

تعیین کننده‌های اجتماعی - جمعیتی رفتار سلامت جویانه در میان دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله (مورد مطالعه: منطقه ۱۶ شهر تهران)

احمد دراهکی^۱، محمود مشفق^۲، اقدس احمد پور^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸

چکیده

از دوره نوجوانی به عنوان دروازه‌ای به سمت سلامت بزرگسالی و آینده سلامت جمعیت تعبیر شده است. نوجوانی سبک زندگی، عادت‌های مرتبط با سلامت و ارزش‌هایی را شکل می‌دهد و این الگوهای رفتاری می‌تواند در طول زندگی بر سلامت تاثیرگذار باشند. هدف پژوهش حاضر بررسی رفتار سلامت‌جویانه و عوامل پیش‌بینی کننده آن در میان نوجوانان می‌باشد؛ که در این راستا ۳۳۰ نفر از نوجوانان واجد شرایط به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله و طبقه‌ای در منطقه ۱۶ تهران انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس مدل پژوهشی تحقیق متغیرهای تاثیرگذار به دو دسته مشخصه‌های جمعیتی و اجتماعی (شامل: سن، جنس، بُعد خانوار، سابقه مهاجرتی، تحصیلات والدین، توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه) و متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار (شامل: فواید و موانع درک شده رفتار سلامت‌جویانه، احساس خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده) تقسیم شدند. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان مورد مطالعه در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. میانگین رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دختر در مجموع بالاتر از نوجوانان پسر است که این تفاوت اگر چه به لحاظ آماری معنادار است ولی اندک است. نتایج تحلیل چند متغیره حکایت از آن دارد که متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار نقش تعیین کننده‌تری در تبیین و پیش‌بینی رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارند. با ورود همه متغیرهای به مدل تحلیل رگرسیونی متغیرهای فواید درک شده و حمایت اجتماعی ادراک شده به صورت مثبت و موانع درک شده به صورت منفی بیشترین تاثیر را در رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارند. همچنین تاثیر متغیر تحصیلات والدین نیز به صورت مثبت معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت آگاهی بخشی در راستای فواید رفتار سلامت‌جویانه و افزایش حمایت اجتماعی و کاهش موانع درک شده نقش کلیدی در افزایش رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان و در نتیجه کاهش بار بیماری و اختلال در سلامتی در طول چرخه زندگی دارد.

واژگان کلیدی: رفتار سلامت‌جویانه، مدل ارتقای سلامت پندر، دانش آموزان، تهران، جمعیت‌شناسی سلامت.

۱. استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)؛ Ahmaddorahaki@gmail.com

۲. استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی؛ m_moshfegh@yahoo.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

مقدمه و طرح مسئله

بسیاری از محققان بر این عقیده هستند که نوجوانی^۱ دوران حیاتی به لحاظ سلامت است که بر سایر دوره‌های زندگی تاثیرگذار می‌باشد (هان و سوک^۲، ۲۰۱۴). نوجوانی دوره پویایی از رشد را شامل می‌شود که با توجه به تغییرات فیزیولوژیک، روانی- اجتماعی، و فرهنگی شناخته می‌شود. این دوره حیاتی از رشد به طور معمول به عنوان سالهای بین شروع بلوغ و استقلال اجتماعی شناخته می‌شود. رایج‌ترین تعریف زمانی نیز نوجوانی را شامل سنین ۱۰ تا ۱۸ سال می‌داند که البته ممکن است بسته به بازه زمانی ۹ تا ۲۶ سال را نیز شامل شود (استاینبرگ^۳، ۲۰۱۴) نوجوانی سبک زندگی، عادات‌های مرتبط با سلامت و ارزش‌هایی را شکل می‌دهد و این الگوهای رفتاری می‌تواند در طول زندگی بر سلامت تاثیرگذار باشند (جسور، توربین و کاستا^۴، ۱۹۹۸). بنابراین می‌توان گفت فهم رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان و عوامل مرتبط با آن گام آغازین در بهبود سلامت و بهزیستی افراد در طول عمر می‌باشد. شکل‌گیری رفتار سلامت‌جویانه مانند مصرف غذاهای کم چرب و کم کلسترول و فعالیت ورزشی منظم نه تنها دارای منفعت آنی است بلکه در پیشگیری از عوامل اصلی تاثیرگذار در اختلال در سلامتی و مرگ و میر تاثیر اساسی دارد. در کنار مباحث مطرح شده توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است؛ دوره نوجوانی دوره تغییرات سریع فیزیکی، روانی و اجتماعی است که اینچنین تحولات سریع احتمال رفتارهای مخاطره آمیز سلامت مانند بی‌حرکی، مصرف دخانیات، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر و ... را افزایش می‌دهد. در این راستا دوره نوجوانی مرحله کلیدی در شکل‌گیری رفتار سلامت‌جویانه در زندگی افراد می‌باشد (کیم^۵، ۲۰۱۱). نوجوانی دوره انتقال وابستگی به استقلال نیز شناخته می‌شود. شکل‌گیری تفکر خود مرکزی به لحاظ روانشناختی احتمال افزایش رفتارهای پر خطر را افزایش می‌دهد.

در این رهگذر جمعیت‌شناسان به رفتار سلامت جویانه نوجوانان توجه خاص دارند. اهمیت و ارتباط سلامت گروه جمعیتی نوجوان با مباحث جمعیت‌شناسی، در سه بُعد کلی قابل طرح

-
1. Adolescents
 2. Yun & Sook
 3. Steinberg
 4. Jessor, Turbin & Casta
 5. Kim

است؛ اول: از نظر سنی، نوجوانان یکی از زیر گروه‌های عمده جمعیتی هر کشور هستند و از دوره نوجوانی به عنوان دروازه و دوره جوانی به عنوان گذرگاهی به سمت سلامت بزرگسالی و آینده سلامت جمعیت تعبیر می‌شود. نوع نگرش و گرایش نوجوان سالم نسبت به رفتار سلامت‌جویانه می‌تواند تضمین‌کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن و کاهش بار بیماری‌ها و معلولیت‌ها از دوش جمعیت و افزایش زندگی سالم گردد. دوم آنکه: یکی از مسائل محوری علم جمعیت‌شناسی، بحث راجع به جایگزینی مناسب نسل‌های جمعیتی یک جامعه در طول زمان بواسطه داشتن حد متناسبی از باروری است. یکی از شروط تحقق این امر برخورداری جامعه از نوجوانان و جوانانی به لحاظ جسمی و روانی سالم و آماده ازدواج و تشکیل خانواده می‌باشد (محمودیان و امیری، ۱۳۹۴). سوم: می‌توان گفت جلوگیری از بیماری‌ها به همان اندازه که به پزشکی مربوط است، با وجوه اجتماعی و جمعیتی زندگی نیز مرتبط است و در این میان سبک زندگی سلامت‌محور از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (کاکرهام^۱، ۱۹۹۷).

میزان آگاهی و نگرش نوجوانان نسبت به مقولات سلامت و میزان گرایش آنها به انجام رفتارهای سلامت‌جویانه^۲ از جمله مسائلی است که برای این گروه از جمعیت تا حدودی کمتر مورد توجه بوده است. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی علت ۷۰ درصد از فوت‌های نوجوانی رفتارهایی است که قابل اصلاح هستند. وجود رفتارهای مخاطره‌آمیز و غیر بهداشتی نظیر استعمال دخانیات، الکل، رژیم غذایی نامناسب، عدم تحرک جسمانی، تصادفات، ایدز، زایمان زودرس، سقط جنین ناامن، مسائل بهداشت روان و خشونت به عنوان بیشترین عوامل تهدیدکننده سلامت نوجوانان می‌باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). نگاه تحلیلی به شاخص‌های مرتبط با سلامت نوجوانان در ایران بیانگر آن است که علیرغم پایین بودن شاخص‌هایی همچون میزان مرگ و میر ویژه سنی و میزان باروری نوجوانان در ایران نسبت به میانگین‌های جهانی، وضعیت دیگر شاخص‌های مرتبط با سلامت همچون کم تحرکی، چاقی و اضافه وزن، اعتیاد و مصرف دخانیات، گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و پایین بودن امید زندگی سالم جمعیت ایران جای تأمل و نگرانی دارد. (محمودیان و امیری، ۱۳۹۴).

