



بررسی عوامل موثر بر اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سبک زندگی نوجوانان با کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

نویسندگان: فرخنده‌السادات ترابی^۱، مهدی مشکی^۲، جهانشیر توکلی‌زاده^۳، علی عالمی^۴

۱. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد،

تلفن تماس: ۰۹۱۲۷۹۰۰۳۴۰ Email: mmoshki@gmail.com

۳. دانشیار گروه علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۴. استادیار گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

چکیده

مقدمه: سبک زندگی ناسالم باعث بوجود آمدن خطرات بهداشتی مهم در نوجوانی و بیماری‌های غیرواگیر در بزرگسالی می‌شود. ارزیابی نیازهای آموزشی با استفاده از تئوری قبل از مداخله یک پایه و اساس برای برنامه‌ریزی آموزشی در ارتقای سبک زندگی است. هدف مطالعه حاضر بررسی عوامل موثر بر اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سبک زندگی دانش‌آموزان شهر گناباد با کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۱۷۵ دانش‌آموز در محدوده سنی ۱۵-۱۲ سال با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه طراحی شده بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زمینه سبک زندگی نوجوانان استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون چند گانه و آزمون مستقل t-test تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار (۱۳/۵ ± ۰/۹) سال به دست آمد. یافته‌ها نشان دادند کیفیت سبک زندگی با افزایش سن دانش‌آموزان و تحصیلات پدر کاهش می‌یابد. در تغذیه سالم ($P=0/438$) و عدم پذیرش سیگار و الکل ($P=0/256$) قصد با رفتار ارتباط نشان نداد. نگرش پیش‌بینی قابل توجهی برای قصد ($B=0/268$) و رفتار ($B=0/638$) تغذیه سالم بود. در فعالیت بدنی قصد توسط کنترل رفتار درک شده ($B=0/244$) و رفتار توسط هنجارهای ذهنی پیش‌بینی شد ($B=0/424$). در مدیریت استرس قصد با هنجارهای ذهنی ($B=0/455$) و رفتار با کنترل رفتار درک شده پیش‌بینی شد ($B=0/767$). در عدم پذیرش سیگار و الکل، نگرش ارتباط قوی با قصد ($B=0/829$) و کنترل رفتار درک شده ارتباط قوی با رفتار نشان داد ($B=0/311$).

نتیجه‌گیری: فقدان ارتباط بین قصد و رفتار نشان می‌دهد که عوامل جمعیت‌شناختی بجز قصد ممکن است رفتار در نوجوانان را تحت تاثیر قرار دهد و مداخلات آموزشی با تمرکز بر سازه کنترل رفتار درک شده به نظر می‌رسد راه مهمی برای رسیدن به رفتار مورد نظر باشد. رفتار فعالیت بدنی تحت تاثیر مستقیم ساختارهای اجتماعی قرار گرفت. بنظر می‌رسد ارتقای رفتارهای ورزشی در این گروه سنی با همکاری خانواده موفق‌تر باشد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، نوجوانان

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: ششم

بهمن و اسفند ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۴



مقدمه

بیش از حد چربی و کمتر از ۲۰ درصد، ۵ وعده یا بیشتر میوه و سبزی در روز می‌خورند(۵). طبق گزارش ذکر شده در مطالعه Sutterland و همکاران تنها ۱۵/۳ درصد از افراد ۱۸-۱۳ ساله در آمریکا و ۷-۰ درصد افراد ۱۵-۱۱ ساله در انگلیس از لحاظ جسمی فعال هستند و همچنین انتقال به دوره نوجوانی یک دوره شناخته شده کاهش فعالیت بدنی است(۶). در بسیاری از کشورهای غربی افزایش در شیوع سیگار کشیدن در نوجوانی وجود دارد، برای افراد ۱۳ ساله از ۳/۵ به ۱۲/۵ و در افراد ۱۵ ساله از ۱۷ به ۲۴/۵ درصد افزایش می‌یابد(۷). در مطالعه‌ای که توسط Korn و همکاران در دانش‌آموزان اسرائیلی گزارش شد که استرس رفتارهای بهداشتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و ناتوانی در کنار آمدن با استرس با افزایش وزن در ارتباط بود(۸). پژوهش‌های صورت گرفته در مدیترانه شرقی نیز بیانگر فراوانی عوامل خطرزای بیماری‌های غیرواگیر در کودکان و نوجوانان بوده است. بررسی ملی توسط Kelishadi و همکاران در ۲۳ استان ایران در دانش‌آموزان ۱۸-۶ ساله انجام شده نشان می‌دهند که سبک زندگی غیرفعال، تغذیه نامناسب و استعمال دخانیات یک مشکل قابل ملاحظه بهداشتی در نوجوانان می‌باشد(۹).

درک رفتارهای بهداشتی نوجوانان مهم است، زیرا رفتارهای ناسالم بیماری‌های غیرواگیر و عمده مرگ‌ومیرها را موجب می‌شود. علاوه بر این رفتارهای مرتبط با سلامت در نوجوانان هنوز بخوبی درک نشده است و نیاز به درک بهتری به منظور توسعه مداخلات است تا فعالیت‌های مربوط به سلامت نوجوانان را هدف قرار دهد این امر مهم می‌باشد زیرا رفتارها و فرآیندهای

ارزیابی نیازها یک مرحله حیاتی در فرآیند آموزشی است که منجر به بالا بردن سطح عملکرد و تغییر در عمل می‌شود(۱). علاوه بر این نیازسنجی به شناسایی منابع موجود یا عدم آن منابع در برنامه‌ریزی کمک می‌نماید که این یک ابزار قدرتمند برای شفاف‌سازی نیازهای واقعی جهت تصمیم‌گیری‌های آموزشی است(۲). با توجه به اینکه منابع موجود برای مراقبت‌های بهداشتی محدود هستند ارزیابی نیازهای بهداشتی یکی از نکات کلیدی برای ارتقای سلامت جامعه محسوب می‌شود(۳).

