

ارزیابی سبک زندگی دانش آموزان مدارس متوسطه شهر بندرعباس

صدیقه السادات طوافیان: دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
تیمور آقاملایی: دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران- نویسنده
رابطه: taghamolaei@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۱

چکیده

زمینه و هدف: در سال های اخیر بر اهمیت سبک زندگی سالم تأکید زیادی شده است. هدف این مطالعه ارزیابی سبک زندگی دانش آموزان مدارس متوسطه و پیش دانشگاهی شهر بندرعباس بود.

روش کار: نمونه گیری به روش چند مرحله ای انجام شد و طی آن ۴۱۰ نفر دانش آموز از مدارس متوسطه و پیش دانشگاهی شهر بندرعباس انتخاب شدند. ابزار ارزیابی سبک زندگی پرسشنامه The Adolescent Health Promotion Scale بود که شامل ۴۰ سؤال است و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در شش حیطه شامل تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت فردی سلامت، ارزش گذاری سلامت، ورزش و کنترل تنش ارزیابی می کند.

نتایج: میانگین سن دانش آموزان مورد بررسی ۱۶/۵ سال با انحراف معیار ۱/۳۴ بود. ۴۹/۸ درصد آنها پسر و ۵۰/۲ درصد دختر بودند. میانگین امتیاز کل پرسشنامه ۶۴/۸۹ از ۱۰۰ بدست آمد. میانگین امتیاز رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در ابعاد تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت فردی سلامت، ارزش گذاری سلامت، ورزش و کنترل تنش به ترتیب ۷۱/۰۶، ۶۳/۰۰، ۶۳/۱۲، ۸۲/۱۱، ۴۱/۴۹ و ۶۸/۵۸ از ۱۰۰ بود.
نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد در مجموع رفتارهای ارتقا دهنده سلامت توسط دانش آموزان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و در این میان فعالیت فیزیکی منظم پایین ترین امتیاز را دارا است که نشان می دهد سبک زندگی غیر فعال (Sedentary Life Style) یک مشکل متداول و جدی در میان دانش آموزان است.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، رفتار بهداشتی، نوجوانان، دانش آموزان، ایران

مقدمه

قوانین، عدم استفاده از کمربند ایمنی و رفتارهای خشونت آمیز بطور معنی داری با ابتلاء و مرگ و میر نوجوانان در ارتباط است (Kulbok and Cox 2002).

اغلب تصور می شود نوجوانان- افراد رده سنی ۱۰ تا ۱۹ سالگی- گروه سالمی هستند. با این وجود، تعدادی از آنها بدلیل حوادث، خشونت، خودکشی، عوارض بارداری های خطرناک و بعضی از بیماری های قابل پیشگیری یا قابل درمان، دچار مرگ زودرس می شوند. تعدادی دیگر از بیماری های مزمن و ناتوانی رنج می برند. علاوه بر این، بعضی از بیماری-

نوجوانی دوره تغییرات اساسی جسمی، روانشناختی و تغییرات عمده در تعاملات اجتماعی و روابط افراد است (WHO 2010a). سلامت و بهداشت نوجوانان بطور روز افزونی صفحات اول روزنامه ها را به خود اختصاص می دهد و جزء اهداف و اولویت های ملت ها به شمار می رود. رفتارهای خطر قابل پیشگیری از قبیل مصرف مواد مخدر، روابط جنسی غیر ایمن، رژیم های غذایی نامناسب و الگوهای فعالیت فیزیکی نامناسب، رانندگی بدون توجه به

های و خیم دوره بزرگسالی ریشه در دوره نوجوانی دارند. بعنوان مثال مصرف سیگار، بیماری های عفونی قابل انتقال از طریق روابط جنسی ناسالم نظیر ایدز، فقر غذایی و عادات ورزشی در دوره نوجوانی می تواند منجر به بیماری یا مرگ در دوران بعدی زندگی شود (WHO 2010b).

نوجوانی دوره ای است که فرد در مورد آینده خود تصمیم گیری می کند، دوست انتخاب می کند، در گروه های اجتماعی مشارکت می کند، چیزهایی را که دوست دارد و آنچه را که از آن متنفر است جستجو می کند و نیازهای جدیدی را پیدا می کند. عاداتی که در دوره نوجوانی شکل می گیرد در دوران بعدی زندگی فرد باقی می ماند (Qureshi 2006). رژیم غذایی مناسب و فعالیت جسمی منظم و کافی عوامل عمده ارتقا و حفظ سلامت در تمام دوران زندگی هستند. رژیم های غذایی نامناسب و عدم فعالیت فیزیکی از عوامل خطر افزایش فشار خون، افزایش قند و چربی خون، افزایش وزن و چاقی، بیماری های قلبی عروقی، سرطان و دیابت است (WHO 2010c).

ارتقاء سلامت فرآیند توانمند سازی مردم به منظور افزایش کنترل بر سلامت و بهبود آن است و دامنه وسیعی از مداخلات اجتماعی و محیطی را در بر می گیرد. سبک زندگی سالم نوجوانان یکی از اولویت های تحقیقاتی در سراسر جهان است و حضور آنها در مدارس فرصت خوبی برای تثبیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در این گروه سنی است. سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی است که در پی فرآیند اجتماعی شدن بوجود آمده است (Park 2009)، و تحت تأثیر متقابل خصوصیات فردی و تعاملات اجتماعی و محیط زندگی قرار می گیرد (Lyons and Langille 2000). در دهه گذشته سازمان بهداشت جهانی به میزان زیادی بر اهمیت سبک زندگی سالم تأکید نموده است (Lee and Loke 2005). بحث های اولیه در مورد سبک زندگی در درجه اول بر تغذیه، ورزش و سیگار و استفاده از الکل

متمركز بود، در حالی که امروزه درک سبک زندگی و رابطه آن با سلامت تغییر کرده است. در همین راستا یکی از اهداف تعیین شده سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ ارتقاء سبک زندگی سالم در افراد است که بر اساس آن تمامی کشورها باید تا سال ۲۰۲۰ فعالانه راهبردهایی را که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی مؤثر است در دستور کار خود قرار دهند و عواملی که به سلامت افراد آسیب می رساند مانند نداشتن فعالیت جسمی، تغذیه نامناسب، روابط فردی معیوب، استفاده از مواد مخدر و رابطه جنسی غیر ایمن را کاهش دهند. دارا بودن یک سبک زندگی خاص دلالت بر انتخاب آگاهانه، یا ناآگاهانه گروهی از رفتارها دارد. رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، بخش جدایی ناپذیر سبک زندگی افراد و تعیین کننده سلامت آنها است (Fraser and Cooper 2009). سبک زندگی ابعاد مختلفی را در بر می گیرد که برخی از آنها شامل تغذیه، روابط اجتماعی، فعالیت جسمی و تنش است. تنش از طریق جسمی یا روانی فرد را درگیر می کند. کنار آمدن مؤثر با تنش یکی دیگر از ابعاد سبک زندگی سالم است (Glazier et al. 2004).

عوامل نشان دهنده سبک های زندگی ناسالم از قبیل نداشتن فعالیت جسمی، رژیم های غذایی سرشار از چربی، کمبود کلسیم در رژیم غذایی و کمبود سبزیجات و فیبر در رژیم غذایی به عنوان مهمترین رفتارهای مرتبط با چاقی در جوانان گزارش شده است (Chen et al. 2005; Chen et al. 2003). مطالعاتی که در ایران روی نوجوانان انجام شده، بیشتر به بررسی وضعیت رفتارهای پر خطر (مانند سیگار کشیدن) در آنها پرداخته و اطلاعات اندکی در مورد وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و سبک زندگی آنها وجود دارد. بر همین اساس هدف این مطالعه ارزیابی سبک زندگی دانش آموزان مدارس متوسطه و پیش دانشگاهی شهر بندرعباس بود.

روش کار

جمعیت مورد مطالعه این پژوهش مقطعی دانش آموزان مدارس متوسطه و پیش دانشگاهی شاغل به تحصیل در شهر بندرعباس بودند. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا از بین مدارس متوسطه ده مدرسه و چهار مرکز پیش دانشگاهی از نقاط مختلف شهر انتخاب شدند. در هر مدرسه از هر پایه تحصیلی یکی از آنها به طور تصادفی انتخاب شد. در هر پایه تحصیلی نیز متناسب با حجم نمونه تعدادی از دانش آموزان به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت. در مراکز پیش دانشگاهی نیز متناسب با حجم نمونه دانش آموزان به صورت تصادفی انتخاب شدند. در کل ۴۱۰ دانش آموز مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد که شامل دو بخش است. بخش اول سؤالات دموگرافیک و بخش دوم ابزار ارزیابی سبک زندگی است. ابزار ارزیابی سبک زندگی پرسشنامه *The Adolescent Health Promotion Scale* بود. این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال است که رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در ۶ حیطه شامل تغذیه (۶ سؤال)، حمایت اجتماعی (۷ سؤال)، مسئولیت فردی سلامت (۸ سؤال)، ارزش گذاری سلامت (۸ سؤال)، ورزش (۴ سؤال) و کنترل تنش (۷ سؤال) ارزیابی می‌کند. این سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده و در مقابل هرکدام از سؤالات گزینه‌های همیشه، بیشتر اوقات، بعضی اوقات، کم و هرگز قرار دارد که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. نمره هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر است و نمره هر حیطه با جمع نمره تک تک سؤالات آن حیطه بدست می‌آید. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن تعیین شد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت.

اعتبار محتوا با استفاده از پانل متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب که پرسشنامه‌ها در اختیار افراد متخصص قرار گرفت و نظرات آنها در تدوین پرسشنامه اعمال گردید. سپس یک مطالعه آزمایشی انجام شد تا مشخص شود آیا سؤالات متناسب با جمعیت هدف است یا خیر و چنانچه ابهامی در آنها وجود دارد بر طرف شود. بدین منظور ۲۰ دانش آموز پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و با توجه به نظرات آنها تغییرات اندکی در بعضی از سؤالات داده شد.

پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ هر کدام از ابعاد پرسشنامه تعیین گردید. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت فردی سلامت، ارزش گذاری سلامت، کنترل تنش و ورزش به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۰، ۰/۸۸، ۰/۷۲، ۰/۷۶، و ۰/۸۵ بدست آمد که نشان می‌دهد سؤالات پرسشنامه از پایایی خوبی برخوردار است.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا توضیح مختصری در مورد اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه داده شد، سپس پرسشنامه‌ها در اختیار دانش آموزان قرار گرفت و به روش خودایفایی تکمیل گردید. پرسشنامه‌ها هنگام عودت توسط پرسشگر کنترل می‌شدند و چنانچه ناقص بودند مجدداً جهت تکمیل در اختیار دانش آموزان قرار می‌گرفتند.

اطلاعات جمع‌آوری شده کد گذاری و وارد برنامه آماری *SPSS16* شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا نمرات خام هر کدام از ابعاد پرسشنامه محاسبه شد. نمره خام سؤالات بعد تغذیه بین ۶ تا ۳۰، حمایت اجتماعی بین ۷ تا ۳۵، مسئولیت فردی سلامت بین ۸ تا ۴۰، ارزش گذاری سلامت بین ۸ تا ۴۰، کنترل تنش بین ۷ تا ۳۵ و ورزش بین ۴ تا ۲۰ بود. سپس هر کدام از نمرات خام تبدیل به نمره استاندارد شد، طوری که نمره استاندارد هر بعد بین ۰ تا ۱۰۰ بدست می‌آید. نمره بالاتر نشان دهنده رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیشتر و بهتر است. برای مقایسه سبک زندگی دانش‌آموزان پسر و دختر از آزمون ناپارامتری من ویتنی و برای

از نظر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مرتبط با کنترل تنش و ورزش بین دانش آموزان پایه‌های تحصیلی مختلف اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). در سایر حیطه‌های مورد بررسی اختلاف آماری معنی‌داری بین پایه‌های تحصیلی مختلف وجود نداشت (جدول ۴).

بحث

سبک زندگی سالم نوجوانان یکی از اولویت‌های تحقیقاتی در سراسر جهان شده است و حضور آنها در مدارس فرصت خوبی برای تثبیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در این گروه سنی است. بیشتر مطالعات در مورد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در کشورهای غربی انجام شده، در حالی که مطالعات اندکی در مورد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نوجوانان و جوانان در کشورهای شرقی انجام شده است (Pender 1992). بر اساس اطلاعات و دانسته‌های ما این نوع تحقیقات در ایران در مراحل اولیه و ابتدایی است. بنا بر این شکی نیست که یافته‌های این نوع مطالعات می‌تواند در طراحی مداخلات و اجرای برنامه‌های مناسب به منظور ارتقاء سلامت نوجوانان و جوانان کاربرد اساسی داشته باشد.

اگر چه در سال‌های اخیر بر تحقیق در مورد رفتارهای خطرناک روی نوجوانان ایرانی توجه بیشتری معطوف شده است، اما ارزیابی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت این گروه سنی به ویژه با استفاده از پرسشنامه **Adolescent Health Promoting Scale** انجام نشده بود. این مطالعه دانش و اطلاعات ما را درباره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی ساکن شهر بندرعباس افزایش داد.

براساس نتایج این مطالعه میانگین نمره بیشتر ابعاد پرسشنامه کمتر از ۷۰ بود، بخصوص میانگین امتیاز بعد رفتار ورزشی کمترین امتیاز را داشت. این موضوع بیانگر این است که سبک زندگی غیر فعال (**Sedentary Life Style**) یک مشکل متداول و جدی در میان دانش‌آموزان مورد بررسی است. مطالعه قبلی که در ایران انجام شد نشان داد که ۸۰٪

مقایسه سبک زندگی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان گروه‌های سنی و پایه‌های تحصیلی مختلف از آزمون ناپارامتری کروسکال والیس استفاده شد.

نتایج

میانگین سن دانش‌آموزان مورد بررسی ۱۶/۵ سال با انحراف معیار ۱/۳۴ و دامنه آن از ۱۵ تا ۱۸ سال متغیر بود. ۴۹/۸ درصد آنها پسر و ۵۰/۲ درصد دختر بودند. ۲۵/۴ درصد در پایه اول، ۲۹/۳ درصد در پایه دوم، ۲۶/۶ درصد در پایه سوم و ۱۸/۸ درصد در مقطع پیش دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند.

میانگین امتیاز کل پرسشنامه ۶۴/۸۹ از ۱۰۰ بود. رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مربوط به حیطه ارزش‌گذاری سلامت از وضعیت بهتری برخوردار بودند. بعد از آن کنترل تنش، تغذیه، مسئولیت فردی سلامت، حمایت اجتماعی و در پایین‌ترین رده نیز ورزش قرار داشت (جدول ۱).

از نظر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در ابعاد تغذیه و حمایت اجتماعی بین دانش‌آموزان دختر و پسر اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. اما در ابعاد مسئولیت فردی سلامت، ارزش‌گذاری سلامت، ورزش و کنترل تنش بین دانش‌آموزان دختر و پسر اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$)، به این صورت که رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در ابعاد مسئولیت فردی سلامت، ارزش‌گذاری سلامت و کنترل تنش در دختران بیشتر از پسران بود. از طرف دیگر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مرتبط با ورزش در پسران بیشتر از دختران بود (جدول ۲).

از نظر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مرتبط با کنترل تنش اختلاف آماری معنی‌داری بین دانش‌آموزان گروه‌های سنی مختلف وجود داشت ($p < 0/05$). اما در سایر ابعاد شامل تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری سلامت، ارزش‌گذاری سلامت و ورزش بین گروه‌های سنی مختلف اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳).

Vilhjalmsson and Kristjansdottir 2003; Wang et al. 2009). در مطالعه‌ای که در جنوب غربی سوئیس انجام شد دختران عادات سالم تری در زمینه تغذیه داشتند اما تنش در آنها بیشتر بود. پسرها میزان بالایی اضافه وزن و چاقی داشتند و کمتر علاقمند به رعایت توصیه‌های تغذیه‌ای و فعالیت‌های فیزیکی ارتقا دهنده سطح سلامت بودند. بطور کلی عادات غذایی ناسالم همراه با عدم فعالیت فیزیکی در پسران از خطرات تهدید کننده سلامت آنها بود (Von Bothmer and Fridlund 2005).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد ابعاد مسئولیت پذیری سلامت و حمایت اجتماعی از نظر میانگین امتیازات بعد از فعالیت فیزیکی، در پایین‌ترین رده قرار دارند. Chen و همکاران و Wang و همکاران در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که زندگی کردن نوجوانان و جوانان در خانواده‌های با تحصیلات پایین منجر به مسؤولیت‌پذیری کمتر آنها در برابر سلامت شده و این افراد از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند (Chen et al. 2005; Wang et al. 2009). همچنین Huurre و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که وضعیت اقتصادی اجتماعی والدین بر وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نوجوانان و جوانان مؤثر است (Huurre et al. 2003).

همانگونه که این مطالعه نشان داد میانگین امتیازات کنترل تنش و تغذیه نزدیک به ۷۰ بود. از آنجائیکه هیچ اطلاعاتی در مورد این رفتارها در مورد نوجوانان ایرانی وجود ندارد، امکان مقایسه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در نوجوانان شهر بندرعباس با کل جمعیت نوجوانان ایرانی وجود ندارد. با این وجود مطالعات قبلی در مورد سلامت روانی نوجوانان ایرانی وضعیت رضایت بخشی را در این مورد نشان نداده است (Lotfi et al. 2009; Rostami and Bahrainian 2000; Yousefi and Yousefi 1999).

میانگین امتیاز ارزش گذاری سلامت در این مطالعه بالاتر از ابعاد دیگر بود. این موضوع نشان می‌دهد که جمعیت مورد

جمعیت ایران از نظر جسمی غیر فعال هستند (Sheykh Aleslam et al. 2004). علاوه بر این مطالعه دیگری نشان داد که جوانان ایرانی سبک زندگی غیر فعال از نظر جسمی دارند که یکی از دلایل آن اختصاص وقت بیشتر برای تماشای تلویزیون و بازی‌های کامپیوتری، همچنین کاهش فرصت‌ها برای فعالیت فیزیکی در مدارس و جامعه است. نتایج این مطالعه با مطالعات قبلی که نشان دادند کمترین میانگین امتیازات مربوط به فعالیت فیزیکی در جمعیت نوجوانان است، مطابقت دارد (Kelishadi et al. 2005; Wang et al. 2009). فعالیت فیزیکی منظم به عنوان یک رفتار مهم ارتقا دهنده سلامت باعث پیشگیری و یا به تأخیر انداختن انواع بیماری‌های مزمن و مرگ و میر زودرس می‌گردد. همچنین شواهد متعددی وجود دارد که انجام فعالیت فیزیکی منظم منجر به ارتقاء سلامت روان، کاهش علائم افسردگی و نگرانی، رضایت مندی از زندگی و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. Abdullah و همکاران در مطالعه‌ای مقطعی، شیوع عدم فعالیت فیزیکی و پیش بینی کننده‌های آن را در هنگ کنگ بررسی کردند. نتایج نشان داد که ۳۱٪ از افراد مورد بررسی فعالیت فیزیکی نداشتند. نداشتن وقت و عدم علاقه از متداول‌ترین دلایل عدم فعالیت فیزیکی بود (Abdullah et al. 2005). نوجوانی و جوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و عادات زندگی از قبیل ورزش منظم به طور طبیعی در این دوران شروع و ادامه پیدا می‌کند. اما متأسفانه میزان فعالیت فیزیکی به طور مداوم در این دوران کاهش می‌یابد (Alagh and Omokhodion 2004).

همچنین نتایج مطالعه نشان داد دانش آموزان دختر نسبت به دانش آموزان پسر فعالیت فیزیکی کمتری دارند. این نتایج با پژوهش‌های مشابه که گزارش داده اند نوجوانان دختر در مقایسه با نوجوانان پسر فعالیت فیزیکی کمتری دارند، مطابقت دارد (Pirasteh et al. 2008; Sallis et al. 2001; Spear and Kulbok 2001; et al. 2001).

که در ۲ تا ۸ درصد بیماران مبتلا به افسردگی متوسط سن بروز اولین علائم ۱۶ سال بوده است. شواهد دیگری مبنی بر احتمال بیشتر ابتلاء این افراد به افسردگی شدید، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی، افت تحصیلی و حتی تمایل به خودکشی در سالهای آتی وجود دارد (Fergusson and Woodward 2002).

در ارتباط با فعالیت فیزیکی منظم نیز این مطالعه نشان داد که این رفتار در پایه تحصیلی اول بطور محسوسی بیشتر از دیگر پایه هاست. نظر به اینکه در پایه های تحصیلی بالاتر بخصوص در سال سوم و پیش دانشگاهی دانش آموز لازم است وقت بیشتری را برای دروس خود اختصاص دهد، شاید بتوان اینگونه استدلال نمود که کمبود وقت یکی از دلایل عدم انجام این رفتار در مقایسه با سال اول دبیرستان باشد. مطالعه انجام شده در هنگ کنگ نشان داد ۳۱٪ از افراد مورد بررسی که فعالیت فیزیکی نداشتند، نداشتن وقت را از مهمترین دلایل عدم انجام این رفتار ذکر نمودند (Abdullah et al. 2005). یکی از محدودیت های این مطالعه حجم نمونه نسبتاً پایین آن است. لذا توصیه می شود در آینده مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و در سطح وسیعتر انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود با انجام پژوهش های تحلیلی بتوان به دلایل قطعی پایین بودن رفتارهای سلامتی در نوجوانان دست یافت و بر اساس آن برنامه ریزی بهتری برای بهبود سبک زندگی سالم آنها انجام داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد در مجموع رفتارهای ارتقا دهنده سلامت توسط نوجوانان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و در این میان فعالیت فیزیکی منظم پایین ترین امتیاز را دارا است که نشان می دهد سبک زندگی غیر فعال (Sedentary Life Style) یک مشکل متداول و جدی در میان دانش آموزان است.

مطالعه از وضعیت زندگی خود رضایت دارند. این یافته ها اطلاعات پایه را در مورد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در نوجوانان برای انجام تحقیقات بیشتر در آینده فراهم می کند.

در این مطالعه در تمام ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بجز تغذیه و حمایت اجتماعی بین نوجوانان پسر و دختر تفاوت هایی مشاهده شد. دانش آموزان دختر از نظر مسئولیت پذیری سلامت، ارزش گذاری سلامت و کنترل تنش نسبت به دانش آموزان پسر در وضعیت بهتری قرار داشتند. از طرف دیگر احتمال انجام فعالیت جسمی و ورزش در پسران بیشتر از دختران بود. مطالعه ای که روی دانشجویان در کشور چین انجام شد، نشان داد که دانش آموزان پسر نسبت به دانش آموزان دختر بیشتر ورزش می کردند و از فعالیت جسمی بیشتری برخوردار بودند (Alagh and Omokhodion 2004).

بر اساس یافته های این مطالعه کنترل تنش تنها رفتار ارتقا دهنده سلامت افراد مورد پژوهش بود که در سنین مختلف دارای تفاوت چشمگیری بود. سازمان بهداشت جهانی نوجوانی را از سن ۱۰ تا ۱۹ سالگی می داند و این دوره را به سه زیر گروه ابتدایی، میانی و نهایی تقسیم می کند و بر تفاوت این زیر گروهها از نظر مدیریت تنش، کنترل خشم و تأثیر همسالان بر حالات روحی و روانی نوجوان تأکید دارد. بر همین اساس بنظر می رسد در سن ۱۵ سالگی که نوجوان هنوز در مرحله میانی دوره نوجوانی است با سه سال آخر دوره یعنی از ۱۶ تا ۱۹ سالگی از نظر مدیریت تنش متفاوت است به طوری که در سنین ابتدایی و میانی نوجوانی نقش همسالان در حمایت روحی روانی نوجوان پررنگ تر است و وی بیشتر می تواند فشارهای ناشی از دوران بلوغ را تحمل نماید. این نتیجه با یافته دیگر این پژوهش یعنی کنترل بهتر تنش در پایه اول دبیرستان همسو است (WHO 2010b). نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در دو دهه اخیر نشان می دهد

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم آموزش و پرورش شهر بندرعباس، مدیران محترم مدارس و دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه صمیمانه سپاس گزاریم.

جدول ۱- میانگین امتیاز کل پرسشنامه ارزیابی سبک زندگی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دانش آموزان مورد بررسی مدارس متوسط شهر بندرعباس

رفتار ارتقا دهنده سلامت	میانگین	انحراف معیار
تغذیه	۷۱/۰۶	۱۳/۲
حمایت اجتماعی	۶۳/۰۰	۱۳/۶
مسئولیت فردی سلامت	۶۳/۱۲	۱۵/۱
ارزش گذاری سلامت	۸۲/۱۱	۱۴/۱
ورزش	۴۱/۴۹	۲۵/۸
کنترل تنش	۶۸/۵۸	۱۳/۷

جدول ۲- مقایسه میانگین رتبه های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دانش آموزان پسر و دختر مدارس متوسطه شهر بندرعباس

رفتار	جنس		p-value
	پسر	دختر	
	میانگین رتبه ها	میانگین رتبه ها	
تغذیه	۲۱۲/۵۴	۱۹۸/۳۹	۰/۲۲
حمایت اجتماعی	۱۹۴/۹۴	۲۱۶/۱۶	۰/۰۷
مسئولیت فردی سلامت	۱۹۲/۱۹	۲۱۸/۹۴	۰/۰۲*
ارزش گذاری سلامت	۱۸۹/۱۲	۲۲۲/۰۴	۰/۰۰۵*
ورزش	۲۴۳/۵۳	۱۶۷/۱۰	۰/۰۰۰۱*
کنترل تنش	۱۸۶/۳۶	۲۲۴/۸۳	۰/۰۰۱*

* معنی دار در سطح ۰/۰۵- آزمون: Mann whitney

جدول ۳- مقایسه میانگین رتبه های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان سنین مختلف مدارس متوسطه شهر بندر عباس

رفتار	سن	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	p-value
تغذیه		۲۰۱/۶۶	۱۸۰/۷۷	۱۶۲/۵۴	۱۶۹/۸۸	۰/۰۸
حمایت اجتماعی		۱۶۹/۱۶	۱۶۷/۴۰	۱۸۹/۸۸	۱۷۴/۵۸	۰/۳۸
مسئولیت فردی سلامت		۱۷۷/۴۰	۱۶۶/۲۲	۱۸۰/۸۲	۱۸۱/۸۵	۰/۷۱
ارزش گذاری سلامت		۱۸۰/۷۵	۱۷۸/۲۰	۱۸۶/۶۰	۱۵۴/۵۴	۰/۲۳
ورزش		۱۸۲/۸۱	۱۷۳/۱۵	۱۸۳/۸۳	۱۶۴/۷۳	۰/۵۷
کنترل تنش		۲۰۶/۹۵	۱۶۵/۲۰	۱۷۳/۸۳	۱۶۷/۹۱	۰/۰۴*

* معنی دار در سطح ۰/۰۵- آزمون: Kruskal-Wallis

جدول ۴- مقایسه میانگین رتبه های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان پایه های تحصیلی مختلف مدارس متوسطه شهر بندر عباس

رفتار	پایه تحصیلی	اول	دوم	سوم	پیش دانشگاهی	p-value
تغذیه		۲۱۲/۹۶	۲۰۷/۵۷	۱۹۲/۱۱	۲۱۱/۱۶	۰/۵۶
حمایت اجتماعی		۱۹۴/۵۵	۲۲۰/۴۴	۲۱۵/۰۹	۱۸۳/۴۴	۰/۱۰
مسئولیت فردی سلامت		۲۰۲/۸۵	۲۰۷/۵۲	۱۹۸/۱۱	۲۱۶/۳۸	۰/۷۶
ارزش گذاری سلامت		۲۱۳/۷۵	۲۱۴/۱۸	۱۹۱/۳۷	۲۰۰/۸۴	۰/۴۲
ورزش		۲۲۳/۷۹	۲۱۷/۸۱	۱۸۸/۰۸	۱۸۶/۲۷	۰/۰۴*
کنترل تنش		۲۴۳/۴۷	۱۸۴/۰۹	۲۰۰/۳۰	۱۹۴/۹۵	۰/۰۰۱*

* معنی دار در سطح ۰/۰۵- آزمون: Kruskal-Wallis

References

- Abdullah, A., Wong, C., Yam, H. and Fielding, R. 2005. Factors related to non-participation in physical activity among the students in Hong Kong. *International journal of sports medicine*, **26**(7), pp. 611-615.
- Alagh, T. and Omokhodion, F., 2004. Health related practices of students of the University of Ibadan. *African journal of medicine and medical sciences*, **33**, pp. 109-14.
- Chen, MY., Chou, CC. and Yang, RJ., 2005. Considering the factors of gender and body weight in the promotion of healthy behavior among adolescents. *Journal of Nursing Research*, **13**(3), pp. 235-243.
- Chen, MY., Wang, E.K., Yang, R.J. and Liou, Y.M., 2003. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nursing*, **20**(2), pp. 104-110.

- Fergusson, DM. and Woodward, LJ., 2002. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of general psychiatry*, 59, pp. 225-231.
- Fraser, DM. and Cooper, MA. 2009. *Myles' textbook for midwives*, Elsevier Health Sciences.
- Glazier, R., Elgar, F., Goel, V. and Holzapfel, S., 2004. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3), pp. 247-255.
- Huurre, T., Aro, H. and Rahkonen, O., 2003. Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5), pp. 249-255.
- Kelishadi, R., Sadri, G., Tavasoli, AA., Kahbazi, M., Roohafza, HR., Sadeghi, M., Khosravi, A., Sabet, B., Amani, A. and Ansari, R., 2005. Cumulative prevalence of risk factors for atherosclerotic cardiovascular diseases in Iranian adolescents: IHHP-HHPC. *Jornal de Pediatria*, 81, pp. 447-453.
- Kulbok, PA. and Cox, CL., 2002. Dimensions of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31, pp. 394-400.
- Lee, RL. and Loke, AJ., 2005. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22, pp. 209-220.
- Lotfi, MH., Aminian, AH., Ghomizadea, A. and Noorani, F., 2009. A study on psychological health of first year university students in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(2), pp.47-51.
- Lyons, R. and Langille, L., 2000. Healthy lifestyle: The effectiveness of lifestyle approaches to improve health. The Canadian Consortium of health promotion canter, 25(7), P. 317. strengthening the effectiveness of lifestyle approaches to improve health. *Edmunton*
- Park, K. 2009. *Park's textbook of preventive and social medicine*, Bhanot.
- Pender, NJ., 1992. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), pp. 106-112.
- Pirasteh, A., Hidarnia, A., Asghari, A., Faghihzadeh, S. and Ghofranipour, F., 2008. Development and validation of psychosocial determinants measures of physical activity among Iranian adolescent girls. *BMC Public Health*, 8, P. 150.
- Qureshi, B., 2006. Book Review: Youth: choices and change. Promoting health behaviours in adolescents. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126, P. 47.
- Rostami, R. and Bahrainian, A., 2000. Study of the prevalence of mental disorders and some of the determinants among students of Tehran University. *Pejouhesh dar Pezeshki*, 26, pp. 187-193 [In Persian].
- Sallis, JF., Conway, TL., Prochaska, JJ., Mckenzie, TL., Marshall, SJ. and Brown, M., 2001. The association of school environments with youth physical activity. *American Journal of Public Health*, 91(4), pp. 618-620.
- Sheykh Aleslam Robabeh, MA., Mohammad, K. and Vaseghi, S., 2004. Non communicable disease risk factors in Iran. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 13, P. 100.
- Spear, HJ. and Kulbok, PA., 2001. Adolescent health behaviors and related factors: a review. *Public Health Nursing*, 18(2), pp. 82-93.

- Vilhjalmsson, R. and Kristjansdottir, G., 2003. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Social science & medicine*, **56**(2), pp. 363-374.
- Von Bothmer, MI. and Fridlund, B., 2005 . Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and health sciences*, **7**(2), pp. 107-118.
- Wang, D., Ou, CQ., Chen, MY. and Duan, N., 2009. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*, **9**, P. 379.
- WHO., 2010a. *Why do we need to invest in the health and development of adolescents?* [Online]. Available: www.who.int.
- WHO., 2010b. *Adolescent Health* [Online]. Available: www.who.int.
- WHO., 2010c. *Diet and physical activity: a public health priority* [Online]. Available: www.who.int.
- Yousefi, F. and Yousefi, M., 1999. Study of the Mental Health of High School students in Sanandaj. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, **4**, pp. 24-27 [In Persian].

Assessing lifestyle of high school students in Bandar Abbas, Iran

Tavafian, S., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Aghamolaei, T., Ph.D. Associate Professor, Research Center for Health Promotion, Health School, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran- Corresponding author: taghamolaei@yahoo.com

Received: Jul 19, 2012

Accepted: Jul 23, 2013

Abstract

Background and Aim: In recent years great emphasis has been put on the importance of a healthy lifestyle. This study aimed to assess the lifestyle of high school and pre-university students in Bandar-Abbas, Iran.

Materials and Methods: Using a multistage sampling method a total of 410 high school and pre-university students in Bandar-Abbas, Iran were selected. To assess the lifestyle of the students the Adolescent Health Promotion Scale was used. This 40-item scale assesses six health-promoting behaviors, including those related to nutrition, social support, personal responsibility, health valuation, physical activity, and stress management.

Results: The mean age of the students (49.8% males and 50.2% females) was 16.5 (SD=1.34) years. The data showed the mean score of the total scale to be 64.89 out of 100. The mean scores (out of 100) of the subscales of nutrition, social support, personal responsibility, health valuation, physical activity and stress management were 71.06, 63.00, 63.12, 82.11, 41.49, and 68.58, respectively.

Conclusions: The findings of this study reveal that the health-promoting behaviors of high school students living in Bandar-Abbas are not, on the whole, desirable. The regular physical activity subscale had the least score, which shows that a sedentary lifestyle is a common, serious problem among the students.

Key words: Lifestyle, Healthy behavior, Adolescents, Students, Iran