نتایج مطالعه مقدم و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان مطالعه تطبیقی وضعیت سلامت نوجوانان و

1. Cockerham

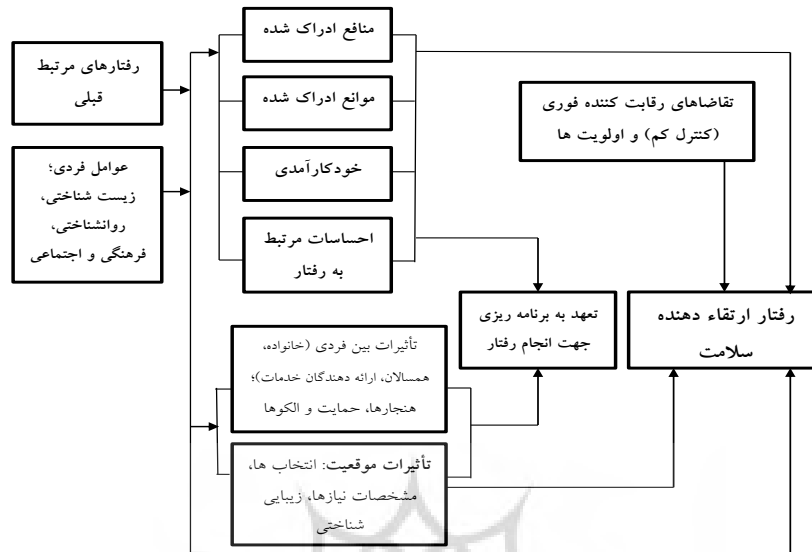
2. Health-Seeking Behaviors

جوانان: مرور نظامند بیانگر آن است که در نوجوانان و جوانان ایرانی میزان مشکلات جسمی ۳۳ درصد، روانی ۱۷ تا ۷۲ درصد در مناطق مختلف و شیوع رفتارهای پرخطر ۴۴ درصد می‌باشد (مقدم و همکاران، ۱۳۹۸). در این راستا بررسی وضعیت رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان و عواملی که می‌تواند از آن پشتیبانی کند بسیار مهم و اساسی است و در برنامه‌ریزی‌های سلامت و جمعیت جنبه کاربردی دارد. مساله کلی پژوهش حاضر نیز در این رابطه این است که نوجوانان ایرانی از چه سطحی از آگاهی و نگرش نسبت به مقوله سلامت و رفتارهای سلامت‌جویانه برخوردار هستند؟ چه تفاوت‌های جنسی در این زمینه وجود دارد؟ کدام متغیرهای جمعیتی و اجتماعی از رفتار سلامت‌جویانه پشتیبانی می‌کنند؟ پژوهش حاضر با استفاده از مدل ارتقای سلامت پندر^۱ که یکی از مدل‌های مطرح در سطح جهانی برای تبیین رفتار سلامت‌جویانه است و با بررسی نمونه‌ای از جمعیت دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله منطقه ۱۶ شهر تهران سعی دارد به این پرسش‌های و مسائل مطرح شده پاسخ داده و آنها را مورد تبیین و بررسی قرار دهد.

مروری بر مبانی نظری پژوهش

تئوریه‌ها و رویکردهای نظری مختلف به مسئله سلامت جمعیت و رفتارهای سلامت‌جویانه تاکنون توجه نموده‌اند. در این رابطه به صورت کلی می‌توان به نظریه‌های گذار سلامت، دیدگاه ساخت‌یابی در تبیین نابرابری سلامت، رویکرد رفتاری-فرهنگی تبیین نابرابری سلامت، مدل‌های سلامت باوری، مدل شناختی-اجتماعی رفتارهای سلامت‌جویانه، تئوری یادگیری اجتماعی و مدل سازمان جهانی بهداشت اشاره کرد. مدل ارتقای سلامت پندر از تئوری شناختی-اجتماعی مشتق شده است (بهمن پور و همکاران، ۱۳۹۰). مدل‌های شناختی-اجتماعی در پیش‌بینی رفتار سلامت‌جویانه، بر اساس دو پیش فرض محوری در مورد ارتقای سلامت برآورد می‌شوند: سلامت تحت تأثیر رفتار است؛ و رفتار قابل اصلاح است (میلر، ۲۰۰۷). این مدل‌ها براساس ترکیبی از عامل‌های جمعیت شناختی، اجتماعی و شناختی علائم درک شده، دسترسی به مراقبت‌ها و شخصیت فرد شکل گرفته‌اند. طبق این مدل‌ها، رفتار اجتماعی مردم از طریق بررسی باورهایشان راجع به رفتارشان در یک زمینه اجتماعی بهتر درک

می‌شود. مدل پندر یکی از الگوهای جامع و پیش‌بینی‌کننده‌ای است که به منظور رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده شده و چارچوبی نظری برای کشف عوامل مؤثر در رفتارهای ارتقاء سلامت با توجه به رویکرد شناختی- اجتماعی ایجاد می‌نماید (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۰). از نظر پندر، رفتار ارتقاء دهنده سلامت بیان‌کننده تمایل انسان به تعالی است که منجر به بهزیستی مطلوب^۱، تکامل فردی و زندگی خلاق می‌گردد و مدلی چند بعدی از اعمال داوطلبانه و ادراکی است که به حفظ و بالا بردن سطح سلامت، خودشکوفایی و موفقیت می‌انجامد. عناصر مهم در مدل پندر شامل ۱- مشخصه‌های فردی و تجربی (مشخصه‌های جمعیتی و اجتماعی) شامل متغیرهایی مانند سن، جنس، شاخص توده بدنی، وضعیت بلوغ، ظرفیت و قابلیت هوازی، قدرت و استقامت، چابگی و تعادل، قومیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، نژاد و ... ۲- عوامل شناختی و احساسی رفتار شامل فواید درک شده کنش به عنوان پیامدهای مثبت، موانع درک شده کنش به عنوان هزینه‌ها و موانع و احساس خودکارآمدی درک شده به عنوان توانایی درک شده در انجام رفتار و ۳- پیامدهای رفتار می‌باشد. مدل ارتقای سلامت پندر بر این مفهوم تأکید دارد که افراد هر کدام دارای مشخصه‌های شخصی و تجربیاتی خاص هستند که بر عملکرد و کنش آنها تأثیر گذار است. در این میان متغیرهای رفتاری و شناختی نیز دارای تأثیرات انگیزشی مهمی هستند. هدف از این مدل کمک به افراد، خانواده‌ها و جامعه برای ارتقای رفتار سلامت‌جویانه است. پندر (۲۰۰۲) ارتقای سلامت را هنر و علم کمک به مردم برای تغییر سبک زندگی به سمت بالا بردن سلامت می‌داند. در شکل (۱) عوامل تأثیرگذار بر ارتقای رفتار سلامت‌جویانه با توجه به مدل پندر آمده است.



شکل ۱. عوامل تاثیرگذار بر ارتقای سلامت در مدل پیشنهادی پندر

منبع: استخراج شده از پندر، ۲۰۰۲

چارچوب نظری پندر مبتنی بر این اجرای نظری است که:

۱. رفتارهای قبلی و مشخص‌های کسب شده بر اعتقادات، احساسات و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تاثیرگذار است.
۲. تعهد شخص و الزامات رفتاری از منافع ارزشی اشخاص که انتظار می‌رود نشأت می‌گیرد.
۳. موانع ادراک شده می‌تواند تعهد به کنش را محدود کند و همچنین در رفتار واقعی مداخله کند.
۴. خودکارآمدی نسبت به رفتار معین احتمال تعهد به کنش را افزایش می‌دهد و بر عملکرد واقعی تاثیرگذار است.
۵. احساس خودکارآمدی بالاتر منجر به احساس موانع درک شده کمتر نسبت به رفتار سلامت محور می‌شود.
۶. احساسات مثبت نسبت به نتایج رفتار منجر به احساس خودکارآمدی بیشتر می‌شود.
۷. هنگامی که عواطف یا احساسات مثبت با رفتار همراه هستند احتمال تعهد و کنش بیشتر می‌شود.

