مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی نوزدهم، شماره‌ی ۴، صفحه‌های ۲۶۹ ـ ۲۶۱ (مهر ـ آبان ۱۳۹۶)

مقاله‌ی پژوهشی

اثر بخشی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر رفتارهای پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی دوم شهر مشهد

صغری حجازی[۱]، دکتر نوشین پیمان[۱]، دکتر حبیب ا.. اسماعیلی[۲]

۱) گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران، ۲) گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دکتر نوشین پیمان؛
e-mail: peymann@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: چاقی و اضافه وزن، از جمله عوامل خطرساز ایجاد و گسترش بیماری‌های مزمن محسوب می‌شوند. باور خودکارآمدی، شاخص پیش‌بینی‌کننده‌ی دامنه‌ی وسیعی از رفتارهای بهداشتی است. این مطالعه، با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بررفتارهای پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی دوم شهر مشهد، انجام گرفت. مواد وروش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون بود که در آن ۷۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری مرحله‌ای، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمون و شاهد هرکدام ۳۵ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن "Weight-Efficacy of Life style questionnaire" جمع‌آوری شدند. برنامه‌ی آموزشی برای گروه آزمون اجرا شد. نتایج بعد از مداخله، در هر دو گروه بررسی و تحلیل شدند. یافته‌ها: قبل از مداخله، اختلاف معنی‌داری از نظر میانگین نمرات خودکارآمدی کنترل رفتار خوردن در موقعیت‌های توام با هیجان مثبت، هیجان منفی، دسترسی به مواد غذایی، فشار اجتماعی و ناراحتی جسمی در دو گروه شاهد و آزمون مشاهده نشد (P>۰/۰۵). اما بعد از مداخله، میانگین نمرات در گروه آزمون افزایش یافت و تفاوت معنی‌داری در تمام موقعیت‌ها مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). در گروه شاهد، در هیچ‌کدام از موقعیت‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). نتیجه‌گیری: استفاده از مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی سبک زندگی، خودکارآمدی دختران نوجوان را در موقعیت‌های هیجان مثبت و هیجان منفی، دسترسی به مواد غذایی، فشار اجتماعی و ناراحتی جسمانی که احتمال خوردن را افزایش می‌دهد، بهبود بخشید. شاید بتوان توصیه کرد که در برنامه‌ریزی اجرای مداخلات ارتقاءدهنده رفتارهای تغذیه‌ای در نوجوانان، بر استفاده از استراتژی خودکارآمدی تاکید شود.

واژگان کلیدی: اضافه وزن، چاقی، خودکارآمدی، دانش‌آموزان
دریافت مقاله: ۹۶/۲/۲۳ـ دریافت اصلاحیه: ۹۶/۶/۱۹ ـ پذیرش مقاله: ۹۶/۶/۲۰

مقدمه

هر چند چاقی، موضوع بهداشتی در بسیاری از کشورهای صنعتی جهان در قرن گذشته بود، اما شیوع اخیر آن به قدری گسترش یافته است که سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان اپیدمی و تهدید جهانی برای سلامتی اعلام کرده است.[۱] بیشتر کشورهای آسیایی، از جمله ایران، در حال گذر از سبک زندگی سنتی به سبک زندگی غربی هستند. با صنعتی شدن و پیشرفت جوامع، فعالیت‌های فیزیکی و ارتباطی به طور محسوس کاهش می‌یابد. هم‌زمان با آن، تغییر در عادت‌های غذایی، از رژیم غذایی سنتی، گیاهی و کربوهیدراتی به رژیم‌های پرچربی اتفاق می‌افتد. تغییرات

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

سبک زندگی در این جوامع، شیوع اضافه وزنی و چاقی را افزایش داده است.[۲] بررسی انجام شده در ۲۳ استان کشور نشان داده است که ۱۳/٤ درصد کودکان و نوجوانان ٦ تا ۱۸ سال کشور ما دچار اضافه وزن هستند.[۳] چاقی، اختلال مزمنی شامل تعامل پیچیده‌ی عوامل محیطی، فرهنگی، روانی اجتماعی، متابولیکی و ژنتیکی است. امروزه به خوبی ثابت شده است، عادات ضعیف غذایی به صورت مستقیم با بروز برخی مشکلات متعاقب و جدی سلامتی در آینده، نظیر چاقی بیش از حد، افزایش چربی خون و دیابت در ارتباط است.[٤] این درحالی است که چاقی و اضافه وزن، از جمله عوامل خطرساز ایجاد گسترش بیماری‌های مزمن محسوب می‌شوند.[٥] این بیماری‌ها به علت بالا بردن هزینه‌های بهداشتی، بار اقتصادی سنگینی را بر کشورها وارد می‌کنند.[٦]

