مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره شانزدهم ، شماره سوم ، پاییز ۱۳۸۷، صفحات ٥٦-٤٩

نقش خودکارآمدی درپیش‌بینی رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۸٦

مریم حسین نژاد[۱]، منصوره عزیزاده فروزی*[۲]، سکینه محمدعلیزاده[۳]، دکتر علی اکبر حق دوست[٤]

چکیده

مقدمه: توجه به بهبود وضعیت تغذیه دختران نوجوان، که مادران نسل آینده خواهند بود، می‌تواند از مؤثرترین اقدامات بنیادین برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن سنین بعدی باشد. شناخت عوامل پیش‌بینی کننده رفتارها، یکی از مؤثرترین راه‌هایی است که می‌تواند جزو برنامه‌های پیشگیری در جوامع، به خصوص در کشورهای در حال توسعه قرار گیرد.

هدف: این مطالعه به منظورتعیین نقش پیش‌بینی کننده خود کارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای غذایی دختران مقطع دبیرستان شهر کرمان در سال ۱۳۸۶ صورت گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه همبستگی، دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمان به عنوان جامعه پژوهش و بر اساس مطالعه مقدماتی، نمونه پژوهش ۸۰۰ نفر تعیین شد. ۹۰۰ پرسشنامه توزیع گردید که در پایان ۸۱۲ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش تصادفی– خوشه‌ای صورت گرفت. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که در سه بخش شامل، سؤالات مربوط به ویژگی‌های فردی و عمومی، رفتارهای غذایی، خود کارآمدی رفتارهای غذایی تنظیم شده بود. اطلاعات پس از کسب روایی و پایایی مناسب جمع‌آوری و مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیشتر دانش آموزان مورد مطالعه (۵۷/۴ درصد) کمتر یا مساوی ۱۶ سال سن داشتند و درصد نمرات کسب شده در حیطه رفتار غذایی و خود کارآمدی آن به ترتیب ۶۶ و ۶۱ درصد بود. نتایج آنالیز رگرسیون دو متغیره، ارتباط معنی‌دار و مثبتی را بین میانگین نمره رفتار غذایی و خود کارآمدی آن (R=۰/۳۲، P=۰/۰۰۰۱) نشان داد که علاوه بر خود کارآمدی رفتار غذایی عواملی چون، تحصیلات پدر، ارزیابی وضع اقتصادی خانواده در مقایسه با سایرین از دید دانش‌آموزان، میزان اهمیت خانواده به مصرف غذای سالم، داشتن حق انتخاب مواد غذایی در خانواده، تعداد صرف وعده‌های غذا با خانواده و شغل مادر پیش‌بینی کننده رفتار غذایی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده، نقش پیش بینی کننده مفهوم خودکارآمدی را برای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نظیر رفتار غذایی بر طبق مدل Pender تأیید می‌کند، بنابراین از شیوه‌های افزایش خودکارآمدی از قبیل ترغیب کلامی، افزایش خودآگاهی نوجوانان نسبت به توانایی‌های خود و ارایه الگوهای مناسب برای آنها می‌توان به عنوان عوامل ارتقا دهنده رفتارهای بهداشتی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، رفتارغذایی، دانش‌آموزان دختر

مقدمه

نوجوانی، به عنوان دوره‌ای زودگذر توصیف شده که با بلوغ، شروع و تا اوایل بزرگسالی ادامه می‌یابد(۱). این دوره همچون پلی دوران کودکی را به بزرگسالی متصل می‌نماید. در این دوره تکاملی، تغییراتی در وضعیت بدن، تفکر و روابط

۱- کارشناس ارشد گروه پرستاری- گرایش بهداشت جامعه
*۲- نویسنده مسئول: مربی؛ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (دانشکده پرستاری و مامائی رازی)- تلفن : ۳۲۰۵۲۰۱-۰۳٤۱
تلفن همراه ۰۹۱۳ ۱٤۱ ۷۱۲۰ Email: forozy@gmail.com
۳-مربی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (دانشکده پرستاری و مامائی رازی)
٤- استادیار؛ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (دانشکده پزشکی)
تاریخ دریافت:۱۳۸٦/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش:۱۳۸۷/٦/۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

اجتماعی به وجود می‌آید و فرد به تکامل جسمی، روانی و جنسی دست می‌یابد و به تدریج مسئولیت سلامت خود را به عهده می‌گیرد(۲).