۸. اشخاص احتمال بیشتری به تعهد و الزام رفتار سلامت محور دارند هنگامی که از سایرین حمایت و پشتیبانی دریافت می‌کنند.
۹. خانواده، دوستان و ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت منبع مهمی از تاثیر بین فردی هستند که می‌توانند تعهد و الزام به رفتار ارتقاء دهنده سلامت را افزایش یا کاهش دهند.
۱۰. تاثیرات موقعیتی در محیط خارجی می‌تواند تعهد یا مشارکت در رفتار ارتقاء دهنده سلامت را افزایش یا کاهش دهد.
۱۱. تعهد بالاتر نسبت به کنش رفتار ارتقاء دهنده سلامت احتمال حفظ و تداوم آن را در طول زمان افزایش می‌دهد.
۱۲. تعهد به برنامه‌ریزی برای عمل، کمتر به نتیجه مطلوب منجر می‌شود هنگامی که تقاضاهای رقابت کننده بر روی شخص نیازمند کنترل کم و توجه فوری است.
۱۳. تعهد به برنامه‌ریزی برای عمل، کمتر به نتیجه مطلوبی منجر می‌شود زمانی که سایر عمل‌ها جذابتر هستند و بنابراین بر رفتار هدف تاثیرگذار هستند.
۱۴. اشخاص می‌توانند در تاثیرات بین فردی، عواطف و شناخت مداخله کنند و تاثیرات وضعیتی بر ایجاد انگیزه برای رفتار ارتقاء دهنده سلامت داشته باشند (پندر، ۲۰۰۲).
- تحقیق حاضر با مبنا قرار دادن مدل نظری ارتقای سلامت پندر به بررسی رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان منطقه ۱۶ شهر تهران با تاکید بر عوامل جمعیتی و اجتماعی می‌پردازد.

مروری بر پیشینه تحقیق و ارائه مدل نظری پژوهش

با نگاهی بر مطالعات انجام شده در زمینه رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان می‌توان گفت که شکل‌گیری رفتار سلامت‌جویانه، نه تنها به خصوصیات فردی و دسترسی به امکانات بهداشتی بر می‌گردد بلکه از زمینه‌ها اجتماعی و اقتصادی آنها شامل سن، جنس، موقعیت اجتماعی، نوع بیماری، دسترسی به خدمات و کیفیت درک شده از خدمات نشأت می‌گیرد (بارتلی، ۲۰۰۴، گودمن و همکاران ۲۰۰۷). نتایج مطالعات از رابطه دو سویه بین پایگاه اجتماعی افراد و سلامت حکایت دارد (مقدم و همکاران، ۱۳۹۸؛ گودمن و همکاران ۲۰۰۷). جنس یکی دیگر از متغیرهای تاثیرگذار بر رفتار سلامت‌جویانه است. مطالعه رشیدی (۱۳۹۳) بیانگر آن است که میانگین رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان پسر بیشتر از دختران است و تفاوت معناداری بین

بروز رفتارهای پر خطر در میان نوجوانان قومیت‌های مختلف وجود دارد. نتایج تحقیق تیموری و همکاران نیز بیانگر تفاوت‌های جنسی در رفتار سلامت‌جویانه در میان نوجوانان مورد مطالعه بود. همچنین مطالعات نشان دهنده آن است که با افزایش سن نوجوانان رفتار سلامت‌جویانه رو به کاهش می‌رود. نتایج تحقیق محمودیان و امیری (۱۳۹۴) بیانگر آن بود با افزایش سن از میزان رضایت نوجوانان از وضعیت سلامتی‌شان و تمایل آنان به انجام رفتارهای سلامت‌محور کاسته می‌شود. این نتیجه در تحقیق کیم (۲۰۰۲) نیز مشاهده شده است. تاثیر مثبت تحصیلات والدین بر رفتار سلامت‌محور نوجوانان در تحقیقات مختلف مورد تاکید قرار گرفته است (محمودیان و امیری ۱۳۹۴؛ متقی و همکاران ۱۳۹۳) ساختار خانواده نیز به عنوان یکی از زمینه‌های اجتماعی مهم برای سلامت نوجوانان در مطالعات قبلی مطرح شده است. به طور کلی نوجوانانی که در خانواده‌هایی با ساختارهای تک والدینی زندگی می‌کنند در معرض خطر مشکلات عاطفی و رفتارهای پرخطر بیشتری قرار دارند (کاوان وای پی ۲۰۰۹؛ ریواس دریک ۲۰۰۸). همچنین برخی از مطالعات از تاثیر بُعد خانوار بر رفتار سلامت‌جویانه حکایت دارند. مطالعه محمودیان و امیری (۱۳۹۴) نشان داد که با افزایش بعد خانوار رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان افزایش می‌یابد. مسئولیت‌پذیری و تعهد به انجام رفتار سلامت‌جویانه یکی دیگر از عوامل تاثیر گذار بر رفتار سلامت‌جویانه است که در مطالعات قبلی بر آن تاکید شده است. مطالعه پرویزی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دهنده آن بود که مسئولیت‌پذیری سلامت در نوجوان کم بوده و تحرک بدنی کافی ندارند که این امر به دست‌انداکاران سلامت هشدار می‌دهد که به برنامه‌های سلامت در مدارس توجه بیشتری شود تا منجر به ارتقای رفتارهای خود مراقبتی در نوجوانان گردد. توجه افراد پیرامون و میزان حمایت اجتماعی دریافت شده یکی دیگر از متغیرهای پیش‌بینی کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت در نوجوان است که در مطالعات قبلی بر آن تاکید شده است. مطالعه محمودیان و امیری (۱۳۹۴) بیانگر آن است که توجه افراد پیرامون به سلامت از متغیرهای تعیین کننده رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان است. نتایج این پژوهش همچنین بیانگر این بود که متغیرهای اجتماعی و مذهبی در مقایسه با متغیرهای جمعیتی وزن بیشتری در تبیین رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان برعهده دارند. احساس خودکارآمدی نیز به عنوان یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر رفتار سلامت‌محور نوجوانان در تحقیقات قبلی مور تاکید بوده است.

مطالعه بهمن پور و همکاران (۱۳۹۰) بیانگر آن است که ارتقای خودکارآمدی درک شده از جمله عواملی است که می‌تواند هنگام برنامه‌ریزی جهت ارتقای بهداشت دهان و دندان در دانش‌آموزان مورد توجه قرار گیرد. همچنین بازگو کردن منافع انجام این کار تاثیر مثبت در انجام بهداشت دهان و دندان نوجوان دارد. با کمک گرفتن از مدل نظری تحقیق یعنی مدل ارتقای سلامت پندر و پیشینه پژوهش مدل نظری تحقیق در شکل (۲) طراحی شده است.



شکل ۲. مدل نظری پژوهش، عوامل تبیین‌کننده رفتار سلامت‌جویانه در میان نوجوانان منطقه ۱۶

شهر تهران

در راستای مدل نظری تحقیق فرضیات پژوهشی در دو زمینه کلی مطرح می‌شود:

۱- فرضیات تجربیات و خصوصیات فردی (مشخصه‌های جمعیتی و اجتماعی):

- به نظر می‌رسد انجام رفتار سلامت‌جویانه در میان نوجوانان دختر بیشتر از نوجوانان پسر می‌باشد.

- به نظر می‌رسد با افزایش سن در دوره نوجوانی انجام رفتار سلامت‌جویانه در نوجوانان پاسخگو کاهش می‌یابد.
- به نظر می‌رسد انجام رفتار سلامت‌جویانه در میان غیرمهاجرین بیشتر از مهاجرین باشد.
- به نظر می‌رسد افزایش بعد خانوار تاثیر مثبتی در رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان پاسخگو دارد.
- به نظر می‌رسد هر چقدر توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه بیشتر باشد میزان رفتار سلامت‌جویانه نیز در نوجوانان پاسخگو افزایش می‌یابد.
- به نظر می‌رسد با افزایش تحصیلات والدین رفتار سلامت‌جویانه در میان نوجوانان پاسخگو افزایش یابد.

۲- فرضیات مرتبط با احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار:

- به نظر می‌رسد هر چقدر میزان حمایت ادراک شده افزایش یابد رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان نیز افزایش خواهد یافت.
- به نظر می‌رسد هر چقدر منافع درک شده رفتار سلامت‌جویانه افزایش یابد انجام رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان مورد مطالعه نیز افزایش یابد.
- به نظر می‌رسد هر چقدر احساس خود کارآمدی در نوجوانان مورد مطالعه افزایش یابد میزان رفتار سلامت‌جویانه نیز افزایش یابد.
- به نظر می‌رسد هر چقدر موانع درک شده انجام رفتار سلامت‌جویانه در نوجوانان مورد مطالعه افزایش یابد انجام رفتار سلامت‌جویانه کاهش یابد.