نوجوانی دوران منحصر به فردی در زندگی است و یکی از پرچالش ترین دوره‌های رشد انسان به شمار می‌آید.[۷] اضافه وزن دوران کودکی و نوجوانی با بروز پرفشاری خون، بروز بیماری‌های قلبی زودرس در سنین بزرگسالی، افزایش چربی مضر خون، افزایش احتمال ابتلا به دیابت نوع دو، افزایش مشکلات تنفسی، بلوغ زودرس اختلالات دستگاه گوارشی و کبد، تغییرات پوستی، اختلالات عضلانی، استخوانی و اختلالات روحی روانی در ارتباط است.[۸] نتایج مطالعات نشان می‌دهند که رفتارهای غلط تغذیه‌ای در ایران، شایع است و اغلب دیده شده است که تغذیه به مصرف چند ماده غذایی خاص محدود می‌شود و تنوع در الگوی غذایی وجود ندارد. هم‌چنین ۵۰ درصد جمعیت ایران دچار کمبود ریزمغذی‌ها از قبیل آهن، ید، کلسیم و ویتامین‌ها بوده و ۱۸ تا ۲۰ درصد مردم دچار اختلالات ناشی از افزایش بی‌رویه مصرف کربوهیدارت‌ها هستند. سرانه‌ی مصرف لبنیات در ایران ۱۷۰ گرم در روز است که در مقایسه با کشورهای پیشرفته (٤۵۰ گرم در روز) بسیار پایین است.[۹] بهترین راه جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش بیماری‌ها و مرگ و میر، تغییر در عادات و رفتارهاست و بهترین زمان جهت تغییر عادات و رفتارها، دوران کودکی و نوجوانی است.[۳] اگر چه برای تصحیح شیوه‌ی زندگی، بعضی از عوامل مانند جنسیت، سن و ژنتیک را نمی‌توان تغییر داد، ولی عوامل شناختی رفتاری خاص مثل خودکارآمدی را می‌توان جهت ارتقاء رفتارهای سالم مد نظر قرار داد.[۱۰] خوردن توام با اعمال محدودیت، خوردن هیجانی و خوردن با منشاء تحریک بیرونی، سه حوزه‌ی مهم روان‌شناختی رفتار خوردن محسوب می‌شوند. خوردن هیجانی به تمایل خوردن در پاسخ به هیجان‌های منفی مانند افسردگی، ناامیدی و احساس تنهایی است. خوردن با منشاء تحریک بیرونی به معنای خوردن بیشتر در پاسخ به نشانه‌های بیرونی غذا مانند دیدن، بو و طعم غذاست. خوردن توام با اعمال محدودیت بر مصرف غذا و کالری بر کنترل وزن دلالت دارد.[۱۱] یکی از مفاهیمی که در برنامه‌های کاهش وزن توجه زیادی را به خود جلب کرده است، مفهوم خودکارآمدی است که توسط بندورا مطرح شده است.[۱۲] وی معتقد است برآورد فرد از توانایی خود در یک موقعیت خاص بر تصمیم وی در انتخاب فعالیت‌ها و اصرار بر آن، به شدت تاثیرگذار است[۱۳] و به عنوان متغیری خاموش و فراموش شده در برنامه‌های کاهش وزن رفتاری تلقی می‌شود.[۱٤] خودکارآمدی با اطمینان فرد به توانایی خود در به نمایش گذاشتن رفتاری خاص در یک موقعیت وسوسه انگیز دلالت دارد، ولی توانایی ادراک شده‌ی فرد در کنترل وزن از راه مقاومت در برابر خوردن در موقعیت‌های هیجان مثبت و منفی، دسترسی آسان به مواد غذایی فشارهای اجتماعی از سوی دیگران و ناراحتی‌های جسمی است.[۱۵،۱٦] خودکارآمدی، شاخص پیش‌بینی‌کننده‌ی کاهش وزن و پیش‌بینی‌کننده‌ی موفقیت برنامه‌های کنترل وزن است. افرادی که نوسان وزنی زیادی را تجربه می‌کنند، به طور معمول از سطح خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار هستند.[۱۷] مفهوم خودکارآمدی در سال ۱۹۷۷ توسط آلبرت بندورا تعریف شده است. از نظر بندورا، احساس خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار محسوب می‌شود.[۱۸] نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند که افراد دارای خودکارآمدی بالا تمایل بیشتری جهت مشارکت در رفتارهای چالش زا را از خود نشان می‌دهند و تفسیر بهتری از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی ارایه می‌کنند و علاوه بر این، عامل، خودکارآمدی نقش مهمی در تعدیل رابطه‌ی میان دانش و رفتار افراد ایفا می‌کند.[۱۹] با توجه به این که خودکارآمدی رفتار خوردن، شاخص پیش‌بینی‌کننده‌ی وزن است و نقش مهمی در افزایش میزان دریافت انرژی و بروز مشکل اضافه وزن و چاقی دارد و بیشتر تحقیقات انجام شده در این زمینه بر روی افراد چاق و دارای اضافه وزن و یا مبتلا به بیماری و مشکلات خاص انجام شده‌اند، تعیین اثربخشی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی می‌تواند سبب ارتقاءآگاهی مسئولین و مدیران بخش سلامت و آموزش و پرورش در این زمینه شده و

