DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 20, No. 4, Winter

Received: 23.08.2023 Accepted: 24.02.2024 Published: 04.01.2025

The Prevalence of Health-Promoting Behaviors among Sixth-Grade Elementary Students in Isfahan City, Iran

Maedeh Rahimi-Eskandari[1], Maryam Amidi-Mazaheri[2], Mohammad Javad Tarrahi[3]

Original Article

Abstract

Background: Health-promoting behaviors encompass a range of behaviors that empower individuals to take charge of their health and other members of society. Considering that many high-risk behaviors are formed early in life, this study aimed to investigate health-promoting behaviors and the factors influencing them among sixth-grade elementary school students in Isfahan City, Iran, in 2023.

Methods: This cross-sectional study was conducted with participation of 201 boy and girl elementary school students selected through two-stage cluster random sampling. Health-promoting behaviors were assessed using a standard questionnaire, Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP), and a demographic characteristics questionnaire also was used. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical tests with SPSS software.

Findings: The average score for health-promoting behaviors was 137.33 ± 18.97. The highest average score was observed in the self-actualization dimension, which was 31.89 ± 4.35, while the lowest average score was in the stress management dimension, at 12.98 ± 3.12. Overall, 5.5% of students were classified as having good health, 73.5% were at an average health level, and 22.7% were categorized as having undesirable health. A significant difference was found between girls and boys only in the dimension of self-actualization; no significant differences were observed in the other dimensions.

Conclusion: Considering that few students were in good health, it is necessary to develop a health promotion behavior training program for this age group to enhance their physical and mental health.

Keywords: Health promotion; Students; Primary schools

Citation: Rahimi-Eskandari M, Amidi-Mazaheri M, Tarrahi MJ. **The Prevalence of Health-Promoting Behaviors among Sixth-Grade Elementary Students in Isfahan City, Iran.** J Health Syst Res 2025; 20(4): 357-62.

1- MSc Student, Student Research Committee AND Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Maryam Amidi-Mazaheri: Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: maryamamidi@hlth.mui.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564]

DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564 Published by Vesnu Publications

بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بین دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲

مائده رحیمی اسکندری[۱]، مریم عمیدی مظاهری[۲]، محمد جواد طراحی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به مجموعه‌ای از رفتارهایی گفته می‌شود که افراد را توانمند می‌کند تا از سلامت خود و دیگر افراد جامعه مراقبت نمایند. با توجه به این که بسیاری از رفتارهای پرخطر در اوایل زندگی شکل می‌گیرد، پژوهش حاضر با هدف بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بین دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام گردید.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۲۰۱ دانش‌آموز دختر و پسر پایه ششم ابتدایی که به صورت تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گرفت. اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه استاندارد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت Walker (Health-Promoting Lifestyle Profile یا HPLP) و پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS موردتجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، ۱۸/۹۷ ± ۱۳۷/۳۳ به دست آمد. بیشترین و کمترین میانگین کسب شده به ترتیب مربوط به ابعاد خودشکوفایی و مدیریت استرس با ۴/۳۵ ± ۳۱/۸۹ و ۳/۱۲ ± ۱۲/۹۸ بود. به طور کلی، ۵/۵ درصد از دانش‌آموزان در سطح خوب سلامتی، ۷۳/۵ درصد در سطح متوسط و ۲۲/۷ درصد از آن‌ها در سطح نامطلوب سلامتی قرار داشتند. فقط در بعد خودشکوفایی بین دختران و پسران اختلاف معنی‌داری وجود داشت و در سایر ابعاد اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: تدوین برنامه آموزش رفتارهای ارتقای سلامت در این گروه سنی مورد نیاز است تا موجب ارتقای سلامت جسمی و روانی آن‌ها گردد.