روش و داده‌های تحقیق

پژوهش حاضر با توجه به دامنه و قلمرو موضوع و اهداف آن از نوع تحقیقات کمی بوده و به روش پیمایشی انجام شده است. داده‌های تحقیق به وسیله پرسشنامه که اکثریت سوالات آن از پرسشنامه‌های استاندارد اخذ شده است جمع‌آوری شده است. واحد تحلیل در این پژوهش فرد است. قلمروی مکانی تحقیق منطقه ۱۶ شهر تهران است. جامعه آماری مطالعه حاضر تمامی نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال در منطقه ۱۶ شهر تهران می‌باشند. با توجه به آنکه نوجوانان مورد

بررسی در این پژوهش در سن مدرسه هستند و پوشش تحصیلی نیز در ایران تقریباً کامل است، برای نمونه‌گیری نوجوانان از جمعیت دانش‌آموزی استفاده شده است. روش نمونه‌گیری نیز ترکیب نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله و طبقه‌ای می‌باشد. در نمونه‌گیری، هر مدرسه یک خوشه در نظر گرفته شده است. به این ترتیب ابتدا تعداد کل دانش‌آموزانی که در سن نوجوانی قرار دارند، یعنی دانش‌آموزان مقاطع تحصیلی متوسطه اول و دوم از آموزش و پرورش منطقه ۱۶ استعلام شد و به عنوان حجم جامعه آماری در نظر گرفته شده است. با توجه به استعلام به عمل آمده از اداره آموزش و پرورش منطقه ۱۶ تعداد کل دانش‌آموزان دوره متوسطه اول و دوم ۱۶۶۹۱ نفر می‌باشند. سپس تعداد مدارس به تفکیک جنس مشخص و در مرحله بعد از میان این مدارس (خوشه‌ها) به صورت تصادفی ۵ مدرسه انتخاب و در داخل این مدارس کلاس‌ها و با توجه به لیست دانش‌آموزان که از مدیریت مدرسه دریافت شده بود در نهایت دانش‌آموزان واجد شرایط به صورت تصادفی ساده انتخاب شده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۳۰ نفر تعیین شد. از مجموع ۳۳۰ نوجوان پاسخگو که اطلاعات آنها گردآوری شده است حدود ۵۸ درصد پسر و ۴۱ درصد دختران می‌باشند. در جدول (۱) مشخصات جامعه آماری که برای نمونه استفاده شده است آمده است.

جدول ۱. مشخصات جامعه آماری مورد مطالعه، دانش‌آموزان متوسطه اول و دوم منطقه ۱۶

شهر تهران

دوره	تعداد مدرسه (خوشه‌ها)	تعداد کلاس	تعداد دانش‌آموز
متوسطه دوم - دخترانه	۱۳	۱۰۷	۳۴۲۰
متوسطه دوم - پسرانه	۱۳	۹۳	۲۹۲۱
متوسطه اول - پسرانه	۱۵	۱۶۰	۵۳۳۲
متوسطه اول - دخترانه	۱۵	۱۵۱	۵۰۱۸
مجموع	۵۶	۵۱۱	۱۶۶۹۱

گویه‌های مورد استفاده برای سنجش رفتار سلامت‌جویانه و احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار از پرسشنامه‌های استاندارد استخراج شده و توسط محققین در پژوهش‌های

پیشین (زیدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ محمدیان و همکاران ۱۳۸۹؛ و تیموری و همکاران ۱۳۹۰) پایایی و روایی آنها تایید شده است. پس از طراحی پرسشنامه پایایی گویه‌های از طریق پیش آزمون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲. مقدار ضریب پایایی متغیر وابسته و احساسات و شناخت‌ها اختصاصی رفتار در

مطالعات پیشین و پژوهش حاضر

متغیر	بعد	آلفای کرونباخ در تحقیقات پیشین	منبع	میزان آلفای کرنباخ محاسبه شده در پژوهش حاضر
رفتار سلامت جویانه	تغذیه	۰/۷۹	محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۹۰	۰/۸۵
	ورزش	۰/۸۶		۰/۹۰
	مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	۰/۸۱		۰/۷۴
	مدیریت استرس	۰/۹۱		۰/۷۵
	روابط بین فردی	۰/۷۹		۰/۸۵
	خودشکوفایی	۰/۸۱		۰/۸۵
	خودکارآمدی درک شده	۰/۹۰	تیموری و همکاران، ۱۳۹۰	۰/۷۷
احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار	فواید درک شده	۰/۸۳		۰/۸۳
	موانع درک شده	۰/۷۸		۰/۸۵
	حمایت اجتماعی درک شده	۰/۸۰	محمدیان و همکاران، ۱۳۸۹	۰/۷۲

متغیر وابسته در تحقیق حاضر رفتار سلامت‌جویانه می‌باشد. رفتارهای سلامت جویانه به هرگونه فعالیت انجام شده با هدف پیشگیری، تشخیص بیماری و بهبود سلامتی و تندرستی اطلاق می‌شود (کانر و نورمن، ۱۹۹۶). برای سنجش رفتار سلامت‌جویانه از ۳۴ گویه در ۶ بُعد (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، خودشکوفایی) در قالب طیف لیکرت استفاده شده است. متغیرهای مستقل نیز همانگونه که قبلاً بیان شد در دو قسمت ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی و احساسات و شناخت‌های اختصاصی

رفتار طبقه‌بندی شده‌اند. متغیرهای اجتماعی - جمعیتی مورد سنجش و بررسی در تحقیق حاضر شامل سن، جنس، بُعد خانوار، سابقه مهاجرتی، تحصیلات والدین، توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه می‌باشند. احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار نیز توسط متغیرهای فواید و موانع درک شده رفتار سلامت‌جویانه در قالب ۱۵ سوال، حمایت اجتماعی ادراک شده در قالب ۱۲ سوال و احساس خودکارآمدی درک شده در قالب ۱۰ سوال در طیف لیکرت اندازه‌گیری شده است. روایی گویه‌های مورد استفاده نیز با وجود آنکه از پرسشنامه استاندارد و قبلی استفاده شده بود در ابتدا توسط اعتبار صوری توسط متخصصین جمعیت و سلامت و در مرحله پیش‌آزمون توسط تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفته است که بیانگر اعتبار مناسب گویه‌ها در سنجش مفاهیم مورد نظر بود. حمایت اجتماعی ادراک شده بوسیله ارزیابی شناختی از مرتبط بودن و مورد حمایت قرار گرفتن به روش مطمئن با دیگران مشخص می‌گردد (دراهمکی و کوشککی، ۱۴۰۰). اندازه‌گیری این نوع از حمایت شامل سوالاتی با این مضمون است که آیا فردی هست که موقع نیاز به او اعتماد کند، از آن مراقبت کند و یا آنها را مورد حمایت عاطفی قرار دهد. منافع درک شده بیانگر منافع ادراک شده از یک عمل یعنی ادراک مثبت یا پیامدهای تقویت‌کننده مرتبط با رفتار سلامت‌جویانه می‌باشد (پندر، ۲۰۰۲). این متغیر از طریق سوالاتی نظیر: ورزش کردن باعث بهبود عملکرد روانی در من می‌شود. ورزش کردن باعث ملاقات دوستانم می‌شود. اگر من بطور مرتب ورزش کنم، عمر طولانی تری خواهم داشت و... اندازه‌گیری شده است. موانع درک شده یک عمل درک موانع، هزینه‌ها مرتبط با یک رفتار سلامت‌جویانه می‌باشد (پندر، ۲۰۰۲). این متغیر از طریق سوالاتی نظیر: من همراه و همپای مناسبی برای ورزش کردن ندارم. خانواده من پول کافی برای انجام فعالیت‌های ورزشی یا تغذیه مناسب در اختیار من نمی‌گذارد. من دسترسی کمی به مکان‌های ورزشی دارم و ... اندازه‌گیری شده است. خودکارآمدی با خود پنداره فرد از توانایی‌ها و استعداد‌های خود در راستای دست‌یابی به افراد بر می‌گردد و شامل باورها و انتظاراتی است که به طور تأثیرگذار با وظایف و نیازهای فردی در ارتباط است. (بندورا، ۱۹۸۶). این متغیر از طریق سوالاتی نظیر درگیر فعالیت‌های گروهی می‌شوید. وقتی که به کمک نیاز دارید، از دانش آموز دیگری درخواست کمک می‌کنید. برای کمک به ساماندهی یک مراسم در مدرسه داوطلب می‌شوید و ...