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

آنان را در برنامه‌ریزی بهتر و سیاست‌گزاری مطلوب‌تر برای دانش‌آموزان، به خصوص دختران نوجوان و نیز اولیاء و مربیان، یاری کند. لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خود کارآمدی بر رفتارهای پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان دختر متوسطه‌ی دوم شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه تجربی ازنوع پیش آزمون وپس آزمون بود که در سال ۱۳۹۵ بر روی ۷۰ دانش‌آموز دختر مقطع دوم دبیرستان‌های شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از دانش‌آموز دختر متوسطه‌ی دوم دبیرستان بودن و تمایل به شرکت در مطالعه بود. دانش‌آموزانی که بیش از یک جلسه در کلاس آموزشی شرکت نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله‌ی اول یکی از مناطق هفت گانه آموزش و پرورش شهر مشهد به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله دوم یک دبیرستان دخترانه به عنوان مداخله و یک دبیرستان دخترانه به عنوان شاهد به طور تصادفی از آن منطقه انتخاب شدند و در مرحله سوم در هر دبیرستان ۳۵ نفر از دانش‌آموزان مقطع دوم دبیرستان که واجد شرایط معیارهای ورود بودند، به طور تصادفی وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول ذیل ونتایج مطالعات مشابه[۲۰] با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۲۶ نفر در هر گروه برآورد شد، که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، حجم نمونه برای هر گروه به ۳۵ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن" weight efficacy of life style questionnaire" که توسط کلارک طراحی شده است، به همراه پرسش‌نامه‌ای حاوی اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان (سن، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، بُعد خانواده، درآمد، وعده‌های غذایی صرف شده با خانواده، مدت زمان تماشای تلویزیون و فعالیت‌های فیزیکی) جمع‌آوری شدند.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، دارای ۲۰ گویه پیرامون خودکارآمدی رفتار خوردن است و در آن آزمودنی‌ها، میزان اطمینان و اعتماد خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن در موقعیت‌های مختلف وسوسه‌انگیز، بر اساس یک طیف لیکرت پنج رتبه‌ای از عدم اطمینان و اعتماد (۰) تا بسیار مطمئن (٤) بیان می‌کنند و نمرات آن بین (۸۰- ۰) است. این پرسش‌نامه دارای پنج خرده مقیاس است که هر خرده مقیاس شامل ٤ گویه است. بنابراین یک نمره‌ی کلی و پنج نمره‌ی مربوطه به پنج خرده مقیاس در اختیار قرار می‌دهد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: هیجان منفی (مانند خوردن درهنگام اضطراب، شکست، ناکامی و غمگینی)، دسترسی به مواد غذایی (موقعیت‌هایی که مواد غذایی به آسانی در دسترس هستند مانند مسافرت، دیدن و در اختیار داشتن مواد غذایی چرب و شیرین)، فشار اجتماعی (ترغیب و تشویق دیگران برای خوردن مانند شرایط موجود در میهمانی‌ها)، ناراحتی جسمی، (خوردن در مواقع درد، بیماری و خستگی) و هیجان مثبت (خوردن در هنگام مطالعه، تماشای تلویزیون و شادی).[۲۱] روایی و پایایی این پرسش‌نامه در تعدادی از مطالعات، بررسی و مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه نویدیان و همکارانش، روایی این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی روایی همگرا و واگرا بررسی و مورد تایید قرار گرفت (r=۰/٦۲ و P<۰/۰۰۱) و پایایی پرسش‌نامه با ضریب همبستگی در دو نوبت سنجش با فاصله‌ی دو هفته برای کل پرسش‌نامه ۹۱ درصد و از نظر همسانی درونی مقادیر آلفا کرونباخ آن با ۸۸ درصد تایید شد.[۲۲]

جهت اجرای مداخله‌ی آموزشی، پژوهش‌گر، پس از کسب مجوز از اداره‌ی کل آموزش و پرورش مشهد و هماهنگی با مسئولین مدارس، ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و دادن اطلاعات در مورد اهداف پژوهش و جلب رضایت آن‌ها، نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌های پیش آزمون در دو گروه شاهد و آزمون اقدام کرد. سپس برنامه‌ی مداخله آموزشی با توجه به نتایج به دست آمده، طراحی شد و طرح درس تدوین شده در یک برنامه‌ی زمان‌بندی ٤ جلسه‌ای ٦۰ دقیقه‌ای (۳ جلسه برای دانش‌آموزان و ۱ جلسه برای مادران) برای گروه آزمون اجرا شد. روش آموزش به صورت مستقیم از طریق بحث گروهی، سخنرانی و استفاده از فیلم آموزشی و به صورت غیرمستقیم از طریق ارائه‌ی پمفلت و جزوه‌ی آموزشی بود. اجرای آموزش توسط کارشناس آموزش سلامت و تغذیه انجام شد. با توجه به اینکه خودکارآمدی از چهار منبع اولیه، شامل پیشرفت و کسب موفقیت در عمل،

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

تشویق کلامی و دلگرمی از طرف دیگران، الگوسازی اجتماعی یا تجربیات جایگزین و برانگیختگی نشانه‌ها و حالات فیزیکی نشات می‌گیرد،[۲۳] برای افزایش خودکارآمدی از جلسات آموزشی ذیل براساس طرح درس استفاده شد. جلسه‌ی اول: پیشرفت و کسب موفقیت در عمل و درک توانایی انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار اصل مهمی است و آگاهی و اطمینان فرد به خودش بر عملکرد صحیح و موفقیت‌آمیز تاثیر به سزایی دارد. لذا در این جلسه، ضمن شرح اهداف رفتاری در مورد رژیم صحیح غذایی و عوامل موثر بر چاقی، عادات صحیح و ناصحیح غذایی، بیماری‌ها و مشکلات ناشی از اضافه وزن و چاقی، به صورت ساده و گام به گام آموزش داده شد. جلسه‌ی دوم: الگوسازی اجتماعی یا تجربیات جایگزین از طرف دیگران، به دلیل تاثیر عمیق خانواده در شکل‌گیری عادات غذایی نقش دارد. با توجه به نتایج پیش آزمون که نشان داد نوجوانان بیشترین حرف شنوی را در مورد تغذیه از مادران خود دارند و به دلیل نقش مادران در خرید، تهیه و پخت غذای خانواده، طی جلسه‌ای برای مادران در رابطه با نقش والدین در حمایت و همراهی فرزندان در جهت اصلاح شیوه زندگی و رفتارهای تغذیه‌ای همه افراد خانواده، اضافه وزن و چاقی فرزندان آموزش داده شد و از آنان خواسته شد تا در اجرای مداخله به دانش‌آموزان کمک کنند. جلسه‌ی سوم: برای الگوسازی اجتماعی یا تجربیات جایگزین، جلسه به صورت بحث گروهی اداره شد و دانش‌آموزان در مورد تجربیات خود و دیگران در رابطه با عادات غذایی و رفتارهای جایگزین در طول روزهای گذشته صحبت کردند (برای مثال استفاده از پله به جای استفاده از آسانسور و یا پیاده‌روی به جای استفاده از وسیله نقلیه یا مصرف میوه به جای مواد غذایی کم ارزش). جلسه چهارم: اطلاعات مربوط به حالات فیزیکی که حاصل خودارزیابی افراد از تاثیرات جسمانی و روانی است و به دنبال رفتاری خاص در فرد شکل می‌گیرد، می‌تواند بر قضاوت افراد در مورد قابلیت‌ها و توانایی‌هایشان برای انجام رفتاری خاص تاثیر بگذارد.[۲۴] لذا ابتدا با تنظیم اهداف کوچک سعی شد این باور که آن‌ها می‌توانند بدون چالش به اهداف خود دست یابند، در آنان تقویت شد. علاوه بر این، چون در ارتباط با تغذیه و موضوعات مرتبط با آن به طور کامل، آموزش داده شده بود، موجب شد تا آنان اطمینان یابند که می‌توانند در موقعیت‌های مختلف نیز رفتارهای مناسب را از خود بروزدهند. سه ماه پس از اتمام مداخله، داده‌ها توسط پرسش‌نامه، جمع‌آوری شدند و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی، جدول توزیع فراوانی و آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای اسکوئردر سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