در حال حاضر بیماری‌های غیرواگیر اولویت نیازهای سلامت و بهداشت جامعه را تشکیل می‌دهند و این بیماری‌ها در حال تبدیل شدن به یک چالش عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان است. تاثیر ویرانگر این بیماری‌ها از نظر عوارض زودرس، مرگ‌ومیر، از دست دادن اقتصاد گسترده است و احتمال می‌رود بیماری‌های مزمن با رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات و مشروبات الکلی رخ دهد. درحالی که پیشگیری از این عوامل دارای اثرات مثبت بر کاهش نرخ بیماری و علل مرگ و میر دارد. طبق گزارش‌های انجام شده این نتیجه حاصل شد که ۸۰٪ از مرگ‌ومیر بعلت بیماری‌های قلبی، سکته مغزی، دیابت نوع دوم و ۴۰٪ از مرگ‌ومیرها ناشی از سرطان را می‌توان با سبک زندگی سالم از بین برد. اهمیت این گروه سنی این است که بسیاری از بیماری‌های جدی بزرگسالی در نوجوانی ریشه‌های خود را نهفته‌اند(۴).

علی‌رغم اهمیت سبک زندگی سالم در نوجوانی، بررسی‌ها در ایالات متحده نشان می‌دهند، بیش از ۶۰ درصد نوجوانان مصرف



دقت ۰/۰۵ با استفاده از فرمول $(n = Z^2 \delta^2 / d^2)$ ۱۶۷ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال از دست رفتن نمونه‌ها ۱۷۵ نفر وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی بود، ابتدا از تنها ناحیه آموزش و پرورش شهر گناباد، چهار مدرسه بصورت تصادفی انتخاب شدند. در ادامه در هر مدرسه از هر پایه تحصیلی یک کلاس به تصادف انتخاب شد. دانش‌آموزانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند و یا به اذعان نمونه‌ها سابقه بیماری جسمی و روانی ناتوان‌کننده داشتند از مطالعه خارج شدند. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه مربوط به سبک زندگی در سازه‌های TPB (طراحی شده در مرحله مقدماتی مطالعه بر روی ۳۰ دانش‌آموز) را تکمیل کردند. ابزار پژوهش پرسشنامه محقق‌ساخته روا و پایا بود که به صورت خود-ایفا و بدون نام تکمیل می‌شد. اعتبار این پرسشنامه بعد از تهیه جداول مشخصات و ارسال آن با فرم نظرخواهی به ده نفر متخصصین رشته آموزش بهداشت، تغذیه، روان‌شناسی و اپیدمیولوژی پس از انجام اصلاحات لازم تایید شد و پایایی آن نیز پس از انجام یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ دانش‌آموز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل سازه‌ها ۰/۹۲ تعیین گردید. پرسش‌نامه مشتمل بر ۶۴ سؤال در ۶ بخش، اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، شغل پدر، شغل مادر، تحصیل پدر، تحصیل مادر، محل سکونت و اقامت) و ۵ سازه TPB (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده، قصد و رفتار) بود. بخش نگرش در دو قسمت باورهای رفتاری و ارزشیابی پیامدی رفتاری در مورد مهم بودن رفتارهای سالم بهداشتی توسط ۱۲ عبارت سنجیده شد. به عنوان مثال، مصرف میوه و سبزیجات و یا فعالیت بدنی برای سلامتی مفید است. مصرف تنقلات باعث چاقی می‌شود. فعالیت بدنی منظم از بیماری‌ها پیشگیری می‌کند. هنجارهای ذهنی در دو

تصمیم‌گیری در سنین نوجوانی آموخته و در طول زمان پایدار می‌ماند (۱۰).

نظریه‌های متعددی پیشنهاد شدند که ممکن است درگیری فرد را در اتخاذ یک رفتار جدید توضیح دهند تا کنون تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (TPB: Theory of planned behavior) در ارتقای رفتارهای بهداشتی در نوجوانان موفق بوده‌است با توجه به TPB اتخاذ یک رفتار جدید با قصد شخص به انجام آن رفتار تعیین می‌شود. قصد بستگی به سه مولفه نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده دارد. نگرش نسبت به رفتار، ارزشیابی مثبت یا منفی در مورد انجام یک رفتار می‌باشد. هنجارهای ذهنی، به فشار اجتماعی درک شده توسط فرد برای انجام یا عدم انجام رفتار هدف اشاره دارد و در نهایت کنترل رفتار درک شده مربوط به درک شخص از منابع مورد نیاز و ظرفیت‌های خود شخص برای اتخاذ رفتار جدید می‌باشد (۱۱).

ارزیابی نیازها با استفاده از مدل قبل از اقدام بعنوان یک چارچوب مفهومی به منظور فراهم کردن یک پایه و اساس برای برنامه‌ریزی آموزشی در ارتقای سلامت است (۳). هدف مطالعه حاضر بررسی عوامل موثر بر اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سبک زندگی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود. جامعه هدف دانش‌آموزان ۱۵-۱۲ ساله شهر گناباد در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ بودند. حجم نمونه با توجه به انحراف معیار برگرفته از یک مطالعه مقدماتی پژوهش حاضر بر ۳۰ دانش‌آموز ($\bar{O} = 0/33$) و با اطمینان ۹۵ درصد،



۲۰ با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون مستقل t-test، ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش‌بینی قصد و رفتار از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۹۰ نفر (۵۱/۴ درصد) پسر و ۸۵ نفر (۴۸/۶ درصد) دختر بودند. دامنه سنی نمونه‌های مورد مطالعه ۱۵-۱۲ سال با میانگین و انحراف معیار (۱۳/۵ ± ۰/۹) بود. بیشترین شغل پدران (۴۴ درصد)، آزاد و مادران (۴۳/۳ درصد)، خانه‌دار بود. ۱۹ درصد والدین تحصیلات دانشگاهی داشتند. طبق یافته‌های این مطالعه تنها ۲۹/۷ درصد از نوجوانان روزانه دوبار میوه و سه بار سبزی مصرف می‌کردند. ۳۲ درصد تنقلات مضر و غذاهای حاضری مصرف می‌کردند. فقط ۱۲ درصد مصرف دو بار روزانه پروتئین مانند گوشت، تخم مرغ، حبوبات را ذکر کردند. ۲۹/۷ درصد افراد مصرف دوبار روزانه لبنیات را ذکر کرده و تنها ۱۴/۹ درصد شش بار غلات در روز مصرف می‌نمودند. همچنین ۳۴/۹ درصد نوجوانان فعالیت بدنی توصیه شده را رعایت می‌کردند. در مدیریت استرس تنها ۳۲ درصد موفق بودند و همچنین ۶۹ درصد نوجوانان بخصوص در پسران ممکن بود پیشنهاد سیگار و مشروبات الکلی را از سوی دوستان بپذیرند.