اندازه‌گیری شده است. لازم به توضیح است، با توجه به شیوع ویروس کرونا و تعطیلی مدارس، روند توزیع پرسشنامه‌ها میان اعضای نمونه آماری (دانش آموزان مدارس منطقه ۱۶ تهران)، به صورت حضوری نبوده و پس از هماهنگی و کسب تأییدیه از اداره آموزش و پرورش منطقه ۱۶، لینک پرسشنامه آماده شده در اختیار معلمان مدارس گذاشته شد تا در اختیار دانش آموزان واجد شرایط قرار داده شود.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر در سه قسمت تحلیل تک متغیره، تحلیل دو متغیره و تحلیل چند متغیره ارائه و مورد تحلیل قرار می‌گیرند. همانگونه که در جدول (۳) مشاهده می‌گردد ۵۸/۸ درصد از مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر را پسران و ۴۱/۲ درصد را دختران شامل می‌شوند. میانگین بُعد خانوار پاسخگویان ۴/۵ و میانگین سنی آنها ۱۴/۹ سال بوده است. به لحاظ تحصیلات والدین میانگین تحصیلات (پدر و مادر) بیشترین توزیع فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم با ۳۷/۵ درصد است. اکثر پاسخگویان در متغیر توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه نمره کم (۵۰/۲ درصد) را کسب کرده‌اند.

جدول ۳. توصیف متغیرهای اجتماعی و جمعیتی پژوهش

متغیر - طبقات متغیر	درصد	متغیر - طبقات متغیر	درصد
جنس		بعد خانوار	
پسر	۵۸/۸	۳	۱۱/۵
دختر	۴۱/۲	۴	۶۷/۹
سن		۵ و بالاتر	
میانگین سنی	۱۴/۹	میانگین بعد خانوار	۴/۵
تحصیلات والدین		توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه	
بی سواد	۴/۰	کم	۵۰/۲
ابتدایی	۱۴/۷	متوسط	۳۴/۶
راهنمایی	۱۴/۲	زیاد	۱۵/۲
دیپلم	۳۷/۵		
دانشگاهی	۲۹/۷		
سابقه مهاجرتی			
دارد	۱۳/۵		
ندارد	۸۶/۵		

توزیع پاسخگویان با توجه به سابقه مهاجرتی اکثریت با عدم سابقه‌ی مهاجرت (۸۶/۵ درصد) می‌باشد. همانگونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود دختران در مولفه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، روابط بین فردی و رشد و خودشکوفایی نمرات بالاتری را نسبت به پسران دریافت کرده‌اند که به لحاظ آماری این تفاوت‌ها معنادار است. در مجموع در متغیر رفتار سلامت‌جویانه نیز دختران نمره بالاتر و معناداری را نسبت به پسران دریافت کرده‌اند. این بدان معنا است که انجام رفتار سلامت‌جویانه در دختران نوجوان بالاتر از پسران است و این امر در سطح معناداری (۰/۰۵) معنادار است. میانگین رفتار سلامت‌جویانه دختران ۱۶/۸۵ و برای پسران ۱۶/۲۰ بوده است. حداقل و حداکثر نمره ۹/۵ و ۲۳/۶ برای این متغیر در نظر گرفته شده بود که این امر بیانگر آن انجام است که انجام رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان در حد متوسط می‌توان ارزیابی کرد.

جدول ۴. توصیف مولفه‌های رفتار سلامت‌جویانه پاسخگویان با توجه به تفاوت‌های جنسی

sig	t	حداکثر		حداقل		انحراف معیار		میانگین		مولفه
		پسران	دختران	پسران	دختران	پسران	دختران	پسران	دختران	
۰/۲۲۵	۱/۲۱۵	۲۴	۲۴	۱۱	۱۱	۳/۰	۳/۰	۱۶/۶	۱۷/۰	تغذیه
۰/۵۳۳	۰/۶۲۴	۲۰	۲۰	۵	۵	۴/۱	۴/۲	۱۲/۱	۱۱/۹	فعالیت جسمی
۰/۰۱۳	۲/۵۳۷	۲۷	۲۷	۸	۸	۴/۲	۴/۸	۱۷/۶	۱۸/۷	مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت
۰/۰۷۹	۱/۷۶۰	۲۰	۲۰	۷	۷	۳/۲	۳/۰	۱۳/۲	۱۳/۸	مدیریت استرس
۰/۰۱۷	۲/۳۹۲	۲۰	۲۰	۶	۶	۳/۲	۳/۰	۱۳/۸	۱۴/۶	روابط بین فردی
۰/۰۱۰	۲/۵۵۹	۲۴	۲۴	۸	۸	۳/۸	۳/۴	۱۹/۰	۲۰	رشد معنوی و خودشکوفایی
۰/۰۳۶	۲/۱۰۵	۲۳/۶	۲۳/۶	۹/۵۰	۹/۵۰	۲/۷۷	۲/۷۰	۱۶/۲۰	۱۶/۸۵	رفتار سلامت جویانه

جدول ۵. توصیف متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار پاسخگویان با توجه به تفاوت‌های جنسی

sig	t	حداکثر		حداقل		انحراف معیار		میانگین		مولفه
		م.پ.	م.د.	م.پ.	م.د.	م.پ.	م.د.	م.پ.	م.د.	
۰/۳۰۰	-۱/۰۳۸	۴۰	۴۰	۲۲	۲۲	۴/۲۶	۴/۳۷	۳۲/۹۵	۳۳/۴۵	منافع درک شده
۰/۰۰۲	۳/۰۵۷	۳۵	۳۵	۷	۷	۵/۹۱	۵/۵۸	۱۷/۹۳	۱۵/۹۷	موانع درک شده
۰/۱۰۰	-۱/۶۵۰	۶۰	۶۰	۳۰	۳۰	۷/۰۴	۷/۲۱	۴۸/۶۹	۵۰/۰	حمایت اجتماعی درک شده
۰/۳۰۰	-۱/۰۳۷	۴۷	۴۷	۲۰	۲۰	۵/۵۸	۵/۰۷	۳۵/۳۸	۳۶/۰	خودکارآمدی

در جدول (۵) مقایسه نمرات متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار در بین نوجوانان پسر و دختر آمده است. همانگونه که در جدول مذکور مشاهده می‌شود میانگین نمره منافع درک شده در میان دختران ۳۳/۴۵ با انحراف معیار ۴/۳۷ و برای پسران ۳۲/۹۵ با انحراف معیار ۴/۲۶ می‌باشد. اگر چه دختران اندکی نمره بالاتر را در این متغیر کسب کرده‌اند ولی این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نیست. در متغیر موانع درک شده میانگین نمره کسب شده برای دختران ۱۵/۹۷ با انحراف معیار ۷/۲۱ و برای پسران ۱۷/۹۳ با انحراف معیار ۷/۰۴ بوده است که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است به این صورت که پسران موانع بیشتری را در انجام رفتار سلامتجویان درک می‌کنند. در رابطه با متغیر حمایت اجتماعی درک شده میانگین نمرات دختران ۵۰ با انحراف معیار ۷/۲۱ و برای پسران ۴۸/۶۹ با انحراف معیار ۷/۰۴ به دست آمده که تفاوت معناداری به لحاظ آماری در این زمینه بین دو جنس مشاهده نمی‌شود. در رابطه با متغیر خودکارآمدی نیز میانگین ۳۶ با انحراف معیار ۵/۰۷ برای دختران و میانگین ۳۵/۳۸ با انحراف معیار ۵/۵۸ برای پسران به دست آمده است که این تفاوت نیز به لحاظ آماری معنادار نیست.