سطح تحصیلات ۳۷/۱ درصد از پدران و ۲۷/۱ درصد مادران بالای دیپلم بود. ٦۵/۷ درصد از دانش‌آموزان اطلاعات تغذیه‌ای خود را از پدر و مادر خود کسب می‌کردند و ۲۱/٤ درصد منبع کسب اطلاعات خود را اینترنت ذکر کردند. ۷۰ درصد مادران خانه‌دار و ٤۱/٤ درصد شغل پدران کارمند بود. بعد خانوار در ۸۰ درصد دانش‌آموزان ۵ نفر و کمتر بود. ٦۱/٤ درصد دانش‌آموزان در مورد تغذیه از مادران خود حرف شنوی داشتند. ٤۵/۷ درصد از آنان، ۲ وعده از وعده‌های غذایی را با خانواده صرف می‌کردند. ۵۱/٤ درصد دانش‌آموزان روزانه ۱ تا ۲ ساعت تلویزیون تماشا می‌کردند. ۳۲/۹ درصد دانش‌آموزان اصلاً ورزش نمی‌کردند. از نظر درآمد، ٦۱/٤ درصد دانش‌آموزان اعلام کرده بودند که درآمد ماهیانه خانوار آنان ۱ تا ۳ میلیون تومان است. نتایج تحلیل داده‌های پیش آزمون نشان داد که قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای فردی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۱).

براساس آزمون کلموگروف اسمیرنوف، فرض نرمال بودن برای متغیرهای خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و خرده مقیاس‌های پنج گانه در دو گروه برقرار بود و در نتیجه برای تحلیل از آزمون‌های پارامتری تی مستقل و تی زوجی استفاده شد. براساس نتایج مطالعه، قبل از مداخله‌ی آموزشی، میانگین (و انحراف معیار) نمره خودکارآمدی در گروه شاهد ٤۵/۱۷±۱۳/۹ و در گروه آزمون ٤۳/٦±۸/۷ بود و نتایج نشان داد اختلاف آماری معنی‌داری میان این دو گروه از نظر نمره‌ی خودکارآمدی وجود ندارد. ولی بعد از مداخله، میانگین نمره در گروه آزمون افزایش پیدا کرد، به طوری که اختلاف معنی‌داری در دو گروه آزمون و شاهد مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین بین دو گروه شاهد و آزمون از نظر میانگین نمره‌ی فرد در مقیاس‌های پنج گانه‌ی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، قبل از اجرای مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیکی دانش‌آموزان در گروه شاهد و آزمون