نمره سازه هنجارهای ذهنی سیگار و الکل در پسران بیشتر از دختران ($P=0/04$) و کنترل بر تغذیه ناسالم در دختران بیشتر از پسران بود ($P=0/02$). در سازه‌های دیگر بین پسران و دختران اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد. در این بررسی ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، سازه‌های TPB با یکدیگر

قسمت باورهای هنجاری و انگیزش برای پیروی (در رابطه با دوستان، خانواده، معلمین، پزشکان) در مورد درک دیگران مهم و انگیزه مخاطب برای تطابق با این دیدگاه افراد توسط ۱۲ عبارت سنجیده شد. به عنوان مثال، برای من مهم است که طبق نظر والدینم روزانه از میوه و سبزیجات کافی استفاده کنم و یا در فعالیت بدنی منظم شرکت نمایم. سازه کنترل رفتار درک شده نیز در دو قسمت باورهای کنترل شده و قدرت درک شده در مورد توانایی و کنترل رفتار، آسانی یا سختی انجام رفتار از جمله: خودم تصمیم می‌گیرم روزانه چه میزان میوه و سبزی مصرف نمایم، اگر اراده کنم می‌توانم حداقل سه بار در هفته ورزش شدید انجام دهم، اگر امکانات و فضا مناسب باشد ورزش برای من راحت می‌شود و... توسط ۱۲ عبارت سنجیده شد. قصد انجام کار، با استفاده از ۸ عبارت به تمایل برای انجام یا عدم انجام رفتارهای سلامتی سنجیده شد. به عنوان مثال: قصد دارم از ماه آینده بطور منظم در فعالیت بدنی شرکت کنم یا قصد دارم از ماه آینده میوه و سبزی سه بار روزانه مصرف نمایم. سنجش رفتار در مورد مصرف میزان توصیه شده گروه‌های غذایی در روز، انجام فعالیت بدنی (کم، متوسط، شدید) روزانه و هفتگی و رد نمودن پیشنهاد سیگار و الکل از سوی دوستان و مدیریت استرس در مجموع با ۱۲ عبارت اندازه‌گیری شد. ضریب پایایی سازه‌های یاد شده با ضریب آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۹۸، ۰/۹۹، ۰/۹۹، ۰/۹۸، ۰/۹۷ تعیین گردید. نمره‌گذاری این پرسشنامه در بخش‌های نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده و قصد بر اساس مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از "کاملاً مخالفم" نمره ۱ تا "کاملاً موافقم" نمره ۵ و در بخش رفتار از "هیچ وقت" نمره ۱ تا "همیشه" نمره ۵ صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه



شده ارتباط قوی با قصد داشت ($B=0/244$). در مدیریت استرس سازه‌ها و عوامل جمعیت‌شناختی ۹۵ درصد قصد به مدیریت استرس را پیش‌بینی کردند که هنجارهای ذهنی ارتباط قوی با قصد نشان دادند ($B=0/455$) و پیش‌بینی بعدی کنترل رفتار درک شده بود ($B=0/374$).

در سیگار و الکل عوامل ۹۵ درصد قصد به عدم پذیرش سیگار و الکل را پیش‌بینی کردند که نگرش ارتباط قوی با قصد داشت ($B=0/829$) و کنترل رفتار درک‌شده پیش‌بینی بعدی بود ($B=0/093$). عوامل جمعیت‌شناختی از جمله سن و تحصیلات پدر در اکثر موارد با قصد ارتباط معکوس نشان داده و تحصیلات مادر با قصد به سبک زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد (جدول ۲).

همبستگی و ارتباط مستقیمی دارند، تنها در سیگار و الکل نگرش با هنجارهای ذهنی و هنجارها با قصد و رفتار ارتباط معکوس نشان دادند، بدین معنی افرادی که از جانب دوستان تشویق و ترغیب به مصرف این مواد می‌شدند، مصرف این مواد را می‌پذیرفتند (جدول ۱).

در رابطه با پیش‌بینی قصد بر اساس TPB آزمون آنالیز رگرسیون چندگانه نشان داد که سازه‌های تئوری و متغیرهای جمعیت‌شناختی ۹۲/۶ درصد قصد به تغذیه سالم را پیش‌بینی کردند، در این میان نگرش ارتباط قوی با قصد داشت ($B=0/268$) و پیش‌بینی کننده بعدی کنترل رفتار درک‌شده بود ($B=0/167$). در فعالیت بدنی عوامل ۹۰ درصد قصد به فعالیت بدنی را پیش‌بینی کردند که کنترل رفتار درک

جدول ۱: ضریب همبستگی سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده با رفتار سبک زندگی (تعداد نمونه=۱۷۵)

متغیرها	تغذیه	فعالیت بدنی	مدیریت استرس	سیگار و الکل
نگرش و هنجارهای ذهنی	۰/۹۸**	۰/۹۶**	۰/۹۷**	-۰/۶۱**
نگرش و کنترل رفتار درک شده	۰/۸۸**	۰/۸۹**	۰/۸۷**	۰/۵۴**
نگرش و قصد	۰/۹۳**	۰/۸۴**	۰/۹۲**	۰/۹۷**
نگرش و رفتار	۰/۸۷**	۰/۷۳**	۰/۷۹**	۰/۸۳**
هنجار ذهنی و کنترل رفتار درک شده	۰/۸۷**	۰/۹۴**	۰/۹۰**	۰/۳۴**
هنجارهای ذهنی و قصد	۰/۹۲**	۰/۹۰**	۰/۹۲**	-۰/۴۳**
هنجارهای ذهنی و رفتار	۰/۸۳**	۰/۸۲**	۰/۷۶**	-۰/۵۸**
کنترل رفتار درک شده و قصد	۰/۸۸**	۰/۹۱**	۰/۹۶**	۰/۵۴**
کنترل رفتار درک شده و رفتار	۰/۸۰**	۰/۸۵**	۰/۸۸**	۰/۴۴**
قصد و رفتار	۰/۸۹**	۰/۸۸**	۰/۸۲**	۰/۸۴**
تحصیلات پدر و رفتار	-۰/۸۳**	-۰/۸۸**	-۰/۸۱**	-۰/۸۳**
تحصیلات مادر و رفتار	-۰/۸۷**	-۰/۸۸**	-۰/۸۳**	-۰/۷۹**
سن و رفتار	-۰/۸۸**	-۰/۸۲**	-۰/۷۹**	-۰/۸۵**