جدول ۶. آزمون فرضیات پژوهش با استفاده از تحلیل دو متغیره ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	ضریب پیرسون	معناداری
سن	-۰/۱۴۸	۰/۰۰۹
تحصیلات والدین	۰/۱۰۳	۰/۰۷۰
توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه	۰/۲۷۳	۰/۰۰۰
بعد خانوار	-۰/۰۵۰	۰/۳۸۰
منافع درک شده	۰/۶۲۴	۰/۰۰۰
موانع درک شده	-۰/۵۰۸	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۵۹۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	۰/۲۰۹	۰/۰۰۰

در جدول (۶) آزمون فرضیات پژوهشی آمده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود بین سن و رفتار سلامت‌جویانه نوجوان رابطه معناداری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون برای این دو متغیر -۰/۱۴۸- محاسبه شده است که نشان می‌دهد با افزایش سن رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان کاهش می‌یابد که شدت این رابطه ضعیف است. بین تحصیلات والدین و رفتار سلامت‌جویانه رابطه معناداری به لحاظ آماری برقرار نیست. بین دو متغیر توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه و رفتار سلامت‌جویانه فرد رابطه آماری معناداری وجود دارد. ضریب پیرسون محاسبه شده برای این دو متغیر ۰/۲۷۳ می‌باشد که بیانگر است که این رابطه مستقیم یا مثبت است و به لحاظ شدت این رابطه چندان قوی نیست. بین دو متغیر بعد خانوار و رفتار سلامت‌جویانه رابطه معناداری وجود ندارد. منافع درک شده به صورت مثبت بیشترین همبستگی را با رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارد. ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده برای این دو متغیر ۰/۶۲۴ می‌باشد که بیانگر همبستگی مثبت قوی بین این دو متغیر است. بین دو متغیر موانع درک شده و رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان نیز رابطه معناداری به لحاظ آماری برقرار است. مقدار ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین این دو متغیر -۰/۵۰۸- می‌باشد که نشان می‌دهد بین این دو متغیر رابطه معکوس و متوسطی برقرار است. به این صورت که هر چقدر نوجوانان موانع بیشتری برای انجام رفتار سلامت‌جویانه درک کنند رفتار سلامت‌جویانه کاهش می‌یابد. بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتار سلامت‌جویانه

نوجوانان نیز رابطه معناداری وجود دارد. این متغیر بعد از متغیر فواید درک شده در مرتبه دوم میزان همبستگی با متغیر تابع قرار دارد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر ۰/۵۹۵ به دست آمده است؛ که بیانگر آن است هر چقدر میزان حمایت اجتماعی درک شده افزایش می‌یابد رفتار سلامت‌جویانه نیز بالاتر می‌رود. بین دو متغیر احساس خودکارآمدی و رفتار سلامت‌جویانه نیز رابطه معناداری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین این دو متغیر ۰/۲۰۹ می‌باشد که بیانگر همبستگی مثبت و ضعیف بین این دو متغیر است. در رابطه با تفاوت بین میانگین رفتار سلامت‌جویانه با توجه به جنس همانگونه که در جدول (۷) مشاهده می‌گردد میانگین رفتار سلامت‌جویانه در دختران ۱۶/۸۵ و برای پسران ۱۶/۲۰ می‌باشد که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین دختران بیشتر به رفتار سلامت‌جویانه می‌پردازند. به لحاظ سابقه مهاجرتی نیز این تفاوت معنادار است. میانگین رفتار سلامت‌جویانه در مهاجرین ۱۷/۴۴ و برای نوجوانانی که سابقه مهاجرتی ندارند ۱۶/۳۱ می‌باشد. بنابراین مهاجران رفتار سلامت‌جویانه بیشتر نسبت به غیر مهاجرین دارند.

جدول ۷. ادامه آزمون فرضیات پژوهش با استفاده از تحلیل دو متغیره آزمون t مستقل

متغیر	میانگین	t	معناداری
جنس	دختر	۱۶/۸۵	۰/۰۳۶
	پسر	۱۶/۲۰	
سابقه مهاجرتی	دارد	۱۷/۴۴	۰/۰۱۱
	ندارد	۱۶/۳۱	

نتیجه تایید یا رد شدن همه فرضیات تحقیق در جدول ۸ آمده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود به جز فرضیه رابطه بعد خانوار و تحصیلات والدین بر رفتار سلامت‌جویانه سایر فرضیات تحقیق مورد تایید قرار گرفته‌اند.

جدول ۸. نتیجه آزمون فرضیات تحقیق

نتیجه	فرضیه
تایید	به نظر می‌رسد انجام رفتار سلامت‌جویانه در میان نوجوانان دختر بیشتر از نوجوانان پسر باشد.
تایید	به نظر می‌رسد با افزایش سن در دوره نوجوانی انجام رفتار سلامت‌جویانه در نوجوانان پاسخگو کاهش می‌یابد.
تایید	به نظر می‌رسد انجام رفتار سلامت‌جویانه در میان غیرمهاجرین بیشتر از مهاجرین باشد.
رد	به نظر می‌رسد افزایش بعد خانوار تاثیر مثبتی در رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان پاسخگو دارد.
تایید	به نظر می‌رسد هر چقدر توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه بیشتر باشد میزان رفتار سلامت‌جویانه نیز در نوجوانان پاسخگو افزایش می‌یابد.
رد	به نظر می‌رسد با افزایش تحصیلات والدین رفتار سلامت‌جویانه در میان نوجوانان پاسخگو افزایش یابد.
تایید	به نظر می‌رسد هر چقدر میزان حمایت اداری شده افزایش یابد رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان نیز افزایش خواهد یافت.
تایید	به نظر می‌رسد هر چقدر منافع درک شده رفتار سلامت‌جویانه افزایش یابد انجام رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان مورد مطالعه نیز افزایش یابد.
تایید	به نظر می‌رسد هر چقدر احساس خود کارآمدی در نوجوانان مورد مطالعه افزایش یابد میزان رفتار سلامت‌جویانه نیز افزایش یابد.
تایید	به نظر می‌رسد هر چقدر موانع درک شده انجام رفتار سلامت‌جویانه در نوجوانان مورد مطالعه افزایش یابد انجام رفتار سلامت‌جویانه کاهش یابد.

تحلیل چند متغیره برای کنترل متغیرها و پیش‌بینی تاثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته در جدول (۹) آمده است. از آنجا که جنس و سابقه مهاجرتی در سطح سنجش اسمی قرار دارند امکان ورود آنها به معادله رگرسیون خطی چند متغیره وجود ندارد و در معادله وارد نشده‌اند. برای درک بهتر از متغیرهای تاثیرگذار این تحلیل در دو مرحله انجام شده است در مرحله اول متغیرهای جمعیتی و اجتماعی وارد معادله رگرسیونی شده‌اند و در مرحله دوم متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار وارد معادله شده‌اند. همانگونه که در جدول مذکور مشاهده می‌شود در مرحله اول با ورود متغیرهای جمعیتی و اجتماعی به معادله رگرسیونی ضریب تعیین تعدیل شده حدود ۰/۲۰ محاسبه شده است. این بیانگر آن است که متغیرهای

جمعیتی و اجتماعی حدود ۲۰ درصد از تغییرات رفتار سلامتجویانه نوجوانان را تبیین می‌کند. در مرحله دوم با ورود متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار این ضریب به حدود ۰/۶۲ افزایش یافته است. یعنی تقریباً ۰/۴۰ به ضریب تعیین تعدیل شده اضافه شده است که مقدار قابل توجهی است. بنابراین متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار نقش تعیین‌کننده‌تری در پیش‌بینی رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارند.