متغیر		کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
تحصیلات پدر	زیردیپلم	۶ (۱۷/۱)	۲ (۵/۷)	۸ (۱۱/۴)	z=۰/۱۷* P=۰/۸۶
	دیپلم	۱۵ (۴۲/۹)	۲۱ (۶۰/۰)	۳۶ (۵۱/۴)	
	دانشگاه	۱۴ (۴۰/۰)	۱۲ (۳۴/۳)	۲۶ (۳۷/۱)	
تحصیلات مادر	زیردیپلم	۹ (۲۵/۷)	۶ (۱۷/۱)	۱۵ (۲۱/۴)	z=۰/۰۳* p =۰/۹۶
	دیپلم	۱۵ (۴۲/۹)	۲۱ (۶۰)	۳۶ (۵۱/۴)	
	دانشگاه	۱۱ (۳۱/۴)	۸ (۲۲/۹)	۱۹ (۲۷/۱)	
شغل پدر	آزاد	۹ (۲۵/۷)	۱۳ (۳۷/۱)	۲۲ (۳۱/۴)	X2=۱/۰۶ p =۰/۴۴
	کارمند	۲۶ (۷۴/۳)	۲۲ (۶۲/۹)	۴۸ (۶۸/۶)	
	بیکار	۰ (۰/۰۰)	۰ (۰/۰۰)	۰ (۰/۰۰)	
شغل مادر	شاغل	۱۳ (۳۷/۱)	۸ (۲۲/۹)	۲۱ (۳۰)	X2=۱/۷ p =۰/۲۹
	خانه‌دار	۲۲ (۶۲/۹)	۲۷ (۷۷/۱)	۴۹ (۷۰)	
تعداد فرزندان	یک فرزند	۴ (۱۱/۴)	۱ (۲/۹)	۵ (۷/۱)	X2=۲/۳ p =۰/۵۲
	دو فرزند	۱۲ (۳۴/۳)	۱۶ (۴۵/۷)	۲۸ (۴۰/۰)	
	سه فرزند	۱۴ (۴۰/۰)	۱۴ (۴۰/۰)	۲۸ (۴۰/۰)	
	چهار فرزند و بیشتر	۵ (۱۴/۳)	۴ (۱۱/۴)	۹ (۱۲/۹)	
درآمد	کمتر از یک میلیون	۶ (۱۷/۱)	۱ (۲/۹)	۷ (۱۰/۰)	X2=۴/۲ p =۰/۱۳
	بین یک تا سه میلیون	۲۱ (۶۰)	۲۲ (۶۲/۹)	۴۳ (۶۱/۴)	
	سه میلیون و بیشتر	۸ (۲۲/۹)	۱۲ (۳۴/۳)	۲۰ (۲۸/۱)	
حرف شنوی در مورد تغذیه	معلمان	۱ (۲/۹)	۱ (۲/۹)	۲ (۲/۹)	X2=۱/۷ p =۰/۹۹
	پدر	۶ (۱۷/۱)	۵ (۱۴/۳)	۱۱ (۱۵/۷)	
	مادر	۲۲ (۶۲/۹)	۲۱ (۶۰/۰)	۴۳ (۶۱/۴)	
	خواهر و برادر	۰ (۰/۰۰)	۱ (۲/۹)	۱ (۱/۴)	
	دوستان	۱ (۲/۹)	۱ (۲/۹)	۲ (۲/۹)	
	هیچ‌کدام	۵ (۱۴/۳)	۶ (۱۷/۱)	۱۱ (۱۵/۷)	
مدت زمان استفاده از تلویزیون، موبایل و اینترنت	کمتر از یک ساعت	۴ (۱۱/۴)	۵ (۱۴/۳)	۹ (۱۲/۹)	X2=۲/۶ p =۰/۴۶
	یک تا دو ساعت	۱۶ (۴۵/۷)	۲۰ (۵۷/۱)	۳۶ (۵۱/۴)	
	دو تا چهار ساعت	۹ (۲۵/۷)	۸ (۲۲/۹)	۱۷ (۲۴/۳)	
	چهار ساعت و بیشتر	۶ (۱۷/۱)	۲ (۵/۷)	۸ (۱۱/۴)	
وعده‌های غذایی با خانواده	یک وعده	۲ (۵/۷)	۶ (۱۷/۱)	۸ (۱۱/۴)	X2=۲/۴ p =۰/۲۹
	دو وعده	۱۸ (۵۱/۴)	۱۴ (۴۰/۰)	۳۲ (۴۵/۷)	
	سه وعده	۱۵ (۴۲/۹)	۱۵ (۴۲/۹)	۳۰ (۴۲/۹)	
تحرک فیزیکی	کمتر از یک ساعت	۱۰ (۲۸/۶)	۱۴ (۴۰/۰)	۲۴ (۳۴/۳)	X2=۱/۱ p =۰/۶۳
	یک تا دو ساعت	۱۳ (۳۷/۱)	۱۰ (۲۸/۶)	۲۳ (۳۲/۹)	
	ورزش نمی‌کنم	۱۲ (۳۴/۳)	۱۱(۳۱/۴)	۲۳ (۳۲/۹)	

* آزمون من ـ ویتنی

اما بعد از مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی در تمامی خرده مقیاس‌ها افزایش یافت و تفاوت آماری معنی‌داری در گروه آزمون مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)، به طوری که در گروه آزمون، نمره‌ی امتیاز زیر مقیاس هیجان منفی از ۱۳/۸±۳/۵ به ۱۵/۰۲±۲/۹، نمره‌ی امتیاز زیرمقیاس هیجان مثبت از ۶/۱±۲/۵ به ۸/۲±۲/۰۹، نمره‌ی زیر مقیاس دسترسی به غذا از ۷/۲±۳/۰۲ به ۱۱/۲±۳/۲، نمره‌ی زیرمقیاس فشار اجتماعی از ۸/۵±۲/۹ به ۱۰/۴±۲/۵ و نمره‌ی زیر مقیاس ناراحتی جسمانی از ۸/۴±۲/۱ به ۹/۵±۱/۵ افزایش یافت، اما در گروه شاهد این اختلاف معنی‌دار نبود (جدول ۲).

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی رفتار خوردن و خرده مقیاس‌های آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه	قبل از مداخله آموزشی	سه ماه بعد از مداخله آموزشی	مقدار P†
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
خودکارآمدی	آزمون	۴۳/۶±۸/۷	۵۴/۱±۸/۱	P< ۰/۰۰۱
	کنترل	۴۵/۱±۱۴/۲	۴۵/۵±۱۴/۱	P< ۰/۰۸
	P*	P =۰/۶	P= ۰/۰۰۳	
هیجان منفی	آزمون	۱۳/ ±۸ ۳/۵	۱۵/ ±۶ ۲/۶	P< ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳/±۷ ۴/۳	۱۳/±۸ ۴/۲	P = ۰/۰۶
	P*	P =۰/۶۳	P=۰/۰۳	
هیجان مثبت	آزمون	۶/۱± ۲/۵	۸/۲ ± ۲/۰۹	P< ۰/۰۰۱
	کنترل	۶/۵± ۲/۴	۶/۶±۲/۳	P= ۰/۰۹
	P*	P =۰/۴۶	P= ۰/۰۰۴	
دسترسی به غذا	آزمون	۷/۳±۲/۰۲	۱۱/±۲ ۳/۲	P< ۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۴±۸/۷	۷/۴±۸/۷	P = ۰/۱۶
	P*	P =۰/۵۳	P< ۰/۰۰۱	
فشار اجتماعی	آزمون	۸/۲±۵/۹	۱۰/۲±۴/۵	P< ۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۳±۴/۵	۸/۳±۶/۴	P= ۰/۰۵۷
	P*	P =۰/۸۵	P= ۰/۰۱	
ناراحتی جسمانی	آزمون	۸/۲±۴/۱	۹/۱±۵/۵	P< ۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۲±۶/۶	۸/۲±۶/ ۶	P = ۰/۱۶
	P*	P =۰/۷۶	P< ۰/۰۰۱	