واژه‌های کلیدی: ارتقای سلامت؛ دانش‌آموزان؛ مدارس ابتدایی

ارجاع: رحیمی اسکندری مائده، عمیدی مظاهری مریم، طراحی محمد جواد. **بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بین دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۳؛ ۲۰ (۴): ۳۶۲-۳۵۷

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۵ تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵

مقدمه

رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به مجموعه‌ای از رفتارهایی گفته می‌شود که افراد را توانمند می‌کند تا از سلامت خود و دیگر افراد جامعه مراقبت نمایند (۱). این رفتارها شامل شش بعد «خودشکوفایی، مسؤولیت‌پذیری سلامتی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و تغذیه» می‌باشد (۲).

یکی از چالش‌های قرن حاضر در سراسر دنیا بار ناشی از بیماری‌های غیر واگیر است (۴، ۳). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، امروزه ۶۰ درصد از مرگ و میر جهانی و ۸۰ درصد از مرگ و میر در جوامع در حال توسعه به دلیل بیماری‌های غیر واگیر است که به دنبال عدم رعایت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت می‌باشد و به نظر می‌رسد این آمار در جهان تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ درصد رشد خواهد کرد (۳). در ایران نیز ۴۷ درصد از مرگ و میرها ناشی از چاقی، پرفشاری خون، افزایش قند خون و کلسترول بالای خون، مصرف سیگار و قلیان، تغذیه ناسالم وکم‌تحرکی می‌باشد. پیش‌بینی شده است که این عدد تا سال ۱۴۰۴ به ۷۰ درصد برسد (۳)، اما انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت می‌تواند از بسیاری از بیماری‌های غیر واگیر در دراز مدت پیشگیری کند (۴).

مسأله مهم این است که شش بعد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت از دوران نوجوانی و قبل از آن شکل می‌گیرد و پایه‌گذاری می‌شود وحتی ۵۰ درصد از مرگ‌های زودرس، ارتباط معنی‌داری با رفتارهای اوایل زندگی دارد (۶، ۵). همچنین، رفتار کودکان در دوره دبستان پیش‌بینی‌کننده میزان پیشرفت و خودشکوفایی آن‌ها در آینده می‌باشد (۷).

پژوهش‌های زیادی در خصوص رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در بزرگسالان، دانشجویان، دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم و حتی متوسطه اول صورت گرفته (۱۰-۸، ۱)، اما به دلایل مختلف از جمله بروز کم بیماری‌های غیر واگیر در گروه سنی دبستان، ظاهراً از اهمیت بررسی سلامت در این گروه سنی کاسته (۱۱) و مطالعات بسیار کمی بر روی دانش‌آموزان دبستانی انجام شده است.

در ایران دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله حدود ۲۷ درصد از جمعیت را به خود اختصاص داده‌اند (۱۱). با توجه به این که بسیاری از رفتارهای پرخطر در این سن شکل می‌گیرد و رفتارهای دوران بزرگسالی ریشه در این دوره و حتی قبل از آن دارد، لزوم توجه به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در این گروه سنی اهمیت بسزایی دارد. از طرف دیگر، با وجود تشابه نوع رفتار بهداشتی و غیر بهداشتی در

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: مریم عمیدی مظاهری؛ استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: maryamamidi@hlth.mui.ac.ir

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564]