جدول ۲: پیش بینی قصد به سبک زندگی سالم توسط رگرسیون خطی چندگانه

متغیرها	تغذیه		فعالیت بدنی		مدیریت استرس		پذیرش سیگار و الکل	
	P	بتا استاندارد	P	بتا استاندارد	P	بتا استاندارد	P	بتا استاندارد
نگرش	۰/۰۱۷	۰/۲۶۸	۰/۰۸۱	۰/۴۴۵	۰/۰۱۶	-۰/۲۱۳	۰/۸۲۹	<۰/۰۰۱
هنجارهای ذهنی	۰/۹۴۱	-۰/۰۰۸	۰/۰۸۲	۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵	-۰/۰۳۰	۰/۵۱۳
کنترل رفتار درک شده	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۰/۲۴۴	۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷۴	۰/۰۹۳	۰/۰۰۶
سن	۰/۰۰۱	-۰/۲۳۹	-۰/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۲۲۵	-۰/۰۶۳	۰/۰۶۲
تحصیلات پدر	۰/۰۰۱	-۰/۲۹۰	-۰/۳۷۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲۷	-۰/۰۸۳	-۰/۱۴۷	۰/۰۱۰
تحصیلات مادر	۰/۰۸۲	-۰/۲۴۸	۰/۰۴۱	۰/۶۵۹	۰/۰۵۶	-۰/۱۱۲	۰/۰۹۱	۰/۱۰۶
	$R^2=۹۲/۶$		$R^2=۹۰$		$R^2=۹۵$		$R^2=۹۵$	

جدول ۳: پیش بینی رفتار سبک زندگی سالم توسط رگرسیون خطی چندگانه

متغیرها	تغذیه		فعالیت بدنی		مدیریت استرس		پذیرش سیگار و الکل	
	P	بتا استاندارد	P	بتا استاندارد	P	بتا استاندارد	P	بتا استاندارد
نگرش	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	-۰/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۴۷۳	۰/۱۱۲	۰/۳۸۲
هنجارهای ذهنی	۰/۰۰۱	-۰/۶۷۱	۰/۴۲۴	۰/۰۲	۰/۰۰۱	-۰/۶۹۷	-۰/۳۳۴	۰/۰۰۱
کنترل رفتار درک شده	۰/۰۱۹	-۰/۱۳۹	۰/۱۱۶	۰/۳۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷	۰/۳۱۱	۰/۰۰۱
قصد	۰/۴۳۸	۰/۰۶۹	۰/۲۰۲	۰/۰۳۰	۰/۰۰۱	-۰/۵۰۴	۰/۱۵۶	۰/۲۵۴
سن	۰/۰۰۱	-۰/۵۱۳	-۰/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	-۰/۲۱۳	-۰/۲۸۴	۰/۰۰۱
تحصیلات پدر	۰/۰۱۹	-۰/۱۹۰	-۰/۳۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	-۰/۲۸۶	۰/۰۴۴	۰/۶۶۴
تحصیلات مادر	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۱	-۰/۰۳۸	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	-۰/۳۹۸	-۰/۱۱۸	۰/۲۳۹
	$R^2=۹۰$		$R^2=۸۰$		$R^2=۸۵$		$R^2=۸۵$	

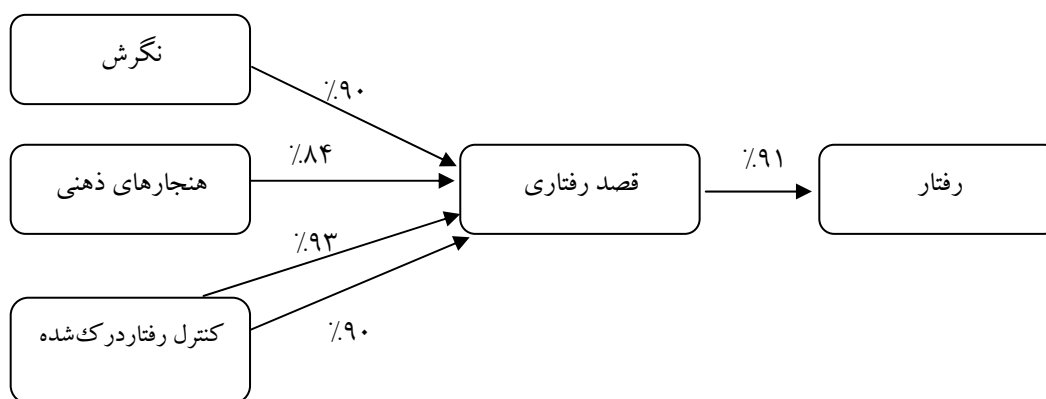
آزمون آنالیز رگرسیون چندگانه در پیش‌بینی رفتار سبک زندگی نشان داد، در تغذیه عوامل ۹۰ درصد رفتار را پیش‌بینی کردند گر چه در آنالیز رگرسیون تک‌گانه قصد به تنهایی ۸۹ درصد رفتار را پیش‌بینی نمود ولی با عوامل جمعیت شناختی قصد با رفتار تغذیه ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد ($P=۰/۴۳۸$) در این میان نگرش با رفتار ارتباط قوی و مستقیم نشان داد ($B=۰/۶۳۸$).