* آزمون t مستقل، † آزمون t زوجی

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، بعد از مداخله‌ی آموزشی، در گروه آزمون از ۴۳/۶±۸/۷ به ۵۴/۱±۸/۱ افزایش یافت و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد مشاهده شد. نتایج مطالعه ما نشان داد ساختار خودکارآمدی می‌تواند به عنوان پایه‌ی تئوری بسیاری از برنامه‌های آموزشی بهداشت به کار گرفته شود، به طوری که مداخله‌ی آموزشی براساس خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن باعث ارتقای خودکارآمدی در دانش‌آموزان می‌شود و به آنان در زمینه‌ی تغییر عادات غذایی کمک می‌کند. نتایج پژوهش لیو و همکارانش که با هدف تشریح رابطه‌ی خودکارآمدی و رفتار تغذیه‌ای مصرف چربی انجام شد، نشان داد خودکارآمدی به طور معنی‌داری با شاخص تغذیه‌ی سالم رابطه دارد و به جز مقیاس‌های هیجان‌های منفی و فشارهای اجتماعی، سایر مقیاس‌ها به طور معنی‌داری با وزن پایین رابطه دارند. هم‌چنین خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در افراد مبتلا به مشکل اضافه وزن و چاقی، نسبت به افراد با وزن طبیعی، پایین‌تر است. آن‌ها تاکید کردند که آموزش‌دهندگان تغذیه نیاز دارند تا به نقش خودکارآمدی به عنوان شاخصی مهم در رفتارهای تغذیه‌ای توجه کنند که این تاییدی است بر یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر که آموزش، منجر به افزایش امتیاز خودکارآمدی شد.[۲۵] البته خودکارآمدی نیاز مهمی برای تغییر رفتار در تمامی گروه‌ها و زمینه‌های مختلف رفتاری محسوب می‌شود. مهری و همکارانش، در پژوهشی بر روی دانشجویان براساس مدل پندر به قدرت پیشگیری کنندگی خودکارآمدی در ارتقای سلامت دهان و دندان اشاره کردند.[۲۶] هم‌چنین حسین‌زاده و همکارانش در مطالعه‌ای که بر روی بیماران قلبی عروقی انجام دادند، گزارش کردند ۸۶/۲ درصد از افراد مورد بررسی خودکارآمدی مطلوبی داشتند و خودکارآمدی با درک از بیماری ارتباط معنی‌داری داشت و

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

درک از بیماری، پیشگویی‌کننده‌ی خودکارآمدی در رفتار تغذیه‌ای این بیماران است و طراحی برنامه آموزش می‌تواند در ارتقای خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای موثر باشد.[۲۷] نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌ی علیزاده سیوکی و همکارانش که بر روی دانش‌آموزان مقطع اول متوسطه انجام شد، همسو است. آن‌ها نتیجه گرفتند که مداخله‌ی آموزشی بر رفتارهای تغذیه‌ای تاثیر دارد، به طوری که درآن پژوهش بعد از مداخله‌ی آموزشی، خودکارآمدی دانش‌آموزان از ۴/۵۲±۲۰/۰۹ به ۲/۸۲±۲۵/۳۷ افزایش یافت و اختلاف معنی‌داری قبل و بعد از مداخله مشاهده شد (P=۰/۰۰۰۳).[۲۸]

مطالعات دیگری، از جمله مطالعات صفوی و گومز، نیز تاثیر برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء خودکارآمدی برای داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را نشان دادند.[۲۹،۳۰] هم‌چنین فشارکی و همکارانش در مطالعه خود گزارش کردند، میانگین نمره‌ی سبک زندگی پس از مداخله از ٤٦/٢٤ به ٥٦/٣٣٣ افزایش یافته است.[۳۱] به این معنی که هر چه فرد درک بالاتری از توانایی و مهارت‌ها، در یک حیطه خاص داشته باشد، او را برای اقدام کردن به آن رفتار که در آن برتری دارد برمی‌انگیزد. ولی نتایج کینسلر برخلاف این یافته‌ها بود که نشان داد میانگین نمره‌ی خودکارآمدی پس از مداخلات آموزشی کاهش می‌یابد که می‌تواند به دلیل شیوه‌ی آموزشی استفاده شده در انجام مداخله باشد.[۳۲]