این دوران با دوران بزرگسالی، این دوره سنی مستلزم توجه ویژه است (۸). همچنین، جهت طراحی برنامه‌های پیشگیرانه برای این گروه، بررسی دقیق رفتارهای مرتبط با سلامت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بین دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه با هدف تحلیل رفتارهای ارتقای سلامت دانش‌آموزان دختر و پسر پایه ششم ابتدایی شهر اصفهان انجام شد. بر اساس تحقیق ماهری و همکاران (۱۲)، حجم نمونه با استفاده از فرمول فاصله اطمینان برای نسبت محاسبه گردید. به فرض این که این نسبت ۳۰ درصد، دامنه اطمینان ۹۵ درصد و خطای قابل قبول ۶ درصد باشد، حجم نمونه با احتساب ریزش، ۲۴۰ نفر تعیین شد که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام گردید. در مرحله اول، یکی از مناطق شش‌گانه اداره کل آموزش و پرورش اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از لیست مدارس ابتدایی دولتی منطقه منتخب، دو مدرسه ابتدایی دخترانه و یک مدرسه ابتدایی پسرانه به صورت تصادفی انتخاب و کلیه افراد این مدارس مورد بررسی قرار گرفتند. پس از هماهنگی با مدیران مدارس منتخب، از هر مدرسه ۳ کلاس پایه ششم به صورت تصادفی انتخاب گردید و کلیه دانش‌آموزان آن‌ها که واجد معیارهای ورود (تکمیل و امضای رضایت‌نامه کتبی توسط دانش‌آموز و والدین) بودند، در پژوهش شرکت نمودند. تکمیل ناقص پرسش‌نامه نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. هدف از انجام طرح و نحوه اجرا به صورت کامل برای کلیه شرکت‌کنندگان توضیح و اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌باشد.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک (جنسیت دانش‌آموز، وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات والدین) و پرسش‌نامه استاندارد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت Walker (Health-Promoting Lifestyle Profile یا HPLP) جمع‌آوری گردید (۱۳). این پرسش‌نامه توسط محمدی زیدی و همکاران به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۴). در مطالعه آن‌ها، ضریب Cronbach´s alpha برای کل ابزار، ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها، از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ به دست آمد. نحوه نمره‌گذاری پاسخ‌ها به صورت مقیاس طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳، همیشه = ۴) و حداقل و حداکثر نمره پرسش‌نامه به ترتیب ۴۹ و ۱۹۶ می‌باشد (۱۴).

پرسش‌نامه HPLP شامل ۴۹ سؤال است که شش بعد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت شامل خودشکوفایی (سؤالات ۱–۱۰)، مسؤولیت‌پذیری سلامتی (سؤالات ۱۱ تا ۲۲)، ارتباط بین فردی (سؤالات ۲۳ –۳۰)، مدیریت استرس (سؤالات ۳۱–۳۵)، فعالیت فیزیکی (سؤالات ۳۶–۴۲) و تغذیه (سؤالات ۴۳–۴۹) را ارزیابی می‌کند. در طبقه‌بندی کیفی انجام شده، چنانچه نمره دانش‌آموز کمتر از ۵۰ درصد نمره کل باشد، نا مطلوب، بین ۸۰–۵۰ درصد متوسط و بیشتر از ۸۰ درصد نمره کل، خوب در نظر گرفته شد (۱۵).

جهت گزارش متغیرهای کمی (ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت) از میانگین و واریانس و برای متغیرهای کیفی (طبقه‌بندی رفتارها به صورت نامطلوب، متوسط و مطلوب) از تعداد و درصد استفاده گردید. به منظور مقایسه ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به تفکیک جنسیت در صورت برقراری پیش‌فرض‌ها از آزمون Independent t و در صورت عدم تحقق پیش‌فرض‌ها از آزمون Mann-Whitney استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۲۴۰ پرسش‌نامه توزیع شده، ۲۰۱ پرسش‌نامه به طور کامل تکمیل گردید (درصد مشارکت: ۸۴ درصد). ۵۴/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دختر و ۷۷/۶ درصد از مادران خانه‌دار بودند. ۲۱/۴ درصد از مادران و ۲۴/۴ درصد از پدران تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین، ۴ درصد پدران بیکار و بقیه شاغل و یا بازنشسته بودند. ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مشاهده نشد.

میانگین نمره ابعاد مختلف و نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دانش‌آموزان به تفکیک جنسیت در جدول ۱ مقایسه شده است. میانگین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بین کل دانش‌آموزان، ۱۸/۹۶ ± ۱۳۷/۳۳ بود. بیشترین میانگین کسب شده مربوط به بعد خودشکوفایی با نمره ۴/۳۴ ± ۳۱/۸۹ و کمترین آن مربوط به مدیریت استرس با نمره ۳/۱۲ ± ۱۲/۹۸ بود. فقط در بعد خودشکوفایی بین دختران و پسران اختلاف معنی‌دار وجود داشت و پسران در این بعد بالاتر از دختران بودند، اما سایر ابعاد اختلاف معنی‌داری را نشان نداد.

وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت کل دانش‌آموزان به تفکیک ابعاد مختلف در جدول ۲ ارایه شده است. به طور کلی، ۵/۵ درصد از دانش‌آموزان در سطح خوب سلامتی، ۷۳/۵ درصد در سطح متوسط و ۲۲/۷ درصد از آن‌ها در سطح نامطلوب سلامتی قرار داشتند. ۸۴ نفر (۴۱/۸ درصد) در بعد مسؤولیت‌پذیری سلامتی، ۴۶ نفر (۲۲/۹ درصد) در بعد ارتباط بین فردی، ۹۰ نفر (۴۴/۸ درصد) در بعد مدیریت استرس، ۶۳ نفر (۳۱/۳ درصد) در بعد فعالیت فیزیکی و ۷۴ نفر (۳۶/۸ درصد) در بعد تغذیه وضعیت نامطلوبی داشتند.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بین دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی شهر اصفهان بود و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در شش جنبه «خودشکوفایی، مسؤولیت‌پذیری سلامتی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و تغذیه» مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در پسران اندکی بالاتر از دختران بود، اما این اختلاف معنی‌دار نبود. رضایی و همکاران (۱۰) و رعیت و همکاران (۸) در مطالعات خود اختلاف معنی‌داری را در نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بین پسران و دختران گزارش نکردند که با یافته‌های تحقیق حاضر هم‌راستا بود. به طور کلی، در بین ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، خودشکوفایی و بعد از آن ارتباط بین فردی در وضعیت خوبی قرار داشتند.

در بعد خودشکوفایی، تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران مشاهده شد؛ به طوری که نمره خودشکوفایی در پسران بالاتر از دختران بود که همسو با پژوهش سالاری و همکاران (۱۶) بود. در مطالعه معینی و همکاران در دانش‌آموزان دبیرستانی نیز بالاترین میانگین مربوط به خودشکوفایی بود (۱۱) که با نتایج تحقیق صادق تبریزی و همکاران در نوجوانان (۱۷) مشابهت داشت.

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564]

جدول ۱. مقایسه ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دختران و پسران

متغیر	محدوده ممکن	جنسیت	میانگین ± انحراف معیار	مقدار P
خودشکوفایی	۴۰-۱۰	دختر	۳۰/۹۸ ± ۴/۴۹	۰/۰۰۱
		پسر	۳۲/۹۸ ± ۳/۹۲	
		کل	۳۱/۸۹ ± ۴/۳۵	
مسؤولیت‌پذیری سلامتی	۴۸-۱۲	دختر	۳۱/۱۶ ± ۵/۶۳	۰/۱۱۷
		پسر	۲۹/۷۱ ± ۷/۱۲	
		کل	۳۰/۵۱ ± ۶/۳۷	
ارتباط بین فردی	۳۲-۱۸	دختر	۲۳/۰۶ ± ۴/۴۹	۰/۱۳۳
		پسر	۲۴/۰۲ ± ۴/۴۶	
		کل	۲۳/۵۰ ± ۴/۴۹	
مدیریت استرس	۲۰-۵	دختر	۱۲/۸۹ ± ۳/۱۳	۰/۶۵۷
		پسر	۱۳/۰۹ ± ۳/۱۳	
		کل	۱۲/۹۸ ± ۳/۱۲	
فعالیت فیزیکی	۲۸-۷	دختر	۱۹/۳۷ ± ۳/۹۹	۰/۷۱۶
		پسر	۱۹/۵۹ ± ۴/۵۹	
		کل	۱۹/۴۷ ± ۴/۲۶	
تغذیه	۲۸-۷	دختر	۱۹/۶۰ ± ۳/۹۴	۰/۵۰۵
		پسر	۱۸/۷۷ ± ۴/۴۲	
		کل	۱۸/۹۹ ± ۴/۱۶	
کل	۱۹۶-۴۹	دختر	۱۳۶/۶۴ ± ۱۸/۹۲	۰/۵۷۵
		پسر	۱۳۸/۱۶ ± ۱۹/۹۱	
		کل	۱۳۷/۳۳ ± ۱۸/۹۷	

جدول ۲. وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دانش‌آموزان

متغیر	نامطلوب	متوسط	مطلوب
خودشکوفایی	۸ (۴/۰)	۱۳۳ (۶۶/۲)	۶۰ (۲۹/۹)
مسؤولیت‌پذیری سلامتی	۸۴ (۴۱/۸)	۱۰۵ (۵۲/۲)	۱۲ (۶/۰)
ارتباط بین فردی	۴۶ (۲۲/۹)	۱۱۰ (۵۴/۷)	۴۵ (۲۲/۴)
مدیریت استرس	۹۰ (۴۴/۸)	۹۵ (۴۷/۳)	۱۶ (۸/۰)
فعالیت فیزیکی	۶۳ (۳۱/۳)	۱۰۰ (۴۹/۸)	۳۸ (۱۸/۹)
تغذیه	۷۴ (۳۶/۸)	۹۷ (۴۸/۳)	۳۰ (۱۴/۹)
کل	۴۲ (۲۰/۹)	۱۴۸ (۷۳/۶)	۱۱ (۵/۵)

داده‌ها بر اساس تعداد (درصد) گزارش شده است.

همسو با یافته‌های بررسی حاضر، در پژوهش‌های متعددی میان دانشجویان ایرانی (۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۰)، خودشکوفایی بالاترین میانگین را به خود اختصاص داد که با توجه به حاکم بودن ارزش‌های اسلامی و توجه به معنویات و اعتقاد به قدرتی برتر، در جامعه ایران این آمار قابل توجیه است. همچنین، نتایج مطالعه بر روی دانشجویان هندی نشان داد که تعداد زیادی از دانشجویان در بعد خودشکوفایی وضعیت خوبی داشتند (۲۰). خودشکوفایی به معنی آن است که فرد استعدادهای خود را تحقق بخشد و به آنچه که می‌خواهد دست یابد. بر اساس هرم نیازهای Maslow، خودشکوفایی در رأس نیازهای بشر است. خودشکوفایی با آموزش میسر می‌شود و موجب رشد فرد می‌گردد (۲۱).

در حیطه ارتباط بین فردی، تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران وجود نداشت و به طور کلی، اغلب دانش‌آموزان در وضعیت متوسط و خوبی قرار داشتند. بالا بودن نمره دانش‌آموزان در این حیطه امیدوارکننده می‌باشد، اما همچنان لازم است برای تقویت ارتباط سازنده بین فردی، مهارت‌های ارتباطی به کودکان آموزش داده شود. روابط بین فردی اساس رفتارهای اجتماعی، رشد، کسب حمایت اجتماعی و یادگیری و فرایندی است که افراد از طریق آن عقاید، باورها و احساسات خود را به اشتراک می‌گذارند (۲۲).

میانگین بعد مسؤولیت‌پذیری سلامت در دختران بالاتر از پسران بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود که با نتایج تحقیقات صادق تبریزی و همکاران (۱۷) و رعیت و همکاران (۸) بر روی نوجوانان دوره متوسطه و راهنمایی مشابهت داشت. رضایی و همکاران نیز با بررسی دانشجویان این یافته‌ها را تأیید کردند (۱۰). بررسی مسؤولیت‌پذیری دانش‌آموزان به صورت طبقه‌بندی شده نشان داد که به طور کلی ۴۱/۸ درصد از دانش‌آموزان در بعد مسؤولیت‌پذیری وضعیت نامطلوبی داشتند. از دلایل احتمالی ضعیف بودن سطح مسؤولیت‌پذیری سلامت در دانش‌آموزان، می‌توان به کم بودن شیوع بیماری‌های غیر واگیر در این گروه سنی، نبود آموزش پیوسته، کم بودن سن و نداشتن تجربه بیماری اشاره کرد.