در رفتار فعالیت بدنی عوامل ۸۰ درصد رفتار را پیش‌بینی کردند که هنجارهای ذهنی ارتباط قوی با فعالیت بدنی نشان دادند ($B=۰/۴۲۴$) و قصد پیش‌بینی بعدی بود ($B=۰/۲۰۲$). در مدیریت استرس عوامل ۸۵ درصد رفتار را پیش‌بینی کردند که کنترل رفتار درک شده ارتباط قوی با رفتار درک‌شده ارتباط قوی با رفتار نشان داد ($B=۰/۷۶۷$). گرچه در رگرسیون تک‌گانه قصد به تنهایی ۸۴ درصد رفتار در عدم پذیرش سیگار و مشروبات الکلی را پیش‌بینی کرد ولی با عوامل جمعیت‌شناختی قصد با رفتار ارتباط

در رفتار فعالیت بدنی عوامل ۸۰ درصد رفتار را پیش‌بینی کردند که هنجارهای ذهنی ارتباط قوی با فعالیت بدنی نشان دادند ($B=۰/۴۲۴$) و قصد پیش‌بینی بعدی بود ($B=۰/۲۰۲$). در مدیریت استرس عوامل ۸۵ درصد رفتار را پیش‌بینی کردند که کنترل رفتار درک شده ارتباط قوی با رفتار درک‌شده ارتباط قوی با رفتار نشان داد ($B=۰/۷۶۷$). گرچه در رگرسیون تک‌گانه قصد به تنهایی ۸۴ درصد رفتار در عدم پذیرش سیگار و مشروبات الکلی را پیش‌بینی کرد ولی با عوامل جمعیت‌شناختی قصد با رفتار ارتباط



($B = 0/627$) در مقایسه با نگرش ($B = 0/547$) و هنجارهای ذهنی ($B = 0/197$) پیش‌بینی قابل توجهی به قصد بود و قصد قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای رفتار بود ($B = 0/645$) و سازه کنترل رفتار درک شده ۹۰ درصد رفتار سبک زندگی سالم ($B = 0/535$)، ($P = 0/001 < 0/001$) را پیشگویی نمود (شکل ۱).



شکل ۱: نمایش نتایج کلی پیش‌بینی قصد و رفتار سبک زندگی سالم توسط سازه‌های TPB

و عدم پذیرش سیگار و مشروبات الکلی بودند و نیز کیفیت سبک زندگی با افزایش سن دانش‌آموزان و تحصیلات پدر بتدریج کاهش می‌یافت. در همین راستا در مطالعاتی ذکر گردید که متوسط فعالیت بدنی تا ۷ درصد در هر سال بین سنین ۹-۱۵ ساله کاهش می‌یابد (۶). همچنین شیوع سیگار کشیدن برای افراد ۱۳ ساله از ۳/۵ به ۱۲/۵ و در افراد ۱۵ ساله از ۱۷ به ۲۴/۵ افزایش می‌یابد (۷). شواهدی در نوجوانان استرالیا نشان داد که با افزایش سن مصرف میوه و سبزی و فعالیت بدنی کاهش می‌یابد (۱۳). در ایران Yarmohammadi و همکاران در رابطه با مصرف غذاهای حاضری نشان دادند، نوجوانان با تحصیلات بالای والدین بیشتر از سایرین غذای حاضری می‌خورند (۱۴) که همه شواهد فوق مطالعه

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق در بررسی سبک زندگی دانش‌آموزان شهر گناباد، TPB به پیش‌بینی عوامل موثر بر قصد و رفتار سبک زندگی سالم نوجوانان پرداخت. این مطالعه نشان داد که عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی از جمله رژیم غذایی ضعیف، رفتارهای کم تحرکی در نوجوانان متداول بوده و نوجوانان با توجه به شرایط سنی خود می‌توانند در معرض خطر مواد مخدر و مشروبات الکلی باشند که با مطالعه Kelishadi و همکاران در نوجوانان ایرانی و مطالعه‌ای در عربستان سعودی در زمینه سبک زندگی نوجوانان هماهنگ بود (۱۲،۹). در پژوهش حاضر عوامل جمعیت‌شناختی از جمله سن دانش‌آموزان و تحصیلات والدین موانعی برای قصد به تغذیه سالم



جوانان بومی آمریکا نیز قصد رفتار غذا خوردن سالم را پیش‌بینی نکرد (۱۶). در این مطالعه سن و تحصیلات پدر بعنوان عواملی مهم در عدم ارتباط قصد با رفتار مشخص شدند. TPB بر این مفهوم استوار است که قصد عامل بلافصل رفتار است و مطالعاتی قصد را مهمترین پیشگویی رفتار نشان دادند

(۲۰-۲۲). TPB برای توضیح نیت نسبتاً خوب است اما پیش‌بینی رفتار واقعی را بخوبی قصد توضیح نمی‌دهد. در قصد مثبت هیچ تضمینی برای تغییر رفتار وجود ندارد بویژه برای رفتارهای پیچیده و عاداتی مثل تغذیه و فعالیت بدنی که بستگی به توانایی شخصی و فرصت‌های محیطی دارد (۲۳). بعنوان یک نتیجه، رفتار توسط عوامل دیگری بجز قصد مانند عوامل اجتماعی، فرهنگی، جمعیت‌شناختی تحت‌تاثیر قرار می‌گیرد (۱۶). در این پژوهش، نگرش بطور مستقیم رفتار تغذیه سالم را پیش‌بینی کرد، بر اساس شواهد نگرش تاثیر اساسی بر رفتار دارد و اغلب رفتارها تحت‌تاثیر نگرش هستند (۲۴-۲۶). هنگامی که مردم احساس کنند رفتار ممکن است به نتایج مثبت منجر شود، احتمال بیشتر وجود دارد که رفتار به تصویب برسد (۲۷). در مطالعه حاضر پیامدهای مثبتی از جمله پیشگیری از چاقی و بیماری‌های مزمن از عواملی بودند که نوجوانان به اتخاذ رفتار سالم تشویق شده بودند. با توجه به موارد فوق اجرای مداخله آموزشی به منظور اصلاح تغذیه، اشاره به پیامدهای مثبت تغذیه سالم به نظر لازم می‌رسد. از طرفی احتمال می‌رود هزینه بالای غذاهای سالم و دسترسی راحت به غذاهای ناسالم موانعی بودند که موجب شد کنترل رفتار درک‌شده با رفتار

ما را تایید می‌نمایند. از طرفی در پژوهش حاضر در متغیرهای مورد مطالعه بین دو جنس تفاوت آماری معنی‌دار ناچیزی مشاهده شد، مشابه با مطالعه حاضر، مطالعه‌ای در اتیوپی در زمینه پیشگیری از ایدز عدم تفاوت جنسیتی را ناشی از عوامل فرهنگی، اجتماعی، بیولوژیکی دانست (۱۵). در مطالعه ما نیز تفاوت ناچیز بین دو جنس احتمال دارد به تفاوت ناچیز فرهنگی و اجتماعی در این نمونه‌ها برگردد. تنها هنجارهای ذهنی در عدم پذیرش سیگار و الکل در پسران بیشتر از دختران بود، پسران بیشتر از سوی دوستان تشویق به مصرف این مواد می‌شدند و کنترل در تغذیه و امتناع از خوردن غذای ناسالم در دختران بیشتر از پسران بود. مطالعه‌ای توسط استفانی و همکاران در جوانان بومی آمریکا نیز نشان داد که خودکارآمدی یکی از پیشگویی‌های رفتار سالم غذا خوردن در دختران می‌باشد (۱۶). سازه‌های TPB در این بررسی با همدیگر و با قصد و قصد با رفتار همبستگی داشت، این حاکی از تایید فرض‌های موجود در این تئوری و اعتبار در جهت پیش‌بینی رفتار می‌باشد. در این پژوهش، سازه‌های تئوری و عوامل جمعیت‌شناختی درصد بالایی از قصد و به نوبه خود قصد درصد بالایی از رفتار را پیشگویی کردند که تقریباً با مطالعاتی هماهنگ بود (۱۷، ۱۸).

در پژوهش حاضر، نگرش پیش‌بینی قابل توجهی در قصد به تغذیه سالم بود و کنترل رفتار پیشگویی بعدی بود که با مطالعه‌ای در زمینه تغذیه سازگار بود (۱۹). در این مطالعه، قصد با رفتار تغذیه سالم ارتباط نشان نداد، هم‌راستا با مطالعه حاضر، مطالعه‌ای در



در مدیریت استرس هنجارهای ذهنی قادر به پیش‌بینی قصد بودند و کنترل رفتار درک‌شده پیشگویی بعدی بود که ارتباط این دو سازه با قصد همسو با مطالعه مارتین در ورزش کودکان بود (۳۱). اهمیت تأثیرات محیط اجتماعی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به رسمیت شناخته شده است (۳۲). در مطالعه ما، کنترل رفتار درک‌شده مستقل از قصد با طور مستقیم با رفتار مدیریت استرس ارتباط نشان داد، شواهدی مهم بودن کنترل رفتار درک‌شده را در رفتارهای مرتبط با سلامت نشان دادند (۳۳). ۵۶ مطالعه روی ۸۷ نوع رفتار مشخص شد که سازه کنترل رفتار درک‌شده بطور متوسط ۴۱ درصد قصد و ۳۴ درصد رفتار را پوشش می‌دهد (۳۴). در نمونه‌های مورد مطالعه ما خانواده مهمترین حامی برای دانش‌آموزان در مواقع بحرانی بودند، یک درک مثبت از حمایت والدین بنظر می‌رسد نقش مهمی در توسعه بالایی از اعتماد به نفس داشته باشد که بر کنترل نوجوانان در استرس تأثیر گذاشته باشد. برنامه آموزشی در مدیریت استرس باید سازه کنترل رفتار درک‌شده و هنجارهای ذهنی را هدف قرار دهد. در عدم پذیرش سیگار و مشروبات الکلی نگرش پیش‌بینی قابل توجهی به قصد بود و کنترل رفتار درک‌شده پیش‌بینی بعدی بود. یافته‌های مشابهی در رابطه با مصرف سیگار و الکل (۳۵)، مصرف تنباکو و الکل (۳۶) این را تایید نمودند. مطالعه‌ای توسط Islam و همکارش نشان داد نوجوانانی که قبلاً سیگاری بودند باورهای مثبت بیشتری در مورد سیگار کشیدن داشتند و همچنین در معرض خطر بالاتری از درگیر شدن در هرگونه رفتار سیگار کشیدن بودند (۳۷). اطلاعات ما نشان داد که نتایج منفی مثل بیماری‌های

ارتباط مستقیم، نشان ندهد. همسو با مطالعه ما، مطالعه Ying Goh و همکاران هزینه بالا و عدم دسترسی به غذاهای سالم را یکی از موانع تغذیه سالم برشمردند (۲۸). کنترل رفتار درک‌شده قوی‌ترین پیش‌بینی قصد به فعالیت بدنی بود که با مطالعاتی در زمینه پیاده‌روی کودکان تا مدرسه (۲۹) و فعالیت بدنی در نوجوانان (۳۰) سازگار بود. هنجارهای ذهنی قوی‌ترین پیش‌بینی برای رفتار فعالیت بدنی بودند، با توجه به کاربرد TPB در رفتارهای سلامتی هنجارهای ذهنی اثر کمتری نسبت به نگرش و کنترل رفتار درک‌شده بر رفتار داشته است (۱۶) و این برخلاف مطالعه حاضر می‌باشد، جمعیت مورد مطالعه خانواده گستر است و روابط اجتماعی قوی در این جامعه وجود دارد، یک حس قوی از حمایت خانواده و جامعه ممکن است توضیح دهد که چرا فعالیت بدنی بطور مستقیم تحت تأثیر فشارهای اجتماعی قرار گرفته است. قصد رفتار فعالیت بدنی را ضعیف پیش‌بینی کرد و کنترل رفتار با رفتار ارتباط نشان نداد. نداشتن انگیزه کافی، مهارت و توانایی برای درگیری در فعالیت بدنی، دخالت والدین ممکن بود بر عدم کنترل و تصمیم‌گیری ضعیف نوجوانان در انجام فعالیت بدنی اثر گذاشته باشد که تشویق و حمایت والدین به انجام فعالیت بدنی و نیز پیاده‌روی تا مدرسه می‌تواند موانع فعالیت بدنی در نوجوانان را کاهش بدهد و نیز انگیزه مناسب در این افراد ایجاد نماید. در مطالعه Yekaninejad و همکاران در نوجوانان قزوین ذکر شد اگر افراد امکانات و کنترل کافی برای انجام رفتار مورد نظر جهت نشان دادن قصد خود نداشته باشند، شرایط یا تسهیل‌کنندگی پایین می‌تواند از انجام رفتار مورد قصد جلوگیری کند (۱۸).