در رابطه با متغیرهای روان‌شناختی و زیر مقیاس‌های مرتبط با خودکارآمدی، مانند مقابله با فشار اجتماعی، هیجان مثبت، هیجان منفی، دسترسی به مواد غذایی و ناراحتی جسمی، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد، بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمرات در گروه آزمون افزایش می‌یابد و تفاوت معنی‌داری در تمام موقعیت‌ها مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). این یافته با نتایج پژوهش‌های پاکپور و نویدیان همکارانشان هم‌خوانی دارد. پاکپور و همکارانش در مطالعه‌ای نیمه تجربی در ارتباط با اثربخشی مداخله‌ی آموزشی براصلاح سبک زندگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه‌ی اول نشان دادند میانگین نمرات در همه موقعیت‌های مرتبط با خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون به طور معنی‌داری بهبود می‌یابد (P<۰/۰۰۱). نویدیان و همکارانش در بررسی بزرگسالان چاق که با استفاده از مصاحبه انگیزشی انجام شده بود، شاهد افزایش نمره‌ی خودکارآمدی از ۱۰/۱۰±٤۳/۱۲ به ۹/۳۷±۵۰/٦۵ بودند و میانگین نمره در کلیه زیر مجموعه‌های خودکارآمدی افزایش یافته بود.[۲۲،۲۳] پیمان و همکارانش نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند بین دو گروه شاهد و آزمون از نظر متغیرهای وابسته‌ی مورد بررسی، یعنی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و خرده مقیاس‌های پنج گانه‌ی آن قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما بعد از مداخله تفاوت بین خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در هنگام مواجهه با فشارهای اجتماعی، در هنگام دسترسی به مواد غذایی و تجربه هیجانات مثبت در گروه آزمون معنی‌دار بود و امتیاز خودکارآمدی افزایش یافت (P<۰/۰۵). بر خلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر، خودکارآمدی سبک زندگی در هنگام تجربه هیجانات منفی و احساس ناراحتی جسمانی پس از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت.[۲۰] در مطالعه‌ی نریمانی و قاسمی‌نژاد، دو زیر مقیاس دسترسی به مواد غذایی و هیجان منفی، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای اختلال خوردن بودند، که احتمالا به دلیل شرایط فیزیکی و روانی گروه‌های هدف، نوع مداخله و نحوه‌ی پی‌گیری است.[۲٤] قابل ذکر است این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت، از جمله این که پژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان دختر انجام شد و داده‌ها به شیوه‌ی خود گزارشی جمع‌آوری شد، که این امر می‌تواند توصیف نادرست برخی از متغیرهای گزارش شده را در برداشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده در کنار اندازه‌گیری از طریق پرسش‌نامه، از موارد مشاهده‌ای و گزارش والدین و دوستان نیز که بر دقت اطلاعات می‌افزاید، استفاده شود و پژوهش‌های تکمیلی در سایر گروه‌ها و رده‌های سنی و در مناطق مختلف با توجه به نیازهایشان انجام پذیرد.

با توجه به نتایج این مطالعه که استفاده از مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی سبک زندگی، خودکارآمدی دختران نوجوان را در موقعیت‌های هیجان مثبت و هیجان منفی، دسترسی به مواد غذایی، فشار اجتماعی و ناراحتی جسمانی که احتمال خوردن را افزایش می‌دهد، بهبود بخشید، شاید بتوان توصیه کرد که در برنامه‌ریزی اجرای مداخلات ارتقاء دهنده رفتارهای تغذیه‌ای در نوجوانان، براستفاده از استراتژی خودکارآمدی تاکید شود و مداخلات بر همین اساس، در قالب برنامه‌های منظم و مستمر در مدارس و آموزشگاه‌ها اجرا شود. البته باید توجه داشت که در آموزش تغذیه، مسائل فرهنگی نقش مهمی دارند و عادات غذایی در جوامع مختلف، متفاوت هستند. لذا پیشنهاد می‌شود

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

پژوهش‌های تکمیلی در سایر رده‌های سنی و اقشار مختلف جامعه و در مناطق مختلف با توجه به نیازهایشان انجام پذیرد.

سپاسگزاری: مقاله‌ی حاضر بخشی از نتایج طرح پژوهش مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۵۱۴۳۸ و کد اخلاق با شماره IR.MUMS.REC.1396.87 است. بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله، مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل حمایت مالی و از اداره آموزش و پرورش شهرستان مشهد، مدیران، معلمین مدارس و نمونه‌های پژوهش که محققین را در گردآوری اطلاعات یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