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564]

افراد اغلب تا زمانی که دچار مشکلات سلامتی نشوند، خود را مستعد ابتلا به بیماری‌ها نمی‌دانند و احساس مسؤولیت نمی‌کنند. مسؤولیت‌پذیری سلامت یعنی مسؤولیت‌پذیری فرد جهت انجام رفتارهای محافظت‌کننده و ارتقای سلامت به منظور حفظ سلامت جسمی و روانی و هرچه سلامت در یک جامعه ارزشمندتر باشد، انگیزه حفظ سلامتی افزایش می‌یابد (۲۳). این یافته‌ها بر لزوم آموزش بیشتر در زمینه سلامت و حساس‌سازی دانش‌آموزان دلالت می‌کند.

در پژوهش حاضر، بررسی نمرات حیطه مدیریت استرس دانش‌آموزان به صورت طبقه‌بندی شده نشان داد که نزدیک به نیمی از دانش‌آموزان در مدیریت استرس وضعیت نامطلوبی داشتند. همچنین، میانگین مدیریت استرس پسران اندکی بالاتر از دختران بود، اما این اختلاف معنی‌دار نبود. نتایج مطالعه ماهری و همکاران بر روی دانشجویان (۱۲) نیز همسو با یافته‌های بررسی حاضر بود. نتایج تحقیق رعیت و همکاران نیز این نتیجه را تأیید کرد (۸). علل احتمالی استرس در دانش‌آموزان دبستانی می‌تواند ناشی از رقابت‌های درون مدرسه، مرگ عزیزان، جدا شدن والدین و... باشد. این استرس می‌تواند در دوران بزرگسالی و حتی بعد از دانشگاه همچنان باقی بماند (۲۴). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از بیماری‌های جسمی با استرس مرتبط هستند (۲۴). بنابراین، لازم است در مدارس ابتدایی آموزش مهارت مدیریت استرس پایه‌گذاری شود.

در حیطه فعالیت فیزیکی نیز بررسی نمرات دانش‌آموزان به صورت طبقه‌بندی شده نشان داد که بیشتر دانش‌آموزان فعالیت فیزیکی نامطلوب و متوسطی داشتند. این یافته‌ها بر لزوم پرداختن به فعالیت فیزیکی در دانش‌آموزان دلالت می‌کند. در مطالعه حاضر، مقایسه میانگین فعالیت فیزیکی دو جنس نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین دختران و پسران وجود نداشت. سعادتی و قریشی نیز به این نتیجه رسیدند که اختلاف معنی‌داری بین میانگین فعالیت فیزیکی دختران و پسران مشاهده نشد (۱۹). در تحقیق خزایی و همکاران نیز این نکته ذکر شده است که کمترین نمره کسب شده در دانشجویان مربوط به فعالیت فیزیکی می‌باشد (۱۵). امروزه در جهان کم‌تحرکی مشکل بزرگی می‌باشد؛ به طوری که چهارمین علت مرگ ناشی از بیماری‌های غیر واگیر، کم‌تحرکی است. کودکان ۵ تا ۱۷ ساله روزانه باید ۶۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید داشته باشند؛ در حالی که با بررسی دانش‌آموزان در ۱۴۶ کشور مشخص گردید که فقط ۱۹ درصد از آن‌ها این مقدار فعالیت را داشتند (۲۵). در توجیه این موضوع می‌توان گفت که امروزه با توجه به گسترش وسایل الکترونیکی از جمله رایانه، تلفن همراه، تلویزیون و گسترش آموزش مجازی، بالا رفتن اهمیت تحصیل نسبت به فعالیت فیزیکی در بین خانواده‌ها و جایگزین شدن دروس ریاضی و علوم به جای زنگ ورزش در بعضی اوقات توسط مدارس و همچنین، عدم توجه کافی به ورزش در مدارس و دانشگاه‌ها و زندگی پر مشغله امروزی و هزینه بالای کلاس‌ها و لوازم ورزشی، فرصت و انگیزه کافی جهت انجام فعالیت فیزیکی را از افراد به ویژه نوجوانان گرفته است. فعالیت فیزیکی موجب کاهش افسردگی، افزایش عزت نفس، افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش فشار روانی می‌شود (۲۶).

در پژوهش حاضر، تعداد قابل توجهی از دانش‌آموزان از نظر تغذیه سالم در وضعیت نامطلوبی قرار داشتند و دختران وضعیت بهتری داشتند، اما این اختلاف معنی‌دار نبود. رضایی و همکاران (۱۰)، ماهری و همکاران (۱۲)، خزایی و همکاران (۱۵) و سعادتی و قریشی (۱۹) در مطالعات جداگانه به نتایج مشابهی دست یافتند. با توجه به اهمیت رفتارهای تغذیه‌ای و لزوم ایجاد تغییرات در دوران کودکی، طراحی مداخلات آموزشی به ویژه برای پسران توصیه می‌شود.

محدودیت‌ها: نمونه‌های مورد بررسی در مطالعه حاضر به یک ناحیه از آموزش و پرورش شهر اصفهان محدود بود. جهت افزایش قدرت تعمیم یافته‌ها، بهتر است حجم نمونه بیشتری در تحقیقات آینده در نظر گرفته شود و با استفاده از استراتژی‌های مناسب، از قسمت‌های مختلف شهر نمونه‌گیری به عمل آید. همچنین، در پژوهش حاضر اطلاعات دانش‌آموزان با استفاده از پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی جمع‌آوری گردید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کسب نتایج دقیق‌تر در حیطه رفتارهای تغذیه‌ای، از ابزارهای تخصصی مانند پرسش‌نامه بسامد خوراک و به منظور سنجش رفتار فعالیت فیزیکی، ازگام‌شمار استفاده گردد. همچنین، در صورت امکان بهتر است رفتار دانش‌آموزان با مشاهده توسط والدین و معلمان نیز سنجیده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده، لازم است برنامه‌ریزی‌هایی در جهت ارتقای سلامت دانش‌آموزان به ویژه ابعاد مدیریت استرس و مسؤولیت‌پذیری سلامت انجام گیرد. همچنین، انجام برنامه‌ریزی‌های بین‌بخشی جهت بهبود وضعیت تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی این گروه سنی الزامی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۴۰۱۵۲۸ و و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1401.281، مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از تمامی دانش‌آموزان و مسؤولان مدارس که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. مطالعه حاضر با حمایت مالی معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید.

References

1. Tu J, Wang F, Yin F, Zhang L, Zhao B, Zhou J. The relationship between quality of life and health promotion behavior in patients with type B aortic dissection: a cross-sectional study. J Cardiothorac Surg 2023; 18(1): 23.
2. Sharoni SKA, Hassan NHN, Halim NA, Budury S. Prevalence of Obesity and Health-Promoting Lifestyle among Nurses in a Tertiary Hospital, Malaysia. E-BPJ 2023; 8(24): 355-60.
3. Khajehnasiri F, Hokmabadi E, Loti M, Dabiran S, Khosravi S, Sharifi N. Study of health-promoting lifestyle and its effective factors in the employees of Tobacco Company. Iran J Health Educ Health Promot 2022, 10(1): 70-9.
4. Mirjalili MR, Mirrezaei S, Mahmoodabad SSM, Dehghan HR. Health promoting behaviors in women of reproductive age in Yazd city. J Toloo Behdasht 2018; 17(4): 1-12.
5. Musavian AS, Pasha A, Rahebi SM, Roushan ZA, Ghanbari A. Health promoting Behaviors Among Adolescents:

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-17]
[DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564]

A Cross-sectional Study. Nurs Midwifery Stud 2014; 3(1): e14560.
6. Ghanbari l, Pirkhaefi M, Mohammadi A. The effectiveness of life skills training on children's self-monitoring behavior and creative thinking. Appl Fam Ther.J 2022; 3(2): 549-66.
7. Ma'arif I, Hasmara PS. The Relationship between Physical Activity and Physical Fitness of Elementary School Students Aged 10–12 Years. J Respecs Res Phys Educ Sports 2023; 5(1): 81-8.
8. Raiyat A, Nourani N, Samiei Siboni F, Sadeghi T, Alimoradi Z. Health Improving Behaviors in students of Qazvin Secondary Schools in 2011. J Health2012; 3(3): 46-53
9. Motaghi M, Afsar M, Tavakoli N. Examination of the Relationship between Health-Promoting Behaviors and Family Characteristics in High School Girl Students. Nursing and Midwifery Journal. 2015; 13(5): 395-403.
10. Rezaei Z, Ghaderi N, Nouri E, Nouri B, Safari O, Mansourian M, et al. Study of the Health-Promoting Lifestyle status of Students that Living in dormitories of Kurdistan University of Medical Sciences in 2016. Rahavard Salamat Journal 2017; 3(1): 1-12.
11. Moeini B, Dashti S, Teymoori P, Kafami V, Mousali AA, Sharifi M, et al. Health-promoting behaviors among high school students in Hamadan in 2013. Pajouhan Sci J 2015; 13(3): 49-57.
12. Maheri AB, Bahrami MN, Sadeghi R. The Situation of Health-Promoting Lifestyle among the Students Living in Dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. J Public Hlth Dev 2012; 1(4): 275-86.
13. Walker SN, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Omaha, NE: University of Nebraska Medical Center; 1996. [Unpublished]. Available from: URL: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequen-ce=2
14. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2011; 20 (1): 102-13.
15. Khazaie T, Khazaie T, Kianfar S, Jamshydizadeh L. Health-promotingbehavior factors among students of Birjand university of medical sciences. Iran J Health Educ Health Promot 2015; 3(2): 125-32.
16. Salari N, Farokhzadian J, Abazari F. Comparing health promotion behaviors of male and female high school students in Southeast of Iran. Int J Adolesc Med Health 2017; 32(1): 20170124.
17. Sadegh Tabrizi J, Khoshmaram N, Doshmangir L. Related factors to health promoting self-care behaviors among adolescents. Dep Health 2019; 9(4): 282-91.
18. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. J Health Syst Res 2011; 7(4): 442-8.
19. Saadati M, Ghoreishi ZS. Health Promoting Lifestyle in Shahed Students Tabriz University of Medical Sciences. Dep Health 2016; 7(1): 27-33.
20. Antara S, Bansal R, Gupta CK, Nasser K. Study assessing life skills among school going adolescents in relation to personal variables. IOSR J Dent Med Sci 2019; 18(2): 31-6.
21. Gopinath R. An investigation of the relationship between self-actualization and job satisfaction of academic leaders. Int J Manag 2020; 11(8): 753-63.
22. Ebrahimi M, Sharifirahnmo S, Fathi A, Sharifirahnmo M. The Effectiveness of Short-Term Solution-Based Therapy on Problem Solving Ability and Interpersonal Relationships among Students. Teacher Professional Development 2019; 4(3): 67-79.
23. Betül Ö, Yilmaz FA. Attitudes of women toward for early diagnosis of cervical cancer: Health responsibility and associated factors. Cukurova Med J 2020; 45(1): 14-21.
24. Ebrahimi N, Abedipoor M, Karimi M, Jaras M. The relationship between spiritual intelligence and coping styles with stress in adolescent girls in Gonabad. Iran J Pediatr Nurs 2023; 9(3): 1-10.
25. Lee EY, Shih AC, Collins M, Kim YB, Nader PA, Bhawra J, et al. Report card grades on physical activity for children and adolescents from 18 Asian countries: Patterns, trends, gaps, and future recommendations. J Exerc Sci Fit 2023; 21(1): 34-44.
26. Moradi K, Soroush S. The Role of Team Sports in Social Adjustment, Self-concept and Self-efficacy of Students. Iran J Cult Health Promot 2023; 6(4): 664-71.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.48305/jhsr.v20i4.1564]