مشکل می‌باشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش اثر غیرمستقیم قصد نشان می‌دهد که عوامل دیگری علاوه بر قصد می‌توانند مورد استفاده برای توسعه استراتژی مداخله در ارتقای سبک زندگی سالم در نوجوانان باشند و از آنجایی که خانواده یک جزء با ارزش از فرهنگ جامعه پژوهش محسوب می‌شود، تشویق و حمایت والدین نیز در ارتقای این رفتارها مهم می‌باشد. یافته‌ها نیز نشان دادند که مداخلات آموزشی با تمرکز بر سازه کنترل رفتار درک شده به نظر می‌رسد، راه مهمی برای رسیدن به رفتار مورد نظر باشد. این مطالعه می‌تواند کمکی موثر در زمینه طراحی مداخله‌ای جامع در اصلاح سبک زندگی نوجوانان باشد. از آنجایی که حمایت خانواده یکی از عوامل تسهیل‌کننده در رفتار ورزشی بود، پیشنهاد می‌شود نیازسنجی سبک زندگی والدین با TPB انجام شود. از آنجایی که سبک زندگی متاثر از عوامل فردی و اجتماعی می‌باشد از تئوری‌های بین فردی نیز جهت نیازسنجی سبک زندگی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل مطالعه مقدماتی پایان نامه دانشجویی می‌باشد و با رعایت اصول اخلاقی دانشگاه گناباد انجام شده است. بدین وسیله از کلیه اساتید دانشگاه علوم پزشکی گناباد، اداره آموزش و پرورش، مدیران و دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر گناباد که نهایت همکاری را در اجرای این تحقیق داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1- Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002; 324(7330): 156-9. [PubMed]

خطرناک، کاهش طول عمر در رابطه مصرف سیگار و الکل با قصد بیشتری در رد نمودن پیشنهاد این مواد از سوی دوستان است. با توجه به موارد فوق اجرای مداخله آموزشی به منظور اصلاح نگرش در مورد سیگار کشیدن به نظر لازم می‌رسد. در عدم پذیرش سیگار و مشروبات الکلی قصد با رفتار ارتباط نشان نداد. سازه کنترل رفتار درک شده مستقل از قصد با رفتار ارتباط مستقیم نشان داد که مطالعاتی در زمینه پیشگیری از مواد مخدر و سیگار این را تایید نمودند (۳۹،۳۸) این نشان می‌دهد که رفتار توسط سایر عوامل بجز قصد به میزان بیشتری تحت تاثیر قرار می‌گیرد و نوجوانان با سطح بالایی از کنترل و خودکارآمدی، کمتر احتمال می‌رود پیشنهاد این مواد را از سوی دوستان بپذیرند. به نظر می‌رسد که مداخلات آموزشی با تمرکز بر کنترل رفتار درک شده در تصمیم اولیه سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی مهم باشد. در پژوهش حاضر تمامی سازه‌های تئوری از جمله سازه رفتار اندازه‌گیری شد و نیز تمامی مولفه‌های سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، استرس، سیگار و الکل) بررسی شدند از نقاط قوت پژوهش می‌باشد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان خود گزارش دهی در رفتار که عملکرد واقعی را منعکس نمی‌کند و نیز محدودیت زمانی در گردآوری داده‌ها اشاره نمود و اینکه پژوهش در مقطعی از زمان صورت گرفت، قصد آینده که تعیین‌کننده رفتار آینده است درست قابل ارزیابی نمی‌باشد و نیز تعمیم نتایج به کل جوامع بدلیل محدودیت سنی، طبقاتی و فرهنگی



- 2- Al Agili DE. A needs assessment for a master's program in dental public health in Jeddah Saudi Arabia. *Adv Med Educ Pract* 2013; 4: 55-68.
- 3- Ying Li, Cao J, Lin H, et al. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 181.
- 4- Khuwaja A, Khawaja S, Motwani K. Preventable lifestyle risk factors for non-Communicable diseases in the Pakistan adolescents schools study. *J Prev Med Public Health* 2011; 44(5): 210-7.
- 5- Long JD, Stevens KR. Using technology to promot self-efficacy for healthy eating in adolescents. *J Nurs Scholar* 2004; 36: 134-9.
- 6- Sutherland R, Campbell E, Lubans DR. A Cluster randomised trial of a school-based intervention to prevent decline in adolescent physical activity levels: study protocol for the 'Physical Activity 4 Everyone' Trial. *BMC Public Health* 2013; 13: 57.
- 7- Harakeh Z, Scholte R, Vermulst A. Parental factors and adolescents' smoking behavior: An extension of the theory of planned behavior. *Prevent Med* 2004; 39: 951-61.
- 8- Korn L, Gonen E, Shaked Y. Health perceptions, Self and Body Image, Physical Activity and nutrition among undergraduate students in Israel. *PLoS One* 2013; 8(3): e58543.
- 9- Kelishadi R, Ardalan G, Gheirat mand R, et al. Do the dietary habits of our community warrant health of children and adolescents now and infuture? *Caspian Study Iran J Pediatric* 2005; 2(15): 97-109. [Persian]
- 10- Schnall R, Okoniewski A, Tiase V. Using text messaging to assess adolescents' health information needs: An ecological momentary assessment. *J Med Internet Res* 2013; 15(3): e54. [Pubmed]
- 11- Malo C, Neveu X, Archambault PM. Exploring nurses' Intention to use a computerized platform in the resuscitation unit: Development and validation of a questionnaire based on the theory of planned behavior. *Interact J Med Res* 2012; 1(2): e5.
- 12- Al-Hazaa H M, Abahussain N A, Al-Sobayel HI. Lifestyle factors associated with overweight and obesity among Saudi adolescents. *BMC Public Health* 2012; 12: 354.
- 13- Scully M, Dixon H, White V, et al. Dietary, Physical activity and sedentary behaviour among Australian secondary students in 2005. *Int Health Promot* 2007; 22(3): 236-45.



- 14- Yarmohammadi P, Sharifirad GH R, Azadbakht L. Predictors of fast food consumption among high school students based on the theory of planned behavior. *J Health Sys Res* 1390; 4: 449-59. [Persian]
- 15- Abamecha F, Godesso A, Grima E. Intention to voluntary HIV counseling and testing among health professionals in Jimma zone, Ethiopia: the theory of planned behavior perspective. *BMC Public Health* 2013; 13: 140.
- 16- Fila SA, Smith C. Applying the theory of planned behavior to healthy eating behaviors in urban native American youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006; 3: 11.
- 17- Zoellner J, Estabrooks P, Davy B. Exploring the Theory of planned behavior to explain sugar-sweetened beverage consumption. *J Nutr Educ Behav* 2012; 44(2): 172-7.
- 18- yekaninejad M, Akaberi A, Pakpour A. Factors associated with physical activity in adolescents in Qazvin: an application of the theory of planned behavior. *J North Khorasan uni Med Sci* 2012; 4(3): 449-56. [Persian]
- 19- Nolan-clark DJ, Neale EP, Probsty C. Consumers' salient beliefs regarding dairy products in the functional food era: a qualitative study using concepts from the theory of planned behaviour. *BMC Public Health* 2011; 11: 843.
- 20- Trinh L, Plotnikoff RC, Rhodes RE. Correlates of physical activity in a population-based sample of kidney cancer survivors: an application of the theory of planned behavior. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 96.
- 21- Hill C, Abraham C, Wright DB. Can theory-based messages in combination with cognitive prompts promote exercise in classroom settings? *Soc Sci Med* 2007; 65(5): 1049-58.
- 22- Kelley K, Abraham C. RCT of a theory-based intervention promoting healthy eating and physical activity amongst out-patients older than 65 years. *Soc Sci Med* 2004; 59(4): 787-97.
- 23- Brug J, Oenema A, Ferreira I. Theory, evidence and Intervention mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2005; 33: 462-9.
- 24- Lautenschlager L, Smith C. Understanding gardening and dietary habits among youth garden program participants using the Theory of Planned Behavior. *Appetite* 2007; 49: 122-30.
- 25- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th Edition, John Wiley & Sons publishers: NewYork; 2008.



- 26- Sharma M, Romas J. Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. 2nd Edition, Jones & Bartlett publishers, Sudbury, 2011.
- 27- Didarloo AR, Shojaeizadeh D, Eftekhar Ardebili H, et al. Factors influencing physical activity behavior among Iranian women with Type 2 diabetes using the extended theory of reasoned action. *Diabetes Metab J* 2011; 35(5): 513-22.
- 28- Ying Goh Y, Bogart LM, Sipple-Asher BK, et al. Using community-based participatory research to identify potential interventions to overcome barriers to adolescents' healthy eating and physical activity. *J Behav Med* 2009; 32(5): 491-502.
- 29- Murtagh S, Rowe DA, Elliott MA. Predicting active school travel: The role of planned behavior and habit strength. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 65.
- 30- Godin G, Valois P, Lepge L. The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *J Behav Med* 1993; 16: 81-102.
- 31- Martin JJ, Hodges- Kulinna P, Mccaughtry N. The Theory of planned behavior: Predicting physical activity and cardiorespiratory fitness in African American children. *J Sport Exercise Psychol* 2005; 27(4): 456-69.
- 32- Ball k, Jeffery RW, Abbott G. Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010; 7: 86.
- 33- Mccaull KD, Sandgren H, Neill KO. The Value of the theory of planned behavior, perceived control, and self-efficacy expectations for predicting health-protective behaviors. *Basic App Social Psychol* 2010; 7: 231-52.
- 34- Godin G, Kok G. The Theory of Planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promo* 1996; 11: 87-98.
- 35- Mary Jane S H. The Theory of planned behavior applied to cigarette smoking in African-American, Puerto Rican, and non-hispanic white teenage females. *Nurs Res* 1997; 3: 155-62.
- 36- Mcmillana B, Conner M. Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychol Health Med* 2010; 19: 317-28.
- 37- Islam S, Johnson CA. Influence of known psychosocial smoking risk factors on Egyptian adolescents' cigarette smoking behavior. *Health Promot Int* 2005; 20: 135.



38- Godin G, Valois P, Lepage L. Predictors of smoking behaviour: an application of Ajzen's theory of planned behavior. *Br J Addic* 2006;9: 1335-43.

39- Karimy M, Niknami SH, Hidarnia AR. Intention to start cigarette smoking among Iranian male adolescents: usefulness of an extended version of the theory of planned behavior. *Heart Asia* 2012; 4(1): 120-4.



Examining the Influential Factors in Adopting Lifestyle-promoting Behaviors in Adolescents Using Theory of Planned Behavior

Torabi F(MSc)¹, Moshki M(PhD)², Tavakolizade J(PhD)³, Alami A(PhD)⁴

1. MSc, Department of Health Education, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2. Corresponding Author: Associate Professor Department of Health Education, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabd, Iran,
3. Associate Professor of Educational Psychology, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
4. Assistant Professor of Epidemiology, School of Health, Social Development and Health Promotion Research Center, Medical sciences and Health Services, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Abstract

Introduction: Unhealthy life style causes health risks as well as non-communicative diseases in the adulthood. Theory- based educational needs assessment before-intervention can be introduced as a basis among adolescents regarding education planning in lifestyle promotion. Therefore, this study aimed to examine the influential factors in adopting lifestyle-promoting behaviors in adolescents using theory of planned behavior.

Methods: In this cross-sectional analytic study, a sample of 175 students, aged 12-15 years, were selected via multistage random sampling. In order to glean the study data, a questionnaire was utilized based on constructs of planned behavior theory with regard to adolescent's life style. The study data were analyzed using SPSS software (ver. 20) via Pearson correlation, independent t-test and multi factorial regression.

Results: The students' mean age was reported 13.5, 0.9 years. Quality of life decreased with increasing age of the students and their fathers' education level. No association was found between intention and behavior in healthy eating ($P= 0.438$) as well as smoking and alcohol rejection ($p= 0.256$). Healthy eating behavior ($B=0.638$) and intention ($B=0.268$) were most predicted by attitude. Intention in physical activity was most predicted by perceived behavioral control ($B=0.244$) and behavior ($B=0.424$) was most predicted by the subjective norms. Regarding stress management, intention was most predicted by subjective norms ($B=0.455$) and behavior was most predicted by the perceived behavioral control ($B=0.767$). In smoking and alcohol rejection, attitude ($B=0.829$) showed a strong association with intention and perceived behavioral control ($B=0.311$) revealed a strong relationship in regard with behavior.

Conclusion: Lack of association between intention and behavior demonstrated that demographic variables, except for intention, may affect behavior in adolescents. Educational interventions focusing on perceived behavioral control construct seem to be an important way to achieve the healthy behavior. Since physical activity behavior was directly affected by the subjective norms, promoting exercise behaviors in the age groups will be more successful with the family cooperation.

Keywords: Adolescents; Life style; Theory of Planned Behavior