جدول ۹. تحلیل چند متغیره متغیرهای پژوهشی با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره

متغیر	۱			۲		
	B	Beta	t	B	Beta	t
سن	-۰/۴۸۴	-۰/۱۱۲	-۲/۱۲۶*	۰/۰۷۲	۰/۰۱۷	۰/۴۴۹
تحصیلات والدین	۰/۱۱۰	۰/۰۴۶	۰/۸۸۰	۰/۲۳۹	۰/۰۹۹	۲/۷۰۰***
بعد خانوار	-۰/۱۸۰	-۰/۰۴۴	-۰/۸۲۳	۰/۰۷۰	۰/۰۱۷	۰/۴۵۸
توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه	۰/۵۲۰	۰/۱۷۹	۳/۳۴۳***	۰/۱۸۳	۰/۰۶۳	۱/۶۸۲
منافع درک شده				۰/۲۳۰	۰/۳۵۵	۸/۵۸۶***
موانع درک شده				-۰/۱۰۸	-۰/۲۲۷	-۵/۴۶۳***
حمایت اجتماعی درک شده				۰/۱۳۰	۰/۳۴۱	۸/۱۸۰***
خودکارآمدی				۰/۰۳۶	۰/۰۷۱	۱/۸۱۰
R Square	۰/۲۱۰			۰/۶۳۲		
Adjusted R Square	۰/۱۹۷			۰/۶۲۱		

* معنادار در سطح $P < ۰/۰۵$

** معنادار در سطح $P < ۰/۰۱$

با ورود همه متغیرهای به معادله رگرسیونی متغیرهای تحصیلات والدین، منافع درک شده، موانع درک شده و حمایت اجتماعی درک شده معناداری خود را حفظ کرده اند. بنابراین در ادامه با توجه به اهمیت هر کدام در پیش‌بینی رفتار سلامتجویانه نوجوانان مورد توضیح قرار می‌گیرند. بیشترین تاثیر را در رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان متغیر منافع درک شده با ضریب بتای ۰/۳۵۵ داشته است. به این صورت که هر چقدر منافع درک شده افزایش می‌یابد رفتار

سلامت‌جویانه نوجوانان افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی درک شده با ضریب بتای ۰/۳۴۱ در مرتبه دوم قرار دارد. به این صورت که با افزایش میزان حمایت اجتماعی درک شده رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان افزایش می‌یابد. در مرتبه سوم موانع درک شده به صورت منفی با ضریب بتای ۰/۲۲۷- قرار دارد. بنابراین می‌توان گفت با افزایش احساس موانع درک شده رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان کاهش می‌یابد تحصیلات والدین نیز در تاثیر مثبت بر رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارد. ضریب بتای به دست آمده برای این متغیر ۰/۰۹۹ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان علاوه بر تاثیراتی آنی که بر سلامت فرد و جامعه داد دارای پیامدهایی است که سایر دوران زندگی را نیز متاثر خواهد ساخت. بسیاری از عادات‌های رفتار سلامت‌جویانه مانند ورزش کردن، تغذیه سالم، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد و خودشکوفایی در این دوران توسط نوجوان کسب و در طول زندگی حفظ و باعث اثربخشی هستند. بنابراین مطالعه رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان و عوامل موثر بر آن یکی از مسائل اصلی دوره نوجوانی شایسته می‌شود که نیازمند شناخت دقیق و برنامه‌ریزی و سیاستگذاری می‌باشد. مساله کلی پژوهش حاضر در این رابطه بود که نوجوانان مورد مطالعه تا چه اندازه رفتار سلامت‌جویانه را دنبال می‌کند؟ چه تفاوت‌های جنسی در این زمینه وجود دارد؟ کدام متغیرهای جمعیتی و اجتماعی رفتار سلامت‌جویانه نوجوان را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند؟ پژوهش حاضر با مبنا قرار دادن مدل ارتقای سلامت پندر که یکی از مدل‌های مطرح در سطح جهانی برای تبیین رفتار سلامت‌جویانه است و با بررسی نمونه‌ای از ۳۳۰ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله منطقه ۱۶ شهر تهران سعی نمود به این پرسش‌های و مسائل مطرح شده پاسخ داده و آنها را مورد تبیین و بررسی قرار دهد.

در پژوهش حاضر متغیرهای مستقل و تاثیرگذار بر رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان بر اساس مدل نظری تحقیق به دو دسته تقسیم شده است. قسمت اول مشخصه‌های اجتماعی - جمعیتی شامل: سن، جنس، بُعد خانوار، سابقه مهاجرتی، تحصیلات والدین، توجه والدین و دوستان به رفتار سلامت‌جویانه و قسمت دوم احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار شامل: فواید و موانع درک شده رفتار سلامت‌جویانه، احساس خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی

درک شده می‌باشند. در پاسخ به سوال پژوهشی مطرح شده که نوجوانان مورد مطالعه تا چه اندازه رفتار سلامت‌جویانه را دنبال می‌کند و چه تفاوت‌های جنسی در این زمینه وجود دارد؟ می‌توان گفت میانگین رفتار سلامت‌جویانه دختران مورد مطالعه ۱۶/۸۵ و برای پسران مورد مطالعه ۱۶/۲۰ بوده است. حداقل و حداکثر نمره ۹/۵ و ۲۳/۶ برای این متغیر در نظر گرفته شده بود. با توجه به این نتایج می‌توان گفت اگر انجام رفتار سلامت‌جویانه را در سه دسته تقسیم بندی کنیم؛ این نمره در حدود سطح متوسط قرار می‌گیرد. بنابراین انجام رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان چندان مطلوب نیست و تا رسیدن به ایده‌آل فاصله زیادی دارد. به لحاظ تفاوت جنسی تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین میانگین رفتار سلامت‌جویانه دختران و پسران وجود دارد ولی این تفاوت اندک است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های (رشیدی ۱۳۹۳؛ تیموری و همکاران ۱۳۹۸) همسو است. بنابراین نوجوانان دختر در انجام رفتار سلامت‌جویانه از نوجوانان پسر سبقت دارند اما این تفاوت اندک است. در رابطه با مولفه‌های تشکیل دهنده رفتار سلامت‌جویانه این تفاوت در مولفه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، روابط بین فردی و رشد معنوی و خودشکوفایی بین نوجوانان دختر و پسر به لحاظ آماری معنادار شده است و میانگین نمرات نوجوانان دختر بالاتر از نوجوانان پسر محاسبه شده است. بنابراین توجه به ارتقای انجام رفتار سلامت‌جویانه باید به عنوان یکی از دغدغه‌های اصلی برنامه‌ریزان حوزه سلامت مورد توجه و پیگیری قرار گیرد.

در رابطه با سوال دیگر پژوهشی مبنی بر عوامل تبیین کننده و پیش‌بینی کننده رفتار سلامت‌محور نوجوانان نتایج تحلیل چند متغیره با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره حکایت از آن دارد که متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار نقش تعیین کننده‌تری در تبیین و پیش‌بینی رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارند. در حالی که در مرحله اول با ورود متغیرهای جمعیتی و اجتماعی به معادله رگرسیونی ضریب تعیین تعدیل شده حدود ۰/۲۰ بوده است با ورود متغیرهای احساسات و شناخت‌های اختصاصی این ضریب به حدود ۰/۶۲ افزایش یافته است. یعنی تقریباً ۰/۴۲ به ضریب تعیین تعدیل شده اضافه شده است که مقدار قابل توجهی است. با ورود همه متغیرهای به معادله رگرسیونی متغیرهای تحصیلات والدین، دنبال کردن برنامه‌های سلامت‌محور، منافع درک شده، موانع درک شده و حمایت

اجتماعی درک شده معناداری خود را حفظ کرده‌اند. در این میان متغیر منافع درک شده بیشترین تاثیر را در انجام رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارد. نوجوانانی که احساس می‌کنند انجام رفتار سلامت‌جویانه برای آنها درای منفعت است بیشتر رفتار سلامت‌جویانه را دنبال می‌کنند. بنابراین یکی از اهداف اصلی در رابطه با رفتار سلامت‌جویانه باید آگاهی بخشی در زمینه اثر بخشی و منافع رفتار سلامت‌جویانه باشد. این آگاهی بخشی باید توسط نهادهای در ارتباط با نوجوانان چه نهادهای رسمی مانند نهاد آموزش و پرورش، رسانه‌های جمعی و چه نهادهای غیر رسمی در حوزه تعلیم و تربیت و جامعه‌پذیری مانند خانواده باید با جدیت دنبال شود. قطعاً مهمترین ابزار در این زمینه اقناع سازی است. اگر چه اقناع سازی نوجوانان شاید کاری سخت به نظر رسد ولی اثرگذاری آن مدام العمر و پایدار است.

