یا دفترچه ثبت وقایع روزمره بتواند ارزشیابی دقیق‌تری را از میزان تغییرهای حاصل به‌دست‌دهد.

در نهایت اینکه در نظر گرفتن یک زمان پیگیری طولانی‌تر برای پایش تغییرهای ایجاد می‌تواند میزان دستیابی به اهداف پژوهش را در درازمدت مورد بررسی قرار دهد که متأسفانه به دلیل دشواری در هماهنگی‌ها و بودجه محدود پروژه امکان چنین پیگیری میسر نبود.

به‌طور خلاصه، این مطالعه نشان داد که دختران و پسران در برخی از ابعاد سبک زندگی با هم متفاوت‌اند و بنابراین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جنسیت می‌تواند موفقیتی بیشتر را در تعدیل سبک زندگی نوجوانان ایجاد کند؛ علاوه‌براین، اجرای برنامه‌های آموزشی درباره

منابع

1. Longman P, Longman dictionary of contemporary English, 4TH edition, New York, Pearson education, 2008.
2. Hallal, P.C., et al., Prevalence of sedentary lifestyle and associated factors in adolescents 10 to 12 years of age. *Cad Saude Publica*, 2006. 22(6): 1277-87
3. Mahon, N.E., A. Yarcheski, and T.J. Yarcheski, Psychometric evaluation of the personal lifestyle questionnaire for adolescents. *Res Nurs Health*, 2002. 25(1): 68-75.
4. Dupuy, M., et al., Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011. 11: 442.
5. Nutbeam, D., L. Aaro, and B. Wold, The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. *World Health Stat Q*, 1991. 44(2): 55-61.
6. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S, Golshan M, Dortag A. Correlation between lifestyle and body mass index among young adults in Kerman. , *nursing research*, 2007, 2(6,7) :65-72 (Persian).
7. Zareeian A, Ghofranipour F, Ahmadi F, Kazemnegad F, Daneshvari A, Mohammadi E. [Conceptual Explanation of Male Adolescents Lifestyle; a Qualitative Research], *nursing research*, 2007, 2(6,7) :73-84 (Persian).
8. Ahmadi J, Hasani M. [Prevalence of substance use among Iranian high school students] *Addict Behav*. 2003; 28(2):375-9. (Persian).
9. Kelishadi R, Sadry GH, Hashemi Pour M, Sarraf Zadegan N, Ansari R, Alikhassy H, Bashardoust. [Lipid profile and fat intake of adolescents: Isfahan healthy heart program - Heart health promotion from childhood] . *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2003; 4(4-3):176-167.
10. Young, D.R., et al., Effects of a life skills intervention for increasing physical activity in adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2006. 160(12):1255-61.
11. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2003. *MMWR Surveill Summ*. 2004; 53:1-96.
12. Eftekhari, M., H. Mozaffari-Khosravi, and F. Shidfar, The relationship between BMI and iron status in iron-deficient adolescent Iranian girls. *Public Health Nutr*, 2009. 12(12): 2377-81.
13. Beydoun, M.A. and Y. Wang, Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults. *J Affect Disord*, 2010. 123(1-3): 52-63.
14. Nakamura, T., The integration of school nutrition program into health promotion and prevention of lifestyle-related diseases in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr*, 2008. 17 Suppl 1: 349-51.
15. Gillis AJ. The Adolescent Lifestyle Questionnaire: development and psychometric testing. *Can J Nurs Res*. 1997; 29(1): 29-46.
16. Tavakoli R & et al. Basiji as a pattern of healthy living. Tehran, Office of communication and health education in ministry of health. 2008.
17. Saffari M & et al. [stress management training manual for adolescents]. Tehran, Sobhan publications, 2011 (Persian).
18. Saffari & et al. [health education and promotion (theories, models and methods)] Tehran, Sobhan publications, 2009.35-38 (Persian).
19. Lee RL, Loke AY, Wu CS, Ho AP. The lifestyle behaviours and psychosocial well-being of primary school students in Hong Kong. *J Clin Nurs*, 2010. 19(9-10):1462-72.
20. Lee, R.L. and A.Y. Loke, Lifestyle behaviours and psychosocial well-being of Chinese adolescents in Hong Kong and Guangzhou, China: a cross-sectional comparative survey. *J Clin Nurs*, 2011.
21. Magnusson, K.T., et al., [Physical activity of 9 and 15 year old Icelandic children - Public health objectives and relations of physical activity to gender, age, anthropometry and area of living]. *Laeknabladid*, 2011. 97(2): 75-81.
22. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J., Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Soc Sci Med*, 2005. 60(11): 2549-59.
23. Geckov J A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health*, 2003. 13(1): 44-50.

Daneshvar

Medicine

Evaluation of an educational intervention based on PRECEDE PROCEED model toward lifestyle improvement among adolescents

Mohsen Saffari^{1*}, Najmemolok Amini², Hasan Eftekhari Ardebili², Mahmoud Mahmoudi³, Hormoz Sanaeinasab¹

1. Health Education Department, School of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Epidemiology and Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: m.saffari@bmsu.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Adolescence is a critical period that underlies lifestyle in later periods of life. The aim of this study was evaluation of the impact of a model based intervention on lifestyle among adolescents.

Materials and Methods: A group randomized clinical trial for assessing the effect of educational intervention on 365 adolescents (192 females and 173 males) was designed. Adolescent life style questionnaire (ALQ) and a demographic scale were used for data collection. Data were collected before and two weeks after the intervention with regard to PRECEDE PROCEED model. Statistical tests such as Chi 2, independent and paired t-test were used by SPSS software version 17 for data analysis.

Results: The mean age of adolescents was 15.77 years (SD = 0.74) years. A significant increment in lifestyle score was obtained between before and after intervention among intervention groups ($p < 0.01$). The standard mean of physical activity among males and the standard mean of social support among females were higher than the other gender.

Conclusion: The findings suggest that an educational intervention based on PRECEDE PROCEED model may be effective for lifestyle improvement among adolescents. In light of these findings, necessity of gender-based healthy life style education among adolescents should be considered further.

Key words: Lifestyle, Adolescents, PRECEDE PROCEED model

Received: 23/4/2012

Last revised: 7/6/2012

Accepted: 17/6/2012