References

1. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight andobesity in adults: behavioral intervention for long-termweight loss and maintenance. Eur J Cardiovasc Nurs 2006; 5: 102-14.
2. Tian H, Xie H, Song G, Zhang H, Hu G. Prevalence of overweight and obesity among 2.6 million rural Chinese adults. Prev Med 2009; 48: 59-63.
3. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Sheikholeslam R, majdzadeh SR, Delavari A, et al. Do the dietary habits ofour community warrant health of children and adolescents now and infuture? Caspian study. J Pediatr 2005; 15: 97-109.[Farsi]
4. Franko LD, Cousineau MT, Trant M, Green CT, Rancourt D, Thompson D, et al. Motivation, self- efficacy, physicalactivity and nutrition in college students: randomized controlled trial of an internet-based education program. Prev Med 2008; 47: 369-77.
5. Long JD, Stevens KR. Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. J Nurs Scholarsh 2004; 36: 134-9.
6. Brunner LS, Suddarth DS, eds. Textbook of medical surgical nursing. 13n ed. Philadelphia: Lippincott illiamsand Wilkins Company; 2008. P134-60.
7. Kathleen ML, Esecott-Stump S, Eds. Krouse's food nutrition and diet therapy. 11n ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier; 2004. P150-92.
8. Kelishadi R. Prevention and Control of childhood obesity: Today Better Than Tomorrow.1n ed. Isfahan. Isfahan Univ Med Sci 2010; 61-70.[Farsi]
9. Rezaiepour A, Yousephei F, Mahmoodi M, Shakeri M. the relationship of nutritional behaviors and physical Activities of adolescent girls with their perception of parental lifestyle. J Hayat 2007; 13: 17-25. [Farsi]
10. Taymoori P, Lubans RD. Mediators of adolescent girls. Psychol Sport Exerc 2008; 9: 605-19.
11. Elfhag K, Morey LC. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self – control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. Eating Behaviors 2008; 9: 285-93.
12. Dutton GR, Martin PD, Rhode PC, Brantley PJ. Use of the weight efficacy lifestyle questionnaire with African American women: validation and extension of previous findings. Eat Behav 2004; 5: 375-84.
13. Buckner JD, Schmidt NB. A randomized pilot study of motivation enhancement - therapy to increase utilization of cognitive - behavioral therapy for social anxiety. Behav Res Ther 2009; 47: 710-5.
14. Annesi JJ, Vaughn LL. Relationship of Exercise Volume with Change in Depression and Its Association with Self-Efficacy to Control Emotional Eating in Severely Obese Women. Advances in Preventive Medicine 2011: Article ID 514271, 6 pages.
15. Shin H, Shin J, Liu PY, Dutton GR, Abood DA. Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese post-menopausal women during a 6-month weight loss intervention. Nutr Res 2011; 31: 822-8.
16. Berman ES. The relationship between eating self- efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. Eat Behav 2006; 7: 79-90.
17. Toray T, Cooley E. Weight fluctuation, bulimic symptom and self-efficacy for control of eating. J Psychol 1997; 131: 383-92.
18. Morovati Sharifabad M, Rohani Tonakaboni N. Selfcare behaviors perceived self-efficacy in diabetic patients referred to Yazd diabetes research center. Scientific Journal Birjand University of Medical Sciences 2008; 15: 91-100. [Farsi]
19. Saksvig BI, Gittelsohn J, Harris SB, Hanley AJ, Valente TW, Zinman B. A pilot school-based healthy eating and physical activity intervention improves diet, food knowledge, and self-efficacy for native Canadian children. J Nutr 2005; 21: 2392-98.
20. Peyman N, Ezzati Rastegar KH, Taghipour A, Esmaily H. Effect of Education on the Weight Self-Efficacy lifestyle among Adolescent Girls with Overweight and Obesity.Armaghane-danesh, Yasuj University Medical Sciences Journal 2012;17: 117-28[Farsi]
21. Navidian A, Kermansaravi F, Imani M. The Relationship Between Weight-Efficacy of Life style and Overweight and Obesity.Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2013; 14: 556-63.[Farsi]
22. Navidian A, Abedi MR, Bagheban I, Fatehizade M, Porsharifi H. Reliability and validity of questionnaire based lifestyle weight efficacy. Behav Sci J 2009; 3: 217-22. [Farsi]
23. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav J 2004; 31: 143-64.
24. Van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. The theory and measurement of the self-efficacy construct. Sch Inq Nurs Pract 2001; 15: 189-207.
25. Liou D,Contento IR. Usefulness of psychosocial theory variables in explaining fat-related dietary behavior in Chinese Americans: association with degree of acculturation. J Nutr Educ 2001; 33: 322-31.
26. Mehri A, Morowati-sharifabadi M. Utilizing the health promotion model to predict oral health bihaviors in student of Islamic Azad University of sabzevar. Tehran Dentistry Med Sci Univ J 2004; 22: 81-7. [Farsi]
27. Hossein zadeh T, Paryad E, KazemneJad E, Asiri S. Predictors of Diet Self-efficacy in oronary Artery Disease Patients. Guilan Med Sci Univ J 2010; 20: 8-13. [Farsi]
28. AlizadeSiuki H, jadgal Kh,Shamaeian Razavi N,Zareban I, Heshmati H, Saghi N. Effects of Health Education Based on Health Belief Model on Nutrition Behaviors of Primary School Student. Health J 2012; 5: 289-99. [Farsi]
29. Safavi M, Yahyavi H, Poorrahimi M, effect of nutrition education and physcial activity on self efficacy of

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

medium students, Azad univ Med Sci J 2012; 22: 143-51. [Farsi]
30. Guedes NG, Moreira RP, Cavalcante TF, de Araujo TL, Ximenes LB. Students' physical activity: an analysis according to Pender's health promotion model. Rev Esc Enferm USP 2009; 43: 774-80.
31. Fesharaki M, Sahebzamani M, Rahimi R,The effect of education on lifestyle modification in overweight elementary school girl's students in Oromiyeh city 2009, Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2010; 9: 290-5. [Farsi]
32. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. Health Educ Res 2004; 19: 730-8.
33. Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A. Effectiveness of an educational intervention on lifestyle modification in overweight middle school students in Tonekabon city.North Khorasan University of Medical Sciences J 2013; 5: 631-43.[Farsi]
34. Narimani M,Ghaseminezhad M. The role of psychological factors in predicting binge eating disorder. Journal of School Psychology 2014; 3: 86-105.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]

Original Article

Effect of Educational Intervention Based on Self-efficacy on Preventive Behaviors of Overweight and Obesity among Secondary-school Female Students in Mashhad

Hejazi S[1], Peyman N[1], Esmaily H[2]

[1]Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, [2]Department of Epidemiology and Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R. Iran.

e-mail: peymann@mums.ac.com

Received: 13/05/2017 **Accepted**: 11/09/2017

Abstract

Introduction: Overweight and obesity are risk factors for development of chronic diseases. Self-efficacy beliefs are direct predictors of a wide range of health behaviors. This study aimed to determine the effects of an educational intervention based on self-efficacy on the preventive behaviors of overweight and obesity among secondary-school female students in Mashhad, Iran. Materials and Methods: For this research, a quasi-experimental study, with a before and after design was used for which 70 secondary school female students were selected by the step sampling method and randomly assigned to two groups (35 cases and 35 controls).The data was collected using the weight efficacy lifestyle questionnaire (WEL). Educational programs were implemented for the experiment group and results were evaluated after the intervention by SPSS software. Results: Before the intervention, the two groups did not differ significantly in terms of average scores of self-efficacy structures for control of eating behaviors in situations, associated with positive or negative emotions, availability of food, social pressure and physical discomfort (P>0.05). After the intervention, however average scores in all situations were significantly increased in the experimental group (P<0.001). Average scores in all situations in the control group were not significant after the intervention (P>0.05). Conclusion: An educational intervention training based on lifestyle self-efficacy models could efficiently improve adolescents' self-efficacy in situations related to positive or negative emotions, availability of food, social pressure and physical pain, emphasizing the benefitial effects of implementing a self-efficacy strategy in an educational intervention program to promote nutritional behavior in adolescents.

Keywords: Overweight, Obesity, Self-efficacy, Students

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1396.19.4.5.7]