دومین متغیر تاثیرگذار در انجام رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان متغیر حمایت اجتماعی درک شده می‌باشد. هر چه قدر نوجوان احساس کند توسط خانواده و یا سایر افراد تاثیرگذار و مهم بیشتر مورد حمایت قرار می‌گیرد رفتار سلامت‌جویانه نیز ارتقا می‌یابد. حمایت‌های اجتماعی که خود می‌تواند شامل حمایت‌های مادی، حمایت‌های ابزاری و حمایت‌های عاطفی باشد می‌تواند به نوجوان حس مفید بودن یا با ارزش بودن را به دنبال داشته باشد. کوب معتقد است، حمایت اجتماعی، اطلاعاتی است که منجر به شکل‌گیری این اعتقاد در فرد می‌شود که او مورد توجه، دوست داشتنی، ارزشمند و محترم بوده یا متعلق به شبکه‌ای از روابط و تعهدات متقابل است (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین حمایت اجتماعی می‌تواند به ایجاد پیوندهای اجتماعی مستحکم کمک کند که خود منجر به ایجاد سایر ابعاد مهم سرمایه اجتماعی مانند اعتماد و مشارکت نیز تاثیرگذار است. در مرتبه سوم تاثیرگذاری بر رفتار سلامت‌جویانه موانع درک شده قرار می‌گیرند. بر خلاف منافع درک شده و حمایت اجتماعی ادراک شده که تاثیر مثبت بر انجام و ارتقای رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارند موانع تاثیر منفی و کاهنده بر انجام رفتار سلامت‌جویانه دارند. بنابراین شناسایی موانع و تلاش برای برطرف کردن آنها گامی مهمی در جهت افزایش رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان است. از میان متغیرهای اجتماعی و جمعیتی نیز دنبال کردن برنامه‌های سلامت‌جویانه و تحصیلات والدین تاثیر مثبت بر رفتار سلامت‌جویانه نوجوانان دارند. والدین آگاه‌تر بر فرزندان خود در زمینه‌های مختلف می‌توانند تاثیرگذار باشند.

بنابراین افزایش دانش و آگاهی والدین می‌تواند علاوه بر تاثیر در ارتقای کیفیت زندگی خود تاثیرات نسلی با دوامی را ایجاد کند. تاثیر تحصیلات والدین بر رفتار سلامت محور نوجوانان در تحقیقات قبلی نیز مورد تایید قرار گرفته است (محمودیان و امیری ۱۳۹۴؛ متقی و همکاران ۱۳۹۳). بنابراین می‌توان گفت ارتقای سلامت جامعه تنها مربوط به حوزه پزشکی نیست بلکه شاید بتوان گفت عوامل و متغیرهای اجتماعی نقش مهمتری در این زمینه ایفا می‌کنند؛ که شناخت بهتر آنها در سیاستگذاری بهتر در این زمینه بسیار اهمیت دارند. هر گونه سیاستگذاری در رابطه با ارتقای سلامت جامعه باید با یک دید نسلی و پایدار دیده شود. قطعاً ارتقای رفتار سلامت جویانه نوجوانان علاوه بر ایجاد نسلی سالم‌تر و با نشاط‌تر به کاهش بار بیماری و ناتوانی جامعه کمک خواهد کرد که تاثیرات آن در جنبه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه نمایان خواهد شد و در طول چرخه عمر خود را نشان خواهد داد.

منابع

- 0 بهمن پور، کاوه؛ نوری، رونما؛ ندریان، حیدر؛ صالحی، بهزاد (۱۳۹۰). سازه‌های مدل ارتقای سلامت پندر درباره بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر مریوان، فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۹، شماره ۲: ۹۳-۱۰۶.
- 0 پرویزی، سرور؛ احمدی، فضل‌الله؛ پوراسدی، حسین (۱۳۹۰). زمینه‌های اجتماعی سلامت نوجوانان: پژوهش کیفی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۲۴، شماره ۶۹: ۸-۱۷.
- 0 تیموری، پروانه؛ فلاحتی، آرزو؛ اسماعیل نسب، نادر (۱۳۹۰). کاربرد مدل ارتقای سلامت در مطالعه رفتار فعالیت جسمانی دانش آموزان شهر سنندج. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۹، شماره ۱: ۳۵-۴۶.
- 0 حیدرخانی، هابیل؛ حقیقتیان، منصور؛ قنبری، نوذر؛ پرندین، شیما (۱۳۹۵). تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه. مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، ۵ (۲): ۳۱-۵۷.
- 0 رشیدی، خسرو (۱۳۹۳). رفتارهای پرخطر در بین دانش آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. مجله رفاه اجتماعی. سال پانزدهم، شماره ۵۷: ۳۱-۵۶.

- 0 زیدی، محمد؛ ، پاکپور، عیسی؛ حاجی آقا، امیر؛ محمدی زیدی، بنفشه (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارساری پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۱، شماره ۱: ۱۰۳-۱۱۳.
- 0 متقی، مینو؛ منصور، افسر؛ توکلی، نسرین (۱۳۹۳). بررسی رابطه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با ویژگی‌های خانوادگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. دوره ۱۳، شماره ۵: ۳۹۵-۴۰۳.
- 0 محمدیان، هاشم؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ رحیمی فروشانی، عباس؛ تقدیسی، محمدحسین، شجاعی زاده، داود (۱۳۸۹). ارزشیابی مدل ارتقای سلامت پندر در پیشگویی کیفیت زندگی دختران نوجوان. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۸، شماره ۴: ۱-۱۳.
- 0 محمودیان، حسین؛ امیری، محمد (۱۳۹۴). تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیت شناختی رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان (مطالعه موردی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله مدارس دولتی شهر تهران). نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران سال دهم، شماره ۲۰: ۹-۴۷.
- 0 مقدم، راضیه؛ طبیبی، جمال‌الدین؛ ریاحی، لیلا؛ حاجی‌نبی، کامران (۱۳۹۸). مطالعه تطبیقی وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان: مرور نظام‌مند. انجمن علمی پرستاری ایران، دوره ۸، شماره ۶: ۶۷-۷۵.
- 0 نوروژی، آزیتا؛ طهماسبی، رحیم؛ غفرانی پور، فضل‌الله؛ حیدرnia، علیرضا (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی ارتقاء سلامت بر میزان فعالیت بدنی زنان مبتلا به دیابت. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، دوره ۱۳، شماره ۴: ۳۶۷-۳۶۱.
- 0 دراهکی احمد، کوشکی نیلوفر (۱۴۰۰). تاثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده بر قصد باروری: مطالعه زنان ۱۸ تا ۴۴ ساله حداقل یکبار ازدواج کرده نقاط شهری استان بوشهر. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۹، شماره ۳: ۳۵۲-۳۴۱.
- 0 Bartley M (2004). Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods. New York: Wiley.
- 0 Cockerham, W. C (1997). The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation, Journal of Health and Social Behavior, 38:48-131.
- 0 Edrisi M, Khademloo M, Ghorban F. self-report of health promoting behaviors of nurses working in the educational hospitals. J Mazandaran Univ Med Sci. 2013; 23 (105): 52-59.
- 0 Goodman, E., Huang, B., Schafer-Kalkhoff, T., Adler, N E. (2007). Perceived socioeconomic status: A new type of identity that influence adolescents' self-rated health". Journal of Adolescent Health, 41:479-487.
- 0 Jessor, R. Turbin, S M, Casta, FM (1998). Protective Factor in Adolescent Health Behavior, Journal of Personality and Social Psychology, 75 (3): 788-800.

- 0 Kim, Y (2011). Adolescents Health Behaviors and its Associations with Psychological Variables, *Cen Eur J Public Health*, 19 (4): 205-209.
- 0 Kwan, Y.K & Ip, W.C (2009). "Adolescent Health in Hong Kong: Disturbing Socio-Demographic Correlates". *Social Indicators Research*, 91(2): 259-268.
- 0 Miller, C (2007). Social Anxiety Disorder (Social Phobia) Symptoms and Treatment, *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62 (12):24-9
- 0 Pender, NJ (2002). *Health Promotion in nursing practice*, Upper Saddle River NJ: Prentic Hall; 57-64
- 0 Rivas-Drake, D., Hughes, D, Way, N (2008). A closer look at peer discrimination, ethnic identity, and psychological well-being among urban Chinese American sixth graders". *Journal of Youth & Adolescence*, 37:12-21.
- 0 Seo HM, Sook HY (2004). A Study of Factors Influencing on Health Promoting Lifestyle in the Elderly - Application of Pender's Health Promotion Model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(7): 97-128.
- 0 WHO (World Health Organization), 2010. Report of Global Burden of Diseases.
- 0 Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.
- 0 Bandura, A, (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman .