

# بررسی اثربخشی مداخله آموزشی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج

دکتر لاله حسنی<sup>۱</sup> مهدیه علی غیاث<sup>۲</sup> امین قنبرنژاد<sup>۳</sup> دکتر علیرضا شهاب جهانلو<sup>۴</sup> دکتر زینب غلام‌نیا<sup>۵</sup>  
<sup>۱</sup> استادیار آموزش بهداشت، <sup>۲</sup> مربی آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، <sup>۳</sup> دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان <sup>۴</sup> کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرج <sup>۵</sup> استادیار آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس

مجله طب پیشگیری سال دوم شماره اول بهار ۹۴ صفحات ۶۹-۶۲

## چکیده

**مقدمه:** نوجوانی دوره مهم و حیاتی است که با تغییرات جسمی، عاطفی و تکاملی همراه بوده و انسان را برای ورود به بزرگسالی آماده می‌کند. بدیهی است روند این تغییرات نقش به‌سزایی در رفتارهای بهداشتی دوران بزرگسالی دارد. لذا تشویق نوجوانان برای ایجاد رفتارهای سالم از اولویت‌های بهداشت عمومی جامعه است. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج بود.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که در ۴۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی شهر کرج که به صورت تصادفی و به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام شد. مداخله آموزشی به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه استاندارد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت جمع‌آوری شد و با استفاده از برنامه SPSS 19 تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** اجرای برنامه آموزشی منجر به افزایش میانگین نمره برخی از ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، شامل مسئولیت سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، روابط بین فردی گردید ( $P < 0.001$ )، اما رشد معنوی و مدیریت استرس تغییر معنی‌داری نداشت ( $P > 0.05$ ). هیچ تغییر معنی‌داری در ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در گروه شاهد مشاهده نگردید ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی می‌تواند موجب افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شود. لذا پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء سلامت دانش‌آموزان از این نوع مداخلات آموزشی استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** مداخله آموزشی، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، دانش‌آموزان، کرج

نویسنده مسئول:

مهدیه علی غیاث

مرکز بهداشت شهرستان کرج، دانشگاه

علوم پزشکی البرز

کرج - ایران

تلفن: ۰۲۶۱۱۰۰۵۸۶۶-۹۸

پست الکترونیکی:

mahdieghas1982@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۳/۱۲/۲۰ اصلاح نهایی: ۹۴/۳/۲ پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۱۰

## مقدمه:

مسئولیت سلامت و رشد معنوی و همچنین حذف عواملی که به

نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد، می‌باشد (۱).

ارتقاء رفتارهای مرتبط با سلامت، منجر به حفظ عملکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد (۳). به طوری که ۵۳٪ علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی آنها ارتباط دارد (۱). ولی آنچه مسلم است، این است که بسیاری از عادات سالم و ناسالم در دوران نوجوانی شکل گرفته و به دوره‌های بعدی زندگی نیز تسری می‌یابد (۴). نوجوانی دوره مهم و حیاتی

ارتقاء سلامت و ترمیم سلامت افراد جامعه یکی از ارکان پیشرفت جوامع می‌باشد (۱). طبق نظریه پندر، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت عبارتند از هر گونه اقدامی که برای افزایش حفظ سطح سلامت و خود شکوفایی فرد و یا یک گروه صورت گیرد (۲). جرف بهداشتی که قبلاً بر معالجه بیماری تمرکز می‌نمودند، اکنون توجه‌شان بر پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس،

سازمان بهداشت جهانی با ارائه طرح مدارس ارتقاءدهنده سلامت، اهمیت این موضوع را مورد تأکید قرار داده است (۲). اکنون که سیستم درمان به سوی حفظ و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماریها تغییر مسیر داده است، مریبان بهداشت در سطح مدارس می‌توانند نقش مهمی در آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تغییر رفتارهای نادرست و پیشگیری از بیماریها در دوران نوجوانی و بزرگسالی و ارتقاء سلامت نوجوانان ایفا نمایند. بنابراین به دلیل اهمیت رفتارهای مرتبط با سلامتی این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش به عنوان عاملی تأثیرگذار بر افزایش سطح انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج انجام شد.

### روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی شهر کرج اجرا شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها مجوز و معرفی نامه‌های لازم جهت جمع‌آوری اطلاعات، از اداره کل آموزش و پرورش کرج کسب گردید و لیست دبیرستان‌های مناطق ۱ و ۲ در اختیار محقق قرار گرفت. سپس به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای در هر منطقه آموزشی ۲ مدرسه و در کل ۴ مدرسه به تفکیک جنسیت، ۲ مدرسه پسرانه (۲۰۰ نفر مداخله و ۲۰۰ نفر کنترل) و ۲ مدرسه دخترانه (۲۰۰ نفر مداخله و ۲۰۰ نفر کنترل) انتخاب شدند.

تعیین حجم نمونه از طریق یکی از معروف‌ترین فرمول‌های نمونه‌گیری یعنی فرمول کوکران انجام پذیرفت:

$$n = (N \times t^2 \times p \times q) \div (N \times d^2 + t^2 \times p \times q) = 373$$

در فرمول فوق حداکثر اشتباه مجاز (d) معادل ۰/۰۵، ضریب اطمینان ۰/۹۵،  $t = 1/96$  و مقادیر p و q نیز هر کدام معادل ۰/۵ و حجم جامعه  $N =$  در نظر گرفته می‌شود. تعداد نمونه با استفاده از فرمول فوق ۳۷۳ نفر به دست آمد. ولی به منظور بالا بردن پایایی تحقیق حجم نمونه به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: اشتغال به تحصیل در مقطع دبیرستان، کسب رضایت دانش‌آموزان و اولیاء آنها با تکمیل رضایت‌نامه کتبی، حضور مستمر و به موقع دانش‌آموز در جلسات آموزشی. شایان ذکر است حفظ محرمانه اطلاعات و عدم استفاده ابزاری از اطلاعات و حفظ شئون انسانی به عنوان بنیادی‌ترین

است که با تغییرات جسمی، عاطفی و تکاملی همراه بوده و فرد را برای ورود به مرحله بزرگسالی آماده کرده و بدین‌سان مجموعه این تغییرات و تأثیر آن در نوع رژیم غذایی، خواب، ورزش و فعالیت بدنی، کنترل وزن و غیره رفتارهای نوجوان را تشکیل می‌دهد که تعیین‌کننده سبک زندگی می‌باشد (۴، ۵).

کشور ایران با بیش از ۱۸ میلیون نوجوان یکی از جوان‌ترین کشورهای دنیا محسوب شده که متأسفانه مطابق با بررسی‌های صورت گرفته توسط سازمان ملی جوانان، ۵۱٪ نوجوانان مورد مطالعه دارای رفتارهای بهداشتی مناسبی نبوده‌اند (۴) و از طرف دیگر مدرسه خانه دوم دانش‌آموز و محلی برای پرورش اجتماعی او است. بخش عظیمی از زندگی او به شکلی فزاینده در اختیار مدرسه قرار می‌گیرد (۶). مدارک موجود نشان می‌دهند تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان در حالی رشد می‌کنند که از حمایت و راهنمایی کافی خانواده برخوردار نیستند. شاخص‌های سوءمصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، بزهکاری، خودکشی و عملکرد ضعیف در مدرسه نشان می‌دهد که تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات فراوانی هستند و رفتارهای پرخطری را تجربه می‌کنند (۷). بر این اساس و بر مبنای «منشور او تاوا»، قطعنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، که در سال ۱۹۸۶ پیرامون موضوع ارتقاء سلامت انتشار یافت، بر آموزش به عنوان پیش نیاز سلامت به صورت جدی تأکید شده است (۸). سلامت افراد واقع در سنین مدرسه می‌تواند نقش اصلی را در موفقیت و توسعه یک کشور ایفا نماید، زیرا فرد در مدرسه به دلیل تعامل با دانش‌آموزان دیگر و معلم رفتارهای بهداشتی را فرا گرفته و سبک زندگی خود را شکل می‌دهد (۹).

نکته‌ای که در اینجا حائز اهمیت می‌باشد، این است که رفتارهای بهداشتی و غیربهداشتی در بزرگسالی متفاوت از نوجوانان بوده، لذا شناخت ساختار و دیدگاه ذهنی نوجوانان در عمل به یک سبک زندگی خاص، به کارکنان بهداشتی فرصت خواهد داد که علاوه بر امکان ارزیابی سبک زندگی به شکل دقیق و مبتنی بر جوهره اصلی آن، رهیافت‌های پیشگیری نوین و بدیع متناسب را تدوین نمایند، توانمندی نوجوان را ارتقاء بخشیده و ایشان را اصلاح نمایند (۴). از آنجا که رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، مانند بقیه رفتارها قابل آموزش هستند. به نظر می‌رسد، تعلیم آنها بایستی از مدارس آغاز شود، که در همین رابطه

۱. ارائه راهکار درباره تکنیک‌های مدیریت استرس ۲. اهمیت ایجاد و حفظ حس مسئولیت‌پذیری سلامت در افراد ۳. ارائه اطلاعات درباره فواید افزایش کمی و کیفی فعالیت جسمی ۴. ارائه اطلاعات در مورد اهمیت و چگونگی داشتن تغذیه مناسب ۵. بیان فواید و راهکارهای ارتقا رشد معنوی در افراد ۶. اهمیت و چگونگی اصلاح روابط بین فردی.

آموزش‌ها به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در گروه مداخله انجام شد. سپس داده‌ها در دو مرحله قبل و ۲ ماه بعد از مداخله جمع‌آوری گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون‌های من ویتنی، تی زوجی، تی مستقل و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ضمن هر دو گروه از لحاظ متغیرها در قبل مداخله همسان شدند.

#### نتایج:

در دو گروه پسران (۱۰۰ نفر مداخله و ۱۰۰ نفر کنترل) و دختران (۱۰۰ نفر مداخله و ۱۰۰ نفر کنترل) با دامنه سنی ۱۷-۱۵ سال و میانگین سنی گروه مداخله  $16/24 \pm 6/7$  سال و گروه کنترل  $16/67 \pm 5/81$  سال قرار داشتند. نتایج پژوهش در رابطه با متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از آزمون‌های کای دو، من ویتنی و تی تست نشان داد بین گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌دار وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل در قبل از آموزش از لحاظ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در ابعاد مختلف تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) (جدول شماره ۱).

بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ ابعاد مسئولیت‌پذیری، فعالیت فیزیکی، تغذیه و روابط بین فردی در بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ولی از لحاظ حیطه‌های رشد معنوی و مدیریت استرس اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

اصول اخلاقی در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفت. عدم تمایل به شرکت در مطالعه یا غیبت دانش‌آموز در جلسات آموزشی به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی ۲- پرسشنامه استاندارد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (HPLPII) (Health Promotion)

Lifestyle profile-II) که بر اساس مدل ارتقاء سلامت پندر در جهت تعیین این که افراد تا چه حد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را انجام می‌دهند. پرسشنامه HPLPII یک ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت فراهم می‌کند. به این ترتیب که فراوانی به کارگیری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را در شش بعد (مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت استرس و روابط بین فردی) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه حاوی ۵۲ سوال است که در مقابل هر سوال ۴ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (صفر)، گاهی اوقات (۱)، معمولاً (۲) و همیشه (۳) نمره‌دهی می‌شود. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی بین ۲۰۸-۵۲ است که برای هر بعد با توجه به نمره بدست آمده به صورت ضعیف، متوسط و خوب محاسبه شد. کسانی که نمره میانگین بالایی داشتند به عنوان رفتارهای بهداشتی خوب و کسانی که نمره پایین میانگین داشتند، به عنوان رفتارهای بهداشتی ضعیف دسته‌بندی شدند. اطلاعات دموگرافیک نیز متشکل از سوالاتی در زمین‌هایی چون: پایه تحصیلی، سن، جنس، معدل سال گذشته، اشتغال و تحصیلات پدر و مادر، رتبه تولد، تعداد افراد خانوار و غیره می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات قبلی سنجیده شده است (آلفاکرونباخ  $0/94$  -  $0/74$ ) (۱۰).

با مراجعه پژوهشگر به مدارس و توضیح هدف مطالعه، پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان تکمیل گردید. محتوای مداخله آموزشی بر اساس نیازسنجی اولیه یعنی تعیین حیطه‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت طراحی شد. برنامه طراحی شده بر حول محورهای زیر بود:

جدول شماره ۱- مقایسه امتیاز کلیه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بعد از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل (N=400)

P-value*	گروه کنترل N(%)			گروه مداخله N(%)			حیطه‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت
	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط	خوب	
۰/۸۴	۳ (۱/۵)	۸۳ (۴۱/۵)	۱۱۴ (۵۴)	۴ (۲)	۸۳ (۴۱/۵)	۱۱۳ (۵۶/۵)	مسئولیت پذیری
۰/۷۲	۱۹ (۷/۵)	۱۲۱ (۴۰/۵)	۴۰ (۳۰)	۲۰ (۱۲/۵)	۱۱۸ (۵۹)	۶۲ (۳۱)	فعالیت فیزیکی
۰/۵۷	۱۷ (۷/۵)	۱۵۴ (۷۷)	۲۹ (۱۴/۵)	۱۵ (۷/۵)	۱۵۵ (۷۷/۵)	۳۰ (۱۵)	تغذیه
۰/۹۹	۱۷ (۷/۵)	۴۵ (۱۳۲/۵)	۱۱۸ (۵۹)	۱۵ (۷/۵)	۴۶ (۳۳)	۱۱۹ (۵۹/۵)	رشد معنوی
۰/۳۹	۴۷ (۳۳/۵)	۱۴۳ (۷۱/۵)	۱۰ (۵)	۴۹ (۲۴/۵)	۱۴۱ (۷۰/۵)	۱۰ (۵)	مدیریت استرس
۰/۹۵	۳۲ (۱۴)	۱۴۰ (۸۰)	۸ (۴)	۳۶ (۱۸)	۱۵۷ (۷۸/۵)	۷ (۳/۵)	روابط بین فردی

\* Chi-Square

جدول شماره ۲- مقایسه امتیاز کلیه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بعد از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل (N=400)

P-value*	گروه کنترل N(%)			گروه مداخله N(%)			حیطه‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت
	ضعیف	متوسط	خوب	ضعیف	متوسط	خوب	
۰/۰۰۳	۹ (۴/۵)	۸۲ (۴۱)	۱۰۹ (۵۴/۵)	۲ (۱)	۴۶ (۲۳)	۱۵۲ (۷۶)	مسئولیت پذیری
۰/۰۰۰۱	۱۷ (۷/۵)	۱۲۳ (۶۱/۵)	۶۰ (۳۰)	۱۲ (۴)	۶۳ (۳۱/۵)	۱۲۵ (۶۲/۵)	فعالیت فیزیکی
۰/۰۰۱	۱۶ (۸)	۱۵۴ (۷۷)	۳۰ (۱۵)	۸ (۴)	۵۷ (۲۸/۵)	۱۳۵ (۶۷/۵)	تغذیه
۰/۹۵	۱۴ (۷)	۶۶ (۳۳)	۱۲۰ (۶۰)	۱۲ (۶)	۶۷ (۳۳/۵)	۱۲۱ (۶۰/۵)	رشد معنوی
۰/۴۶	۴۷ (۳۳/۵)	۱۶۳ (۸۱/۵)	۱۰ (۵)	۳۵ (۲۰/۵)	۱۴۶ (۷۳)	۱۹ (۷/۵)	مدیریت استرس
۰/۰۰۱	۳۸ (۱۹)	۱۶۴ (۸۲)	۸ (۴)	۱۹ (۹/۵)	۹۱ (۴۶)	۹۰ (۴۵)	روابط بین فردی

\* Chi-Square

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار کلیه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دو گروه قبل و بعد از مداخله

نتایج t مستقل بعد از مداخله	نتایج t مستقل قبل از مداخله	گروه کنترل (n=200)		گروه مداخله (n=200)		متغیر
		قبل	بعد	قبل	بعد	
۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱۹/۱۲±۳/۰۸	۱۹/۲۳±۳/۰۶	۲۴/۱۳±۲/۹۵	۱۸/۵۳±۴/۰۵	مسئولیت پذیری
۰/۰۴	۰/۸۷	۱۷/۵۲±۲/۵	۱۷/۵۵±۲/۴۵	۲۲/۲۵±۲/۱۴	۱۸/۱۰±۳/۲۶	فعالیت فیزیکی
۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۲۰/۵۲±۲/۶۵	۲۰/۷۵±۲/۵۷	۲۵/۸±۳/۲۲	۲۰/۸۸±۳/۶۱	تغذیه
۰/۷۵	۰/۹۹	۲۷/۸±۲/۵۸	۲۷/۲۸±۲/۴۶	۲۶/۸۲±۴/۴۹	۲۳/۷۵±۴/۷۵	رشد معنوی
۰/۲۷	۰/۳۹	۲۳/۵۷±۱/۹۳	۲۳/۱۳±۲/۰۲	۲۳/۸±۳/۴۱	۲۳/۶۵±۲/۰۲	مدیریت استرس
۰/۰۴	۰/۷۲	۲۰/۵۳±۱/۴۹	۲۱/۴۷±۱/۴۸	۲۳/۸۵±۳/۹	۱۹/۷±۲/۷	روابط بین فردی

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین‌های دو

گروه از لحاظ ابعاد مسئولیت‌پذیری، روابط بین فردی، فعالیت فیزیکی و تغذیه مناسب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی این اختلاف در ابعاد مدیریت استرس ( $P=0/37$ ) و رشد معنوی ( $P=0/46$ ) حاصل نشد (جدول شماره ۳). در حالی که در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله هیچ اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید ( $P>0/05$ ). به طور کلی نتایج آزمون تی تست جهت بررسی تأثیر آموزش در زمینه مقایسه تفاوت میانگین امتیازات رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دو گروه قبل و بعد از مداخله در ۷۰٪ متغیرها در گروه مداخله تفاوت معنی‌دار نشان داد.

### بحث و نتیجه‌گیری:

در این مطالعه تأثیر مداخله آموزشی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از شش جنبه مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت استرس و روابط بین فردی سالم مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اجرای مداخله آموزشی بر همه حیطه‌های ذکر شده به غیر از رشد معنوی و مدیریت استرس در گروه مداخله تأثیر مثبتی داشت.

برای دو گروه پسر و دختر کم شده و به ترتیب به حد استاندارد ۴۰ و ۳۲ نزدیکتر شده بود (۱۳). اما با یافته‌های پژوهش فرمانبر سازگار نیست که حاکی از عدم اثربخشی آموزش‌های ارائه شده در میان دانشجویان بر متغیرهای سلامت مخصوصاً بعد تغذیه می‌باشد (۷). شاید بتوان دلیل عدم تأثیر مداخلات در مطالعه نامبرده را روش‌های اجرایی آنها ذکر کرد. به طوری که در مطالعه حاضر نشان داده شد آموزش از طریق روش سخنرانی و پرسش و پاسخ سبب بهبود وضعیت تغذیه شد.

اجرای برنامه مداخله آموزشی مورد نظر بر وضعیت رشد معنوی دانش‌آموزان تأثیری نداشت و سبب افزایش یا کاهش گرایش به این بعد نگردید. رشد معنوی هرگاه در مورد انسان به کار برده شود، کلیه ابعاد وجودی وی را شامل می‌شود و عوامل زیادی بر این رشد تأثیر می‌گذارند. نتایج آقاملاهی و همکاران در مطالعه‌ی خود با عنوان تأثیر مداخله آموزشی با استفاده از رویکرد تعاملی بر تغییر رفتار این یافته‌ها را تأیید می‌کنند (۱۴). ولی این نتیجه با نتایج حاصل از مطالعه منصورنژاد و همکاران مطابقت نداشت که به این نتیجه رسیده بود نگرش مذهبی افراد از ابعاد مختلف سلامت روان تأثیر می‌پذیرد و توانستند با انجام مداخلات آموزشی سبب افزایش سلامت روان و سلامت معنوی گردند (۱۵).

نتایج تحقیق نشان می‌دهد اجرای برنامه مداخله آموزشی مورد نظر بر وضعیت مدیریت استرس تأثیری نداشت، ولی نتایج مطالعه ایمانی و همکاران با این یافته‌ها همسو نیست زیرا نشان می‌دهد برگزاری کلاس‌های مشاوره می‌تواند در ارتقاء وضعیت سلامت روان از جمله کنترل استرس جوانان مؤثر باشد (۹). شاید بتوان دلیل عدم تأثیر مداخله آموزشی را در این مطالعه بر مدیریت استرس دانش‌آموزان مسأله هم‌زمانی تقریبی پر کردن پرسشنامه مرحله دوم با ایام امتحانات دانش‌آموزان و مخدوش شدن نتایج با این موضوع دانست.

یافته‌های این تحقیق نشان دادند که اجرای برنامه مداخله آموزشی مورد نظر بر روابط بین فردی دانش‌آموزان تأثیر مستقیم داشت. این نتیجه با مطالعه سبزمکان و همکاران هم‌خوانی داشت که نشان می‌دهد مداخله بر متغیر یاد شده تأثیر

اجرای برنامه سخنرانی و پرسش و پاسخ موجب ارتقاء حیطه مسئولیت سلامت در گروه مداخله گردید. کم بودن میانگین سنی نوجوانان و کمبود سطح آگاهی آنان از نقش خود در ارتقاء کیفیت زندگی، موجب پایین بودن مسئولیت در برابر سلامتی‌شان گشته است. تا جایی که تعداد بسیار محدودی از دانش‌آموزان دختر و پسر در زمینه چگونگی مراقبت صحیح از خود اطلاعات دارند. این نتایج با نتایج مطالعه حبیبی همسو است، که نشان می‌دهد ارتقاء رفتارهای مرتبط با سلامت، منجر به حفظ عملکرد و استقلال افراد و به دنبال آن افزایش مسئولیت‌پذیری و افزایش کیفیت زندگی آنها و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. نتایج حاصل از مطالعه میشارا و همکاران نیز از این یافته‌ها حمایت می‌کند (۳، ۱۱).

اجرای مداخله آموزشی موجب افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بعد فعالیت فیزیکی گردید. امکانات و شیوه زندگی امروزی به خصوص در مناطق شهری (به واسطه وسایلی نظیر کامپیوتر، تلویزیون و غیره) سبب گردیده است که نوجوانان و جوانان رغبت کمتری به فعالیت بدنی نشان دهند. یکی از مؤثرترین روش‌های ترغیب جوانان به فعالیت بدنی بیشتر (به عنوان مهمترین جز سبک زندگی سالم)، اجرای برنامه‌های آموزشی می‌باشد (۱۲). یافته‌های مطالعات محسنی و رهنورد نیز از این نتایج حمایت می‌کنند (۶، ۵). اما این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه زارعیان مغایرت داشت که نشان می‌دهد مداخلات نیز نتوانسته است تا حد زیادی سبب تغییر و بهبود رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از جمله فعالیت بدنی در یک بازه زمانی شود (۴). این ممکن است به این دلیل باشد که مداخلات انجام شده به صورت اصولی و بر طبق نیازسنجی آموزشی قبل از اجرای مداخلات صورت نگرفته است ولی در مطالعه حاضر مشاهده شد که انجام طراحی مداخله بر طبق نیازسنجی باعث بهبود رفتارها از جمله فعالیت فیزیکی گردید. در مطالعه حاضر میانگین بعد تغذیه مناسب در گروه مداخله پس از آموزش نسبت به گروه کنترل افزایش محسوسی داشت که می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر مثبت برنامه آموزشی بر روی این گروه باشد. این یافته‌ها با نتایج خسرو آبادی و همکاران هم‌خوانی دارد که نشان می‌دهد با انجام یک مداخله آموزشی و بهبود وضعیت تغذیه در طی ۶ ماه رنج وزن

مثبت داشته و سبب بهبود روابط و کاهش افسردگی شده است (۱۶).

نتایج این مطالعه نشان داد مداخله آموزشی می‌تواند باعث تأثیر بر ابعادی مانند مسئولیت‌پذیری، فعالیت فیزیکی، تغذیه و روابط بین فردی دانش‌آموزان شود، لذا پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء سلامت دانش‌آموزان از این نوع مداخلات آموزشی استفاده شود.

## References

## منابع

1. Samimi R, Masrou Roudsari DD, Tamadonfar MA, Hosseini F. Correlation between lifestyle and general health in university students. *Iran journal of nursing (IJN)*. 2007; 19(48): 83-93[Persian].
2. Ghaffari Nejad A, POUYA F. Self promoting behaviour among teachers in kerman. *Journal of Guldan University of medical sciences*. 2002; 11(43): 1-9[Persian].
3. Habibi A, Nikpour S, Seyedalshohadaei M, Haghani H. Health promotion behaviours and quality of life among elderly people. *Journal of Ardabil university of medical sciences ( JAUMS)* 2008, 1(27): 29-36[Persian].
4. Zareiean A, Ghofranipour F, Akhtar danesh N, Mohamadi E. The lifestyle concept in Adolescent boy. *Nursing research*. 2007; 2(6,7):73-84[Persian].
5. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazem Nejad A, Zarei Lifestyle of female adolescents with osteoporosis prevention. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical sciences* 2007; 12(2): 53-61[Persian].
6. Mohseni MJ, Jamshidi E, Akbari F, Torabian S, Moradi Lakeh M, Efat-panah M, et al. The investigation of sport areas covered by social development and health promotion research center, Tehran University of Medical Sciences, 2003. *Jornal of Arak University of Medical Sciences*. 2006; 9: 61-66[Persian].
7. Farmanbar RA. Study on health maintenance methods in students of Guilan university of medical sciences *J Med Faculty Guilan Univ Med Sci* 2003; 12(46): 34-42 [Persian].
8. Asefzadeh S, Shojaei P, Amirian S. Evaluation of application of health system research projects in Qazvin University of Medical Sciences. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2013; 17 (1):69-75[Persian].
9. Imani E, Khademi Z, Soudagar S, Naghizadeh F. Health status of nursing students of Hormozgan University of medical sciences by Goldberg's general health questionnaire – 2011. *Hormozgan University of Medical Sciences Journal*. 2013;4: 357-364 [Persian].
10. Motlagh Z, Mazloomi Mahmoodabad SS, Momayyezi M. Study of health promotion behaviors among university of medical science student. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* 2011[Persian].
11. Mishara B, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: zippy's friends. *Early Childhood Research Quarterly* 2006;21:110-123.
12. Brunner LS, Suddarth DS, eds. *Textbook of medical surgical nursing*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Company; 2008. p.134-60.
13. Khosro Abadi AA, Azmoudeh E, Dolati M, Farzadmanesh E, Rakhshani MH. "Survey of Student Views about Factors Affecting Students' Attendance in Classrooms in Sabzevar University of Medical Sciences, Iran." *Journal of Strides Development Medical Education* 2013, 142-149.

14. Aghamolaei T, Eftekhari H, Mohammad K, Sobhani A, Shojaeizadeh D, Nakhjavani M et al. Influence of educational intervention using interaction approach on behavior change, hemoglobin A1c and health-related quality of life in diabetic patients. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2005; 3(4):1-9.
15. Mansurnejad Z, Kajbaf M.B. The relationship of religious orientation (intrinsic, extrinsic) and gender with death anxiety among students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012; 2(1): 55-64[Persian].
16. Sabzmakan L, Hazavehei S.M.M, Rabiee K, Jahani Hashemi, Mir Mohammad Sadeghy M. Effect of a PRECEDE-based educational intervention on depression and quality of life in patients with coronary artery bypass grafting. *Payesh*. 2009; 8(1): 75-84[Persian].

## Effect of educational intervention on health-promoting behaviors of high school students in Karaj city

L. Hassani, PhD<sup>1</sup> M. Alighiyas, MSc<sup>2</sup> A. Ghanbarnejad, MSc<sup>3</sup> A. Shahab Jahanlu, PhD<sup>4</sup>

Z. Gholamnia-Shirvani, PhD<sup>5</sup>

Assistant Professor of Health Education<sup>1</sup>, Instructor of Biostatistics<sup>3</sup>, Social Determinant in Health Promotion Research Center, Associate Professor of Health Education<sup>4</sup>, Cardiovascular Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran. MSc of Health education<sup>2</sup>, Karaj Health Center, Albirz University of Medical sciences, Karaj, Iran. Assistant Professor of Health Education<sup>5</sup>, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

(Received 11 Feb, 2015 Accepted 31 May, 2015)

### ABSTRACT

**Introduction:** Adolescence is a critical period with changes in the physical, emotional and developmental traits which is considered as a preparation phase for adulthood. The trend of these changes will determine the health behavior of adults. Therefore, motivation of teenagers to perform healthy behaviors is a priority of community public health. The aim of this study was to evaluate the effect of the educational intervention on health promoting behaviors of high school students in the Karaj city.

**Methods:** This experimental study was performed on 400 high school students in the Karaj city. Participants were randomly selected by multi-stage sampling method. Educational intervention was performed using lecture and question and answer method. Data were collected using the demographic and health promoting behaviors (HPLP) questionnaires and analyzed by SPSS 19.

**Results:** Performing educational intervention increased the mean score of some health promoting behavior dimensions including responsibility for health, physical activity, nutrition, interpersonal relationships ( $P < 0.0001$ ), But spiritual growth and stress management did not change significantly ( $P > 0.05$ ). No significant changes were observed in the dimensions of health promoting behaviors in the control group ( $P > 0.05$ )

**Conclusion:** The findings indicated that educational intervention could improve health-promoting behaviors of the studied population. Therefore it is necessary to design and implement such educational program for promoting healthy behaviors of students.

**Key words:** Educational Intervention, Health Promoting Behaviors, Students, Karaj

Correspondence:

M. Alighiyas, MSc.

Albirz University of Medical

Sciences, Karaj, Iran

Tel: +98 9334005861

Email:

mahdieghiyas1982@gmail.com