الگوی نیازهای بهداشتی نوجوانان، در سه دهه اخیر تغییر قابل توجهی کرده است. در گذشته، بیماری‌های عفونی علت اصلی مرگ و میر افراد ۱۳ تا ۱۹ ساله بود، درحالی که امروزه عوامل رفتاری، علت اصلی مرگ و میر و بیماری آنها می‌باشد(۳) در سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد که در سرتاسر جهان، بیماری‌های غیرواگیر به صورت یک معضل بهداشتی درآمده و فراوان‌تر از بیماری‌های عفونی شده است. بر اساس آمارهای این سازمان در طی دو دهه آینده، جهان با همه‌گیری بیماری‌های غیر واگیر مواجه خواهد شد. پیش‌بینی می‌شود که از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۰ میلادی مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها به میزان ۷۷ درصد افزایش یابد که بیشترین موارد آن در کشورهای درحال توسعه خواهد بود(۴). به همین منظور تغذیه سالم و انجام فعالیت‌های جسمی در برنامه‌های سلامت تا سال ۲۰۱۰ مد نظر قرار گرفته شده‌اند(۵). Lee و Yuen Loke معتقدند که این دو رفتار، جزیی از رفتارهای ارتقا سلامت می‌باشند(۲). رفتارهای ارتقا سلامت، فعالیت‌هایی می‌باشند که جهت نگهداری و یا افزایش سطح سلامت و خود شکوفایی فرد صورت می‌گیرند(۳). این رفتارها، بر الگوی مثبت زندگی که منجر به افزایش سطح سلامت و کیفیت زندگی می‌گردند، تأکید دارند(۶).

نتایج تحقیقاتی" طرح ملی نظام مراقبت و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر از دوران کودکی تا نوجوانی " (مطالعه کاسپین) که در سالهای ۸۳-۱۳۸۲ با حمایت سازمان بهداشت جهانی و وزارت خانه‌های بهداشت و آموزش و پرورش در۲۳ شهر ایران انجام شد، نشان داد عادات غذایی نا مطلوب در شیوه زندگی کودکان و نوجوانان جامعه ما، علاوه بر این‌که تهدیدی برای سلامتی این گروه سنی آسیب پذیر تلقی می‌شود بلکه در طی دهه آینده کشور ما را در معرض خطر همه‌گیری بیماری‌های غیرواگیر قرار خواهد داد(۴). تغییر در رفتارهای بهداشتی بهترین راه برای کاهش بیماری‌ها، مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی است درک عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار، اجرای مداخلات در راستای تغییر رفتار را تسهیل می‌نماید. برای بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بهداشتی، مدل Pender چهار چوب مناسبی است(۷). Pender در مدل ارتقا سلامت خود یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار را خودکارآمدی مطرح کرده است و در ۸۶ درصد مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقا سلامت وی صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی کننده رفتار، تأیید شده است(۸). Bendura که یکی از صاحب نظران در زمینه این مفهوم است، می‌نویسد: " خودکارآمدی علاوه بر رفتار، بر سایر عوامل پیش‌بینی‌کننده تأثیر می‌گذارد"(۹)

موفقیت انسان، احتیاج به تعهد، کاردانی و پشتکار دارد که این موارد از طریق خودکارآمدی حاصل می‌شود(۱۱). خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد اطمینان به توانایی خود برای انجام یک عمل ویژه می‌باشد(۸). که وابسته به احساس کنترل فرد بر محیط و رفتار خود است"(۱۱). عقاید مرتبط با خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می‌گذارند و تشکیل‌دهنده پی‌آمدهای رفتار انسان می‌باشند . افرادی که دارای خودکارآمدی بیشتری باشند، اهداف بالاتری را در نظر گرفته و متعهدتر گشته و در نتیجه رفتار آنها مطلوب‌تر می‌شود. در حالی که افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، نتیجه رفتار آنها مناسب نیست. خودکارآمدی مشخص می‌کند، افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند. افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، به آسانی در روبه روشدن با مشکلات متقاعد می‌شوند که، رفتار آنها بی‌فایده است و سریع دست از تلاش بر می‌دارند. در حالی که افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برداشته و در برابر مشکلات ایستادگی(۹) و بر امورکنترل بیشتری دارند و عدم اطمینان کمتری را تجربه می‌کنند(۱۲). از این رو درک خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقا دهنده سلامت شود(۱۱). لذا درک عاملی چون خودکارآمدی که بتواند در حضور این عوامل محیطی مانع از عادات و رفتارهای غیربهداشتی شود، ضروری است. لذا پژوهش حاضر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی در رفتارهای غذایی دختران مقطع دبیرستان انجام شد تا با تکیه بر نتایج این پژوهش بتوان در جهت تعدیل یا تغییر بعضی از رفتارها اقدام لازم صورت گیرد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که در آن ارتباط بین متغیرهای رفتار غذایی با خودکارآمدی اختصاصی، در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمان در سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش را دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمان(دولتی و غیرانتفاعی) تشکیل می‌دادند.(نمونه پژوهش این بررسی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان تشکیل داد). حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی بر روی ۲۷ دانش‌آموز دختر دبیرستانی تعیین گردید، که با توجه به این که میزان ضریب همبستگی کمتر از ۰/۰۱ به دست آمد و از آنجا که ضرایب همبستگی رگرسیون پایین‌تر از ۰/۰۱ تقریباً بی‌ارزش است و با در نظر گرفتن آلفا ۵٪ و بتا ۲۰٪، حجم نمونه ۷۸۲ نفر برآورد گردید. به دلیل احتمال افت نمونه ۹۰۰ پرسشنامه توزیع گردید و روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی- خوشه‌ای بود. دانش‌آموزانی در این پژوهش شرکت کردند که، قادر به پاسخ‌گویی به سؤالات بوده و به هر دلیل تحت رژیم غذایی خاصی نبودند. در پایان در این بررسی گردآوری داده‌ها توسط پرسشنامه‌ای که با استفاده از منابع معتبر و بخش‌هایی از پرسشنامه‌های موجود مانند پرسشنامه، Nezami(۱۳)، Lee و Yuen Loke(۲)، Erenglu(۱۴) و Yen Chen(۱۵)، ساخته شده بود، صورت گرفت. این پرسشنامه شامل سه بخش، بخش اول، ویژگی‌های فردی و سؤالات عمومی، بخش دوم شامل ۱۶ عبارت رفتارهای غذایی بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت(همیشه، اغلب، بعضی‌اوقات، به ندرت و هیچگاه) و بخش سوم شامل ۶ عبارت خودکارآمدی رفتار غذایی بود. عبارت‌های این بخش بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از اطمینان خیلی زیاد تا اطمینان خیلی کم) تنظیم شده بود. در محاسبه نمره، به عملکرد مثبت برای رفتارهای غذایی بر اساس مقیاس مذکور به ترتیب امتیاز ۱،۲،۳،۴،۵ تعلق گرفت و باور خودکارآمدی نیز به همین ترتیب محاسبه گردید.

در این پژوهش، جهت تعیین روایی ابزار، از روش روایی محتوا قبل از جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه‌ها توسط ۱۰ نفر صاحبنظر مورد بررسی قرار گرفت تا میزان انطباق آن را با اهداف پژوهش و هنجارهای فرهنگی مورد ارزیابی قرار دهند. پس از جمع‌آوری نظرات، تغییرات اصلاحی لازم صورت گرفت. روایی هریک از سؤالات در دو حیطه رفتارغذایی، خودکارآمدی رفتار غذایی، از ۰/۸ تا ۱ و روایی کل حیطه‌های مذکور به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹ به دست آمد.

جهت برآورد پایایی ابزار، قبل از جمع‌آوری داده‌ها، مطالعه مقدماتی بر روی ۲۷ دانش‌آموز مقطع دبیرستان انجام شد و ضریب پایایی ثبات درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای رفتار غذایی و خودکارآمدی آن به ترتیب ۰/۶۶ و۰/۷۲ و بعد از جمع‌آوری داده‌ها، به ترتیب ۰/۷۰ و۰/۸۳ به دست آمد. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، ANOVA و رگرسیون دو متغیره و چند متغیره استفاده شد. در تجزیه وتحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS.V .11/5 استفاده شد.

نتایج

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیشتر دانش‌آموزان مورد مطالعه (۵۷/۴درصد)، ۱۶≤ سال سن داشتند و درصد دانش‌آموزان سال اول (۳۲/۶) نسبت به بقیه سال‌ها بیشتر بود. نزدیک به یک سوم دانش‌آموزان از مدارس غیرانتفاعی بودند. نتایج همچنین نشان می‌دهدکه اکثر دانش‌آموزان مورد مطالعه (۹۴/۷درصد) فاقد بیماری و ۷۸/۸ درصد دارای مسکن شخصی بودند. در مورد متغیر موقعیت زندگی اکثر دانش‌آموزان (۹۲/۷ درصد) با هر دو والد و بقیه با یکی از والدین یا فرد دیگری زندگی می‌کردند. همچنین بیشتر دانش‌آموزان(۴۸/۷ درصد) وضع اقتصادی خود را در مقایسه با سایر دانش‌آموزان، خوب و تنها ۶/۲ درصد ضعیف گزارش کردند.

توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمان نشان داد که

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

بیشترین میانگین نمره (۴/۱) به مورد "سه وعده در روز غذا می‌خورم" تعلق گرفت. میانگین نمره بقیه عبارات بین ۳ تا ۳/۸ بود و اکثر دانش‌آموزان مقیاس" هیچگاه "را نسبت به عبارات دیگر کمتر انتخاب کردند(جدول ۱). توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی رفتارهای غذایی دانش‌آموزان نشان می‌دهد که بیشترین میانگین نمره (۳/۴) به مورد" من می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر، مجبور باشم تا آماده شدن آن صبر کنم" تعلق گرفت و کمترین میانگین نمره (۲/۴) مربوط به مورد" من می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر، طعم آن خوب نباشد" بود. میانگین نمره بقیه موارد خودکارآمدی ۳/۱ بود و اکثر دانش‌آموزان مقیاس " با اطمینان متوسط "را نسبت به عبارات دیگر بیشتر انتخاب کردند(جدول ۲). نتایج همچنین نشان داد که نمره کل رفتارهای غذایی و خودکارآمدی رفتار غذایی، واحدهای مورد پژوهش به ترتیب ۶۶ و ۶۱ درصد بود.

نتایج مدل رگرسیون چند متغیره برای تعیین ویژگی‌های فردی مؤثر در نمرات رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمان نشان داد که در مدل رگرسیون، به روش Enter تنها متغیرهایی که در رگرسیون دو متغیره معنی‌دار بودند، وارد شده‌اند. جدول فوق نشان می‌دهد که، به دلیل کم بودن R^2 ارتباط کلی نمرات رفتار غذایی با خود کارآمدی و ویژگی‌های دموگرافیک کم است. به طوری که با افزایش نمرات خود کارآمدی و افزایش هر سطح به تحصیلات پدر به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۴۱ نمرات رفتار غذایی افزایش می‌یابد. کسانی که وضع اقتصادی مناسب‌تری در مقایسه با سایرین دارند، ۱/۰۶ نمرات رفتار غذایی بالاتری را کسب می‌نمایند. همچنین کسانی که خانواده آنها به مصرف غذای سالم اهمیت می‌دهند و حق انتخاب مواد غذایی در خانواده دارند و وعده‌های غذایی بیشتری را با خانواده صرف می‌کنند به ترتیب به میزان ۲/۵۲ و ۲/۷ و ۱/۲۸ و کسانی که مادر آنها کارمند می‌باشد به میزان ۱/۶۴ نمرات بیشتری را کسب می‌نمایند (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر کرمان درسال ۱۳۸۶

شماره	رفتار غذایی	میانگین	انحراف معیار
۱	خوردن صبحانه	۳/۸	۱/۳
۲	صرف سه وعده غذا در روز	۴/۱	۱/۱
۳	آهسته غذا خوردن	۳/۴	۱/۳
۴	اضافه نکردن نمک به غذا	۳	۱/۴
۵	نوشیدن حداقل ۸-۶ لیوان آب در طول روز	۳/۳	۱/۳
۶	مصرف مرغ و ماهی بیش از گوشت قرمز	۳/۵	۱/۱
۷	نوشیدن حداکثر سه فنجان نوشیدنی کافئین دار روزانه	۳/۲	۱/۴
۸	خواندن برچسب محتوای محصولات غذایی	۳	۱/۳
۹	انتخاب رژیم غذایی کم چربی	۳/۱	۱/۲
۱۰	محدود کردن مصرف شکر و شیرینی‌جات	۳/۱	۱/۲
۱۱	انتخاب غذاهای بدون مواد نگهدارنده	۳	۱/۱
۱۲	صرف روزانه ۶-۴ تکه نان یا ۴ تا ۶ کفگیر سرصاف برنج یا ماکارونی و...	۳/۲	۱/۳
۱۳	مصرف روزانه ۳-۲ بار میوه	۳/۵	۱/۱
۱۴	مصرف روزانه ۳-۲ بار لبنیات	۳/۶	۱
۱۵	مصرف روزانه ۳-۲ بار سبزیجات	۳	۱/۱
۱۶	مصرف روزانه ۳-۲ بار مرغ، ماهی یا تخم مرغ یا حبوبات و آجیل	۳/۴	۱/۱
کل		۵۳/۲	۸/۴

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۲: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر کرمان در سال ۱۳۸۶

شماره	خودکارآمدی	میزان اطمینان به انجام					میانگین	انحراف معیار
		خیلی‌کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد		
۱	می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر مجبور باشم تا آماده شدن آن صبر کنم.	۸	۱۳/۸	۳۰/۹	۲۷/۳	۲۰	۳/۴	۱/۲
۲	می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر طعم آن خوب نباشد.	۲۶/۵	۳۰/۴	۲۴/۵	۱۲/۱	۶/۵	۲/۴	۱/۲
۳	می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر غذا را در خارج خانه با دوستان صرف کنم.	۱۰/۵	۲۱/۷	۲۹/۴	۱۹/۷	۱۸/۷	۳/۱	۱/۲
۴	می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر، به میهمانی دعوت شده باشم.	۱۲/۱	۱۹/۸	۲۹/۴	۲۱/۳	۱۷/۴	۳/۱	۱/۳
۵	می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر دیگران مانع من شوند.	۱۱/۱	۲۲/۲	۲۹/۱	۲۱/۲	۱۶/۴	۳/۱	۱/۳
۶	می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر حمایت زیادی از طرف دیگران دریافت نکنم.	۱۲/۹	۱۹/۱	۲۸/۵	۲۳/۲	۱۶/۳	۳/۱	۱/۳
کل		۱۳	۲۱	۲۹	۲۱	۱۶	۱۸/۳	۵/۴

جدول ۳: نتایج مدل رگرسیون چند متغیره در تعیین ویژگی‌های فردی مؤثر در نمرات رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر کرمان درسال ۱۳۸۶

رفتار غذایی	ضریب رگرسیون	اعتبار آماری	R^2	مقدار ثابت
نمره خودکارآمدی رفتار غذایی	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱		
میزان تحصیلات پدر	۰/۴۱۰	۰/۰۳۹		
وضع اقتصادی در مقایسه با سایرین	۱/۰۶	۰/۰۰۹	۰/۱۷۳	۴۰/۸۷
اهمیت خانواده به مصرف غذای سالم	۲/۵۲	۰/۰۴۴		
حق انتخاب مواد غذایی در خانواده	۲/۷	۰/۰۰۰۱		
صرف وعده های غذایی با خانواده	۱/۲۸	۰/۰۰۰۱		
شغل مادر	۱/۶۴	۰/۰۴۷		

بحث

موفقیت انسان احتیاج به تعهد، کاردانی و پشتکار دارد که این موارد از طریق خودکارآمدی حاصل می‌شود(۹). خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد اطمینان به توانایی خود برای انجام یک عمل ویژه می‌باشد(۱۰).

نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین میانگین نمره رفتار غذایی به ترتیب به رفتارهای غذایی "سه وعده در روز غذا می‌خورم با میانگین ۴/۱ " و " صبحانه می‌خورم با میانگین ۳/۸ " مربوط می‌شد و بررسی متغیرهای مرتبط با وضعیت غذایی دانش‌آموزان نشان داد که ۶۸/۶ درصد از آنها سه وعده غذایی را با خانواده صرف می‌کردند. با توجه به موارد فوق، متوجه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

می‌شویم که اکثر این موارد از جمله مواردی هستند که در فرهنگ ایرانی همیشه بر آن تأکید شده است. به خصوص در مورد تعداد وعده‌های غذایی که در خانواده‌های ایرانی ۳ وعده است و سعی می‌شود تا حد امکان وعده‌های غذایی به گونه‌ای تنظیم می‌شود که کلیه افراد با یکدیگر وعده‌های غذایی را صرف نمایند و حتی برنامه کلاسی اغلب مدارس در کرمان به گونه‌ای است که دانش آموزان می‌توانند وعده دوم غذایی یعنی نهار را با خانواده صرف کنند. Erenglu گزارش کرده است که، ۴۹ درصد از واحدهای پژوهش وی صبحانه صرف می‌کردند(۱۴). Lee و Yuenloke در گزارش تحقیق خود تحت عنوان " رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و جنبه‌های روانی اجتماعی دانشجویان" گزارش دادند که ۵۵ درصد دختران دانشجو صبحانه را حذف می‌کنند (۲). Story و Stang می‌نویسند که صبحانه بیشترین وعده غذایی است که نوجوانان آن را حذف می‌کنند. آنچه که مسلم است عوامل زیادی بر الگوی غذایی و رفتار غذایی نوجوانان تأثیر می‌گذارد. نظرات و عقاید نوجوان، خصوصیات خانواده‌ها، روش‌ها یا به عبارتی الگوی غذایی پدر و مادر، دوستان و علاوه بر آن وضعیت اقتصادی اجتماعی و تبلیغات می‌تواند از جمله این موارد باشد(۱۶).

نمره کل رفتارهای غذایی ۶۱ در صد بود که مطلوب نیست و عوامل متعددی از جمله عوامل فردی، اجتماعی– اقتصادی و فرهنگی می‌تواند بر رفتار غذایی تأثیر بگذارد به طوری که، Story و Stang در این زمینه می‌نویسند: عوامل فردی مانند، نگرش، عقاید، تمایلات، سیاستهای اقتصادی ـ اجتماعی، دسترسی به منابع غذایی، تبلیغات رسانه‌ای و آگهی‌ها، گروه‌های فرهنگی، هنجارهای اجتماعی ـ فرهنگی، ویژگی‌های خانواده، الگوی غذایی خانواده و تأثیر دوستان بر الگوی غذایی و رفتار غذایی نوجوان تأثیر می‌گذارند(۱۶).

نتایج مربوط به تعیین خودکارآمدی رفتارهای غذایی دانش‌آموزان نشان می‌دهد که، بیشترین میانگین نمره (۳/۴) به مورد" من می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر، مجبور باشم تا آماده شدن آن صبر کنم" تعلق گرفت.

Berman معتقد است که، خودکارآمدی رفتارهای مربوط به تغذیه در ۵ موقعیت مشخص می‌گردد که، یکی از این موقعیت‌ها، هنگام دسترسی به غذا است(۱۷). کمترین میانگین نمره(۲/۴) مربوط به مورد" من می‌توانم غذای سالم انتخاب کنم حتی اگر، طعم آن خوب نباشد" تعلق گرفت. ODea در پژوهش خود نشان داد که، یکی از موانع پذیرش غذای سالم در نوجوانان مزه آن است(۱۸). Story و Stang گزارش کردند که، به عقیده نوجوانان یکی از عوامل بسیار مهم برای انتخاب غذا، طعم و مزه آن است(۱۶) Rojas و همکاران عقیده دارند که، محیط اجتماعی تسهیلات را برای انتخاب غذای سالم برای نوجوانان فراهم نمی‌کند(۷).

در مدل آنالیز رگرسیون چندگانه، به روش Enter تنها متغیرهایی که در رگرسیون دو متغیره معنی‌داربودند، وارد شده‌اند. به دلیل کم بودن R^2 ارتباط کلی نمرات رفتار غذایی با خودکارآمدی و ویژگی‌های دموگرافیک کم است. به طوری که با افزایش نمرات خود کارآمدی و افزایش هر سطح به تحصیلات پدر به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۴۱ نمرات رفتار غذایی افزایش می‌یابد. بنابراین این متغیر نیز می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رفتار غذایی باشد. امانی و احمدی(۱۳۷۳) در تحقیق گزارش کردند که، سطح سواد در خرید، تهیه و مصرف مواد غذایی نقش دارد به طوری که، در افراد دارای مدرک دیپلم به بالا، ۹۴ درصد به طور روزانه از میوه‌های تازه استفاده می‌کردند (۱۹). Rojas و همکاران، گزارش کردند که سطح تحصیلات پدر، بر مصرف سبزیجات و میوه‌جات و غذاهای حاوی کلسیم نوجوانان مؤثر بوده است. به طوری که دانش‌آموزانی که پدر آنها تحصیلات بالاتری داشتند، مصرف سبزیجات و میوه‌جات بیشتری داشتند(۲۰).

نتایج نشان داد کسانی که وضع اقتصادی مناسب‌تری در مقایسه با سایرین دارند، ۱/۰۶ نمرات رفتار غذایی بالاتری را کسب می‌نمایند. بنابراین این متغیر می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رفتار غذایی باشد. در مدل ارتقا سلامت پندر(Pender)، یکی از عوامل پیش‌بینی کننده رفتار بهداشتی وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی است(۸) Korwanich یکی از عوامل مؤثر بر انتخاب

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

غذا را در کودکان وضعیت اقتصادی- اجتماعی گزارش نموده است(۲۱). Potter و Perry در مورد تأثیر درآمد بر انتخاب مواد غذایی می‌نویسند که درآمد و دانش در زمینه تغذیه بر انتخاب غذا تأثیر دارند (۲۲) نتایج نشان داد که دانش آموزانی که خانواده آنها به مصرف غذای سالم اهمیت می‌دهند و حق انتخاب مواد غذایی در خانواده را دارند و وعده‌های غذایی بیشتری را با خانواده صرف می‌کنند به ترتیب: ۲/۵۲ و ۲/۷ و ۱/۲۸ نمرات رفتار غذایی بالاتری را کسب می‌کنند. Pender در مدل ارتقا سلامت خود، حمایت های خانواده را به عنوان تأثیرات بین فردی مطرح نموده است که می‌تواند پیش‌بینی کننده رفتارهای ارتقا دهنده سلامت باشد. در مطالعاتی که براساس مدل ارتقا سلامت انجام شده است ۷۵ درصد آنها از تأثیرات بین فردی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار حمایت کرده‌اند(۱۰) که پیامنی در این مورد می‌نویسد که عوامل فرهنگی اجتماعی، خانواده و ویژگی‌های فردی بر الگوی تغذیه و فعالیت نوجوان تأثیر می‌گذارد(۲۳) یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار و مثبتی را بین میانگین نمره رفتار غذایی و خودکارآمدی آن (R=۰/۳۲، P=۰/ ۰۰۰۱) بر طبق رگرسیون دو متغیره نشان داد. در مطالعه Landis و همکاران، تحت عنوان "حمایت اجتماعی، دانش و خودکارآمدی به عنوان عوامل مرتبط با رفتار جلوگیری از پوکی استخوان در دختران" ضریب همبستگی بین خودکارآمدی و مصرف غذاهای حاوی کلسیم ۰/۲۶۹(P=۰/۰۱) گزارش شد(۲۴).

در مجموع مطالعه حاضر، که بر اساس بخشی از مدل ارتقا سلامت پندر(Pender) صورت گرفته، نقش پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی را برای رفتارهای غذایی بر طبق نتایج آنالیز رگرسیون تأیید می‌کند که با تحقیق Walker و همکاران(۷)، Von و همکاران(۲۵). همخوانی دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش که بیانگر نقش پیش‌بینی کننده خودکارآمدی در رفتارهای ارتقا سلامت نظیر تغذیه سالم است. مسئولین و مراقبین بهداشتی می‌توانند با طرح ریزی برنامه‌ریزی آموزش ارتقا سلامت، زمینه افزایش خودکارآمدی و به دنبال آن تغییر رفتار را نه تنها در دانش‌آموزان، بلکه در خانواده‌های آنها فراهم نمایند. همچنین مسئولین ارتباط جمعی نظیر رادیو- تلویزیون و مسئولین آموزش و پرورش از طریق حمایت از دختران نوجوان و ارایه الگوهای مناسب و فراهم آوردن امکانات، حس اطمینان به خود را در دانش‌آموزان در زمینه کسب سلامتی، افزایش دهند. پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد تا نقش پیش‌بینی کننده خود کارآمدی بر سایر رفتارهای بهداشتی نیز مورد ارزیابی قرارگیرد.

References

1- Spear JH, Kulbok AP. ***Adolescent health behaviors and related factors: A Review.*** PHN 2001; 18 (2): 82-93.

2- Lee TR, Yuen Loke TA. ***Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong.*** Public Health Nurs 2005; 22 (3): 209-20.

3- Yen Chen M, Wang KE, Jane YR, Mei LY. ***Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing.*** Pub Health Nurs 2003; 20 (2): 104-10.

٤- کلیشادی رویا، اردلان گلایل، غیرتمند ریاض، شیخ‌الاسلام ربابه .*آیا عادات غذایی جامعه ما سلامت امروز و فردای کودکان و نوجوانان را تامین می‌کند؟* مطالعه کاسپین. مجله بیماری‌های کودکان، ۱۳۸۴، دوره۱۵، شماره ۲ : ۱۰۹-۹۷.

5- Wong LD, Hockenberry JM. ***Nursing care of infants and children.*** St. louis: Mosby; 2003.

۶- غفاری نژاد علیرضا، پویا فاطمه. ***بررسی رفتار های ارتقا دهنده***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

www.epi.umn.edu/let/pubs/adol-book. shtm. (Accessed in: 11 Dec 2007).

17- Berman E. ***The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptom in a non-clinical sample***. Eat Behav 2006;7:79-90.

18- O'Dea AJ**.** ***Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents***. J Am Diet Assoc 2003; 103(4): 497-500.

۱۹- امانی رضا، احمدی مجید. ***بررسی عادات غذایی در مراجعه کنندگان مراکز بهداشتی ـ درمانی سمنان***. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۴، شماره ۱۳-۱۲: ۲۹-۲۴.

20- Rojas MR, Nunez H, Garita C, Mok Chen M. ***Psychosocial Aspects of Costa Rican Adolescents' Eating and Physical Activity Patterns.*** J Adolesc Health 2002; 31:212-19.

21- Korwanich K, Sheiham A, Srisuphan W, Srisilapanan P. ***Opinions of parents, teachers and school board members regarding healthy eating: a qualitative investigation of lay Thai people's perspectives***. J Med Assoc Thai 2007;90(5): 1014-20.

22- Potter P, Perry AG. ***Fundamentals of Nursing.*** 8th Ed, St. louis: Mosby; 2005.

۲۳- پیامنی شهلا. ***تأثیر تماشای تلویزیون بر رفتارهای بهداشتی کودکان***. فصلنامه علمی ـ پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد ،۱۳۸۴، شماره اول :۲۷-۲۱.

24- Landis C, Burant Ch, Drotar D, Morgan L, Trapl E, Kwoh K. ***Social support knowledge and self-efficacy as correlates of osteoporosis preventive behaviors among preadolescent females.*** J Pediatr Psychol 2003; 28(5):333-45.

25- Von Diane, Ebert Sh, Ngamvitroj A, Park N, Hee Kang D. ***Predictors of health behaviors in college students.*** J Adv Nurs 2004;48(5):463-74.

سلامت در معلمان شهر کرمان. مجله دانشکده دانشگاه علوم پزشکی گیلان،۱۳۸۱، شماره ۴۳: ۹- ۱ .

7- Walker NS, Pullen HC, Herzog M, Boeckner L, Hageman AP. ***Determinants of older rural women activity and eating.*** W J Nurs Res 2006; 28(4): 449-66.

8- Pender JN, Murdaugh LC, Parsons AM. ***Health promotion in nursing practice***. 5th ed, Upper Saddle River, Nurs J: Prentice Hall: 2006.

9- ***Bandura Albert. Health promotion by social cognitive means***. J Nutr Educ Behav 2004; 31(2): 143-64.

10- Maibach E, Murphy AD. ***Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement.*** Health Edu Res 1995; 10: 37-50.

11- Pajares F, Urdan T. ***Self-efficacy adolescent risk-taking behaviors and health & Schwarzer Ralf, Luszczynska Aleksandra. Self-efficacy of beliefs adolescents.*** London: IAP 2006: 139-59.

۱۲- هرگنهان بی ار، السون متیواچ. ***مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری***. ترجمه سیف، چاپ ششم، تهران: نشر دوران ،۱۳۸۲.

13- Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. ***Persian Adaptation (Farsi) of the General Self-EfficacyScale 1996***: Available at: http://userpage. fuberlin. de/~health/persean. htm. (Access in: 9 Dec 2007).

14- Erenglu N, Ayranci U, Son O**.** ***Eating habits reported by secondary school students in a city of west Turkey*** **.** Eat Behav 2005: 1-7.

15- Yen Chen M, Kathy J, Wang KE. ***Comparison of health- promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: Across-sectional questionnaire survey.*** Int J Nurs Stud 2005:1-10.

16- Story M, Stang J**.** ***Understanding adolescent eating behaviors.*** Guidelines for Adolescent Nutrition Services 2005. Availabe at http://

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]