



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

ترویج فعالیت فیزیکی والدین و فرزند باهم: ایجاد اهداف و اولویت های مداخله بالقوه

چکیده

ترویج فعالیت های فیزیکی که والدین و فرزندان در آن دخالت دارند، برای بهبود سلامت و تندرستی خانواده بسیار مفید است، با این حال، مداخلات فعالیت با هم به طور خاص در پژوهش گذشته ناموفق بوده اند. هدف این مطالعه شناسایی باورهای برجسته والدین در مورد فعالیت های مشترک تنظیم شده از طریق نظریه رفتار برنامه ریزی برای اطلاع رسانی محتوای مداخله آینده می باشد. یک نمونه شاخص از والدین کانادایی (n=483) همراه با کودکان 6 تا 14 سال، سنجش های دستیابی به باور نظریه رفتار برنامه ریزی شده و همچنین فعالیت مشترک و اولویت های برنامه را انجام دادند. تجزیه و تحلیل ها شامل تنظیم محتوا بر اساس باور فعالیت فیزیکی و اولویت از طریق شمار درصد تأیید هر باور توسط والدین بودند. تجزیه و تحلیل توضیحی تفاوت ها در زمینه های تأیید شده بر اساس والدین (پدر، مادر)، سن فرزند (6-10 سال، 11-14 سال) و جنسیت فرزند انجام شدند. نتایج نشان دادند که باور های رفتاری در مورد سلامت، فرصت های درون فردی و آموزشی/یادگیری و باور های کنترل در مورد فقدان زمان، عوامل والد/فرزند ناسازگار، سلامت والدین و آب و هوای بد، زمینه های غالب بودند. بیش تر این زمینه ها در تأیید بر اساس ویژگی های والدین و فرزندان متفاوت نبودند. در مقابل، اولویت های مربوط به فعالیت های مختلف بر اساس ویژگی های والد و فرزند متفاوت می باشند، با این حال، والدین عمدتاً تمایل داشتند که فعالیت ها خارج از منزل، نزدیک به خانه، بعد از کار باشند و در اصل توسط متخصصان سلامت جامعه از طریق اینترنت یا به صورت حضوری تنظیم شده باشند. به طور کلی، این نتایج چندین ملاحظه برای اهداف خاص و بهبود رویکرد های مداخله فعالیت فیزیکی آینده در میان والدین و فرزندان آن ها ارائه می دهند.

واژگان کلیدی: نگرش، کنترل رفتاری درک شده، نظریه رفتار برنامه ریزی شده.

توضیح اهمیت تقویت الگو های فعالیت های فیزیکی (PA) در جوانان دشوار است. PA و تناسب فیزیکی بالا در برابر فشار خون بالا، کلسترول خون بالا، سندروم متابولیک، تراکم استخوان پایین، افسردگی و چاقی از ما محافظت می

کند (جانسن و لبلانک 2010). متأسفانه، تعداد کمی از کودکان در کشور های توسعه یافته برای دستیابی به این مزایا، به اندازه کافی فعال هستند. به عنوان مثال، کم تر از ده درصد کودکان و جوانان کانادایی، به طور روزانه 60 دقیقه PA متوسط تا شدید را تجربه می کنند (کولی و همکاران 2011). این شیوع بالای عدم فعالیت نشان می دهد که تلاش های ترویج برای بهداشت عمومی مهم هستند.

برای ترویج PA در واحد خانواده یک نیاز واضح وجود دارد. زمان زیادی از والدین برای مراقبت از کودکان صرف می شود و در واقع به نظر می رسد که والدین محافظان PA در طول زمان خانواده هستند (کوستافسون و رودز 2006). رودز و کوینلان (2014) به عنوان مثال، 15 بررسی در مورد این موضوع خاص را شناسایی کردند. به طور کلی، تاثیر والدین شامل دو عامل اساسی است: مدل سازی نقش والدین (انجام PA) و حمایت والدین (تسهیل PA فرزند)، هر چند نگرش والدین در مورد PA و سبک های والدی و انسجام خانواده نیز توجه تحقیق را به یافته های ترکیبی محدود کرده اند (رودز و کوینلان 2014؛ تراست و لوپریزی 2011). یکی از مفید ترین شکل های تاثیر والدین می تواند فعالیت مشترک باشد که به وسیله آن، والدین فعالیت هایی را تسهیل می بخشند که می توانند در آن با فرزندان خود فعال باشند (رودز و همکاران 2015). این نوع حمایت یک سبک زندگی فعال را مدل سازی می کند (تایلور ، برانوسکی و سالیس 1994)، پویایی های بین فردی خانواده سالم را تشویق می کند (تراست و لوپریزی 2011) و نیز موجب فعالیت والدین می شود، زیرا همیشه سطوح پایین تر PA نسبت به بزرگسالانی که فرزند ندارند، آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد (بلوز-ریکن و رودز 2008). متأسفانه مداخلات در زمینه فعالیت مشترک والد - فرزند به طور کلی ناموفق بوده اند، همان طور که در چندین مطالعه گفته شده است (کیتزمن - اولریچ و همکاران 2010؛ اوکونر ، جاگو و بارانوسکی 2009؛ سالمون، بوث، فونگساوان، مورفی و تیمپریو 2007، وان اسلوجیس ، کریملر ، و مک مین 2011). تحقیقات اخیر در مورد فعالیت مشترک نشان دهنده برخی اثرات مثبت مداخلات می باشند (به عنوان مثال، مورگان و همکاران 2011؛ اودیر ، فیرکلو، زو نولز و استراتون 2012؛ رودز ، نایلور و مک کی 2010) ، اما این ها همچنان توسط چند نتیجه پوچ متعادل می شوند (بکلاند ، ساندلین و لارسون 2011؛ موریسون و همکاران 2013؛ اولورا و همکاران 2008). علاوه بر این، هیچ مکانیسم واضح و قابل درک یا متغیر هدفی وجود ندارد که موفقیت یا شکست

نسبی این مداخلات را توضیح دهد. بنابراین، در حالی که برخی نتایج بسیار نوید بخش هستند، این نظریه در مورد مداخلات فعالیت مشترک والد- فرزند باید برای تسهیل موفقیت قابل اطمینان همچنان مورد بررسی قرار گیرد.

درک بهتر تاثیر والدین و PA فرزند می تواند نشان دهنده طراحی و موفقیت مداخلات خانواده در آینده باشد (لوپریزی و تراست 2010). در راستای این رویکرد، رودز و همکاران (2013، 2015) از نظریه رفتار کاربردی متمرکز بر حمایت والدی به عنوان یک رفتار با انگیزه ها و موانع خاص استفاده کرده اند. این محققان حمایت والدی را در زمینه نظریه مدل رفتار برنامه ریزی شده اعمال کرده اند (TPB، آجزن 1991). TPB نشان می دهد که عامل تعیین کننده پروگزیمال رفتار، هدف فرد برای انجام آن رفتار است و هدف بر اساس نگرش (ارزیابی رفتار)، هنجار ذهنی (فشار اجتماعی درک شده) و کنترل رفتاری درک شده پیش بینی می شود (سهولت / دشواری انجام رفتار). متناسب با مدل ، هدف ارائه حمایت والدی بر اساس نگرش ها در مورد حمایت پیش بینی می شد (رودز و همکاران 2013؛ رودز و همکاران 2015)، اما مهم ترین عامل پیش بینی PA از طریق فعالیت مشترک والد - فرزند، کنترل درک شده نسبت به حمایت بود. این نتایج نشان می دهند که درک رفتار حمایتی فعالیت مشترک برای تعیین اهداف مداخله می تواند مفید باشد. با این حال، رودز و همکاران (2015) اظهار داشته اند که درک عمیق تر ساختار های TPB مطلوب است.

آجزن (2002ب) نیز معتقد است که محتوای مداخلات مبتنی بر **TBT** بر اساس عقاید اساسی موجود در ساختار ها قرار دارد (باور های رفتاری، باور های کنترل). در حال حاضر، هیچ پژوهشی بر نشانگر های سطح باور فعالیت مشترک والد - فرزند با استفاده از چارچوب نظری متمرکز نیست.

بنابراین، هدف این مطالعه دستیابی به باور های برجسته در مورد فعالیت مشترک والدین فرزندان جوان تر از 15 سال در یک نمونه شاخص کانادایی برای آگاهی از محتوای مداخله آینده می باشد. فرض بر این است که فقط چند باور به عنوان اهداف مهم فعالیت مشترک والد - فرزند انتخاب می شوند که در دامنه های نگرش و کنترل قرار می گیرند. با توجه به تفاوت های رشدی بین کودکان و نوجوانان، ما به دنبال بررسی این هستیم که آیا تائید این باور ها متفاوت است یا نه. علاوه بر این، چشم انداز جنسیتی بالقوه فعالیت مشترک خانواده (ادواردسون و گورلی 2010) فرصتی برای بررسی جداگانه این باور ها توسط مادران و پدران و همچنین دختران و پسران فراهم کرده است. علاوه بر این، ما به

دنبال بررسی اولویت های فعالیت مشترک و ترویج روزنه ها برای بهبود دسترسی مداخلات آینده هستیم (استابروکس و گلسگو 2006) که شامل والدین و فرزندان آن ها می باشند. فرض بر این است که اولویت های خاص برای مشارکت در فعالیت مشترک، دریافت مداخله و ابزار دریافت مداخله می تواند برای طرح های مداخله آینده مورد استفاده قرار گیرد.

روش

طرح مطالعه و شرکت کنندگان

یک مطالعه پانل آنلاین کانادایی ملی از طریق یک فروشنده استخدام شده Vision Critical در اکتبر 2014 انجام شد. گروه تحقیق در انتخاب شرکت کنندگان نقشی نداشت. در عوض، Vision Critical دارای یک پایگاه داده پانل آنلاین مصرف کننده از حدود 110000 نفر بود که با پاسخ به نظر سنجی ها به ازای هدایای کوچک موافق بودند. در مطالعه حاضر، Vision Critical به طور تصادفی 483 والد با فرزندان بین 6 تا 14 سال را انتخاب کرد. کودکان نسبت به احتمال بیش تری به حمایت فعال از جانب والدین خود نیاز دارند که می توانند فعالیت های حمل و نقل و اوقات فراغت را به تنهایی یا با همسالان خود انجام دهند (گوستافسون و رودز 2006). نمونه بر اساس استان و تراکم جمعیت طبقه بندی شد. مطالعه توسط هیئت اخلاق پژوهشی دانشگاه نویسنده اصلی تأیید شد و همه شرکت کنندگان رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند.

سنجش

پرسش های جمعیت شناختی و سلامت اولیه نمونه در راستای سطح PA و با استفاده از پرسشنامه اوقات فراغت گودین (گودین و شپرد 1985) مورد سوال قرار گرفتند که برای سوال از والدین به عنوان یک پروکسی برای PA فرزند مورد استفاده قرار گرفتند (رودز و همکاران 2013؛ رودز و همکاران 2015). برای سؤالات اصلی پژوهش، سنجش های استنباط باور رفتاری و کنترل فعالیت مشترک به دنبال روش های توصیه شده توسط آرجن (2002) به کار رفتند. فعالیت مشترک والد - فرزند به عنوان یک PA متوسط - شدید برای کودکان و نوجوانان و همه سؤالات مرتبط تعریف شد (ترمبلی و همکاران 2011). زمانی که والدین بیش از یک فرزند در محدوده سنی 6 تا 14 سال دارند، از

آن‌ها برای فکر کردن در مورد کودک خود درخواست شد که به عنوان مرجع سوال به سن ده سال نزدیک است. مانند روش‌های استنباط باور در دامنه PA، فضاهایی برای نوشتن باورهای شرکت‌کنندگان (پنج سطر برای هر سوال) در نظر گرفته شدند (رودز، بلانچارد، کورنیا و پلاتینکوف 2009؛ رودز، بلانچارد و متسون 2007). سنجش‌های اولویت در فعالیت مشترک والد - فرزند از ابزارهایی در دامنه PA گرفته شدند که امکان سنجی و اولویت‌های تحویل مداخله را بررسی کرده‌اند (کورنیا و هلستن 1998؛ ترین، پلاتینکوف، رودز، نورث و کورنیا 2013). این شامل ارزیابی در مورد فعالیت‌های ارجح، موقعیت، زمان روز، اعضای خانواده، تنوع، شدت، نظارت، سبک برنامه ریزی و حالت تماس مداخله بود.

طرح تجزیه و تحلیل

TPB می‌تواند برای پیش‌بینی رفتار (از جن 1991) و طراحی مداخلات از طریق استنباط باورهای کلیدی اساسی در ساختارهای مهم مورد استفاده قرار گیرد (از جن، 2002، 2006، از جن و فیشبین 2005). در این مطالعه برای هدف دوم، روش‌های TPB دنبال می‌شوند. به دنبال پیشنهادات از جن (2002) برای استنباط باور TPB، پاسخ‌های مربوط به باورها توسط نویسندگان مطالعه کدگذاری و تنظیم می‌شوند. در رویکرد تنظیم بعدی، یک فرآیند تکراری دنبال می‌شود. ابتدا یک فهرست و تعریفی از ویژگی‌های باورهای اولیه از تحقیق TPB کلی تر در PA (سایمونز داونز و هاسنبلاس 2005) برای استفاده به عنوان چارچوب مرجع ارائه شد. سپس بیان باورها با این فهرست مقایسه شدند و در نهایت به عنوان یکی از این ساختارها امتیاز گرفتند یا به عنوان یک ساختار اضافی به لیست اضافه شدند. همه طرح‌ها به طور مستقل طبقه‌بندی شدند و برای رسیدن به اجماع مقایسه شدند. برای اطمینان از کلیت نتایج، تصور شد که پیشنهاد از جن (2002) فقط شامل شایع‌ترین باورها می‌باشد. در حالی که تا حدودی ساختگی است، ما تصمیم گرفتیم که حداقل 5 درصد نمونه برای تأیید یک باور و در نظر گرفتن آن در نتایج به عنوان طرح نهایی مورد نیاز است. با توجه به اهداف اکتشافی بررسی باورهای تأیید شده بر اساس سن، و جنسیت کودکان و جنسیت والد، این داده‌ها با گروه‌بندی به عنوان مادران و پدران، دختران و پسران، و کودکان (6-10 سال) و نوجوانان (11-14 سال) سازماندهی شدند. طبقه‌بندی سن مسلمانان یک طبقه‌بندی دلخواه است، اما جدایی سنتی از مدرسه

ابتدایی به مدرسه متوسطه در محیط کانادایی را دنبال می کند. در نهایت، انحراف تناسب در گروه ها را با استفاده از تحلیل های مستقل نمونه χ^2 بررسی کردیم. به منظور کاهش میزان خطای بالقوه خانواده یک تست اومنیبوس در هشت گروه انجام شد. فقط انحراف های معنی دار ($p < .05$) این تست با مقایسه بین گروه های مختلف مورد بررسی قرار گرفتند. برای تشخیص اندازه اثر بین کوچک و متوسط ($w = .25$) با استفاده از آلفا 0.05 و قدرت 0.05، حداقل به 30 شرکت کننده در هر گروه نیاز داشتیم.

بحث و بررسی

همان طور که فرض می شود، فقط چند باور به عنوان اهداف مهم فعالیت مشترک والدین - فرزند ایجاد شدند که در حوزه های نگرش و کنترل قرار می گیرند. برای باور های رفتاری، مزایای سلامت فعالیت مشترک منظم صرف نظر از گروه بندی بر اساس سن، و جنسیت کودک یا مادر/ پدر مورد حمایت قرار گرفت. این معادل تحقیق کلی PA در مورد استنباط باور می باشد (سایمونز داونز و هاسنبلاس 2005). متأسفانه این اثر سقف نیز نشان دهنده آن است که مزیت کمی در مورد PA از طریق آموزش سلامت در سطح خانواده به دست می آید (کیتزمن اولریچ و همکاران 2010؛ اوکونور و همکاران 2009؛ سالمون و همکاران 2007؛ وان اسلوگیس و همکاران 2011). با این حال حدود 20 درصد والدین مزایای سلامت را به عنوان یک باور رفتاری تأیید نکردند که این نشان می دهد مولفه سلامت مداخله باید حداقل در مداخلاتی که شامل فعالیت مشترک والدین - فرزند هستند، وجود داشته باشد.

نکته جالب توجه این است که مزایای درون فردی فعالیت مشترک نیز در این نمونه از والدین مورد حمایت قرار گرفتند. در حالی که مزایای اجتماعی PA در جمعیت های بزرگسال رایج هستند (سایمون داونز و هاسنبلاس 2005)، یک تأیید (70٪) که تقریباً معادل مزایای سلامتی (79٪) PA است، احتمالاً نتیجه مستقیم تنظیم فعالیت مشترک می باشد. پیوند فرزند و والدین و فرصتی برای تعیین زمان خانواده، رایج ترین طرح های باورهای رفتاری درون فردی صرف نظر از جنسیت والدین و سن و جنسیت کودک بودند. به طور کلی، معتقدیم که این نتایج نشان دهنده قابلیت هستند که والدین در فعالیت مشترک برای حفظ روابط والد - فرزند در طول دوران کودکی و نوجوانی می بینند. در حالی که در برخی مداخلات، ارتباط نوجوانان و والدین در تحقیق PA قبلی مورد بررسی قرار گرفته اند (اوکونور و

همکاران 2009)، به نظر می رسد که این رویکرد باید بیش تر مورد بررسی قرار گیرد. جنبه های بین فردی سرگرمی خانوادگی نیز در میان همه گروه ها در نظر گرفته شده اند. این از رویکرد اتخاذ شده در کمپین های PA مانند VERB حمایت می کند (ونگ ، هوهمان، برکویتز ، کاویل و مایباخ 2008) که در آن سرگرمی همراه با مزایای سلامتی مورد تاکید قرار گرفته است.

جدول 4. باور های کنترل در مورد فعالیت مشترک والد - فرزند

| | | مادر ها | | | | پدر ها | | | | کل | باور های کنترل |
|-----|---------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|----|----------------|
| | | دختر ها | | پسر ها | | دختر ها | | پسر ها | | | |
| | | 14-11 (n=80) %(n) | 10-6 (n=75) %(n) | 14-11 (n=77) %(n) | 10-6 (n=92) %(n) | 14-11 (n=39) %(n) | 10-6 (n=42) %(n) | 14-11 (n=42) %(n) | 10-6 (n=36) %(n) | | |
| 367 | 83 (30) | 67 (28) | 74 (31) | 79 (31) | 78 (72) | 68 (52) | 80 (60) | 79 (63) | مرتبط با زمان | | |
| 45 | 14 (5) | — | 12 (5) | 10 (4) | 9 (8) | 9 (7) | 8 (6) | 13 (10) | مشغول | | |
| 28 | 8 (3) | — | 7 (3) | 15 (6) | 11 (10) | — | — | 8 (6) | کارهای روزمره | | |
| 270 | 58 (21) | 52 (22) | 50 (21) | 59 (23) | 61 (56) | 44 (34) | 67 (50) | 54 (43) | سایر اعضای خانواده | | |
| 32 | 6 (2) | 7 (3) | 7 (3) | — | 12 (11) | — | 11 (8) | 6 (5) | سایر اولویت ها / فعالیت ها | | |
| 51 | 17 (6) | 7 (3) | — | 8 (3) | 10 (9) | 12 (9) | 9 (7) | 18 (14) | برنامه زمانی | | |
| 31 | 6 (2) | 5 (2) | 5 (2) | 13 (5) | — | 8 (6) | 8 (6) | 10 (8) | مدرسه / تکلیف | | |
| 31 | 11 (4) | 7 (3) | 10 (4) | — | 7 (6) | 5 (4) | — | 13 (10) | کار | | |
| 96 | 28 (10) | 19 (8) | 26 (11) | 23 (9) | 21 (19) | 16 (12) | 15 (11) | 20 (16) | مرتبط با سلامتی | | |
| 144 | 14 (5) | 24 (10) | 26 (11) | 21 (8) | 35 (32) | 26 (20) | 36 (27) | 39 (31) | مسائل سلامتی | | |
| 55 | 8 (3) | 10 (4) | 14 (6) | 8 (3) | 11 (10) | 12 (9) | 11 (8) | 15 (12) | خسته | | |
| 110 | 6 (2) | 14 (6) | 12 (5) | 16 (6) | 25 (23) | 25 (19) | 32 (24) | 31 (25) | ناسازگاری | | |
| 164 | 19 (7) | 43 (18) | 24 (10) | 38 (15) | 29 (27) | 43 (33) | 31 (23) | 39 (31) | سن | | |
| 26 | 8 (3) | 10 (4) | — | 10 (4) | — | — | 9 (7) | 10 (8) | فعالیت ها | | |
| 52 | 8 (3) | 5 (2) | 5 (2) | 10 (4) | 13 (12) | 18 (14) | 12 (9) | 8 (6) | اولویت کودک برای دوستان | | |
| 20 | — | 7 (3) | 5 (2) | 8 (3) | — | 9 (7) | — | 6 (5) | علائق | | |
| 40 | — | 7 (3) | 10 (4) | 10 (4) | 8 (7) | 16 (12) | 8 (6) | 5 (4) | تنبل / بدون انگیزه | | |
| 54 | — | 21 (9) | 10 (4) | 10 (4) | 8 (7) | 14 (11) | 12 (9) | 13 (10) | مهارت / توانایی | | |
| 26 | 6 (2) | 5 (2) | — | 8 (3) | — | 5 (4) | 7 (5) | 13 (10) | پول / منبع | | |
| 29 | 8 (3) | 12 (5) | 5 (2) | 8 (3) | — | 5 (4) | 11 (8) | 5 (4) | آب و هوا | | |
| 82 | 8 (3) | 17 (7) | 24 (10) | 8 (3) | 23 (21) | 14 (11) | 17 (13) | 18 (14) | فصلی (نور روز) | | |
| 5 | — | — | — | — | 5 (5) | — | — | — | امکانات / فضا | | |
| 6 | — | — | — | — | — | — | 8 (6) | — | | | |

جنبه های یادگیری، ورزشی و رشد مهارت فعالیت مشترک یک باور رفتاری کم تر ذکر شده هستند، اما همچنان توسط بیش از یک سوم نمونه تائید می شوند. این می تواند یکی از عناصر موفق در مداخله کودکان سالم، پدران سالم (مورگان و همکاران 2011) با هدف افزودن برخی جنبه های آموزشی بالقوه به فعالیت مشترک باشد. بررسی مداوم فرصت های آموزشی و مربیگری برای فعالیت مشترک می تواند نشان دهنده یک فرصت رهبری برای والدین در تکمیل جنبه های سلامت و اجتماعی فعالیت با فرزندان آن ها باشد.

باور های کنترل به طور خاص در طور توجه به ایجاد مداخلات موفق حائز اهمیت هستند، زیرا نشان دهنده عامل پیش بینی غالب رفتار فعالیت مشترک می باشند (رودز و همکاران 2015). همه والدین فقدان زمان را به عنوان دلیل اصلی عدم فعالیت با فرزند خود ذکر کرده اند، زیرا وظایف حرفه ای آن ها اولویت دارند. این یک موضوع مهم است، زیرا نشان می دهد که چگونه جامعه فعلی می تواند سلامت خانواده را از طریق کار شغلی تحت تاثیر قرار دهد (کرک و رودز 2011). این نیز مهم است، زیرا تغییر جزئی شیوه های کاری والدین می تواند انواع مداخله موفق را محدود کند (به عنوان مثال، فرد و جامعه) (داویسون و همکاران 2013؛ داویسون، لوسون و کوتز ورث 2012) و می تواند توضیح دهد که چرا مداخلات فردی بسیار، نتایج بی ارزشی داشته اند (اوکونور و همکاران 2009).

یک باور کنترل جالب که برای فعالیت مشترک بسیار خاص به نظر می رسد، ناسازگاری درک شده بالقوه بین والدین و فرزندان آن ها بود و این با حدود یک سوم نمونه افزایش می یابد. پدران، کودکان خردسال تر، نسبت به پدران نوجوانان، خود را برای فعالیت مشترک، مناسب تر می بینند. به نظر می رسد که دلایل ناسازگاری ترکیبی از تفاوت ها در منافع درک شده، فعالیت ها، مهارت ها و انگیزه کلی می باشد. این نشان می دهد که مداخلات می توانند به والدین و فرزندان در زمینه فعالیت مشترک کمک کنند، به خصوص در طول دوره نوجوانی. با این حال، احتمال می رود که برخی والدین بر اساس بازخورد از نوجوانان خود پاسخ دهند، که ممکن است مایل به شرکت در فعالیت با والدین خود نباشند. تحقیق بیش تر در مورد این جنبه از ناسازگاری والد-فرزند از دیدگاه کودک می تواند برای درک کامل این باور کنترل مفید باشد.

جدول 5. درصد اولویت های فعالیت های بین والد و فرزند.

| فعالیت ها | | مادرها | | | | پدرها | | | |
|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|--------------|--|
| | | دخترها | | پسرها | | دخترها | | پسرها | |
| 14-11 (n=80) | 10-6 (n=75) | 14-11 (n=77) | 10-6 (n=92) | 14-11 (n=39) | 10-6 (n=42) | 14-11 (n=42) | 10-6 (n=36) | | |
| — | 5 | 5 | — | — | — | — | — | بدمینتون | |
| 14 | 7 | — | — | — | — | — | — | بیس بال | |
| 7 | — | 5 | — | 5 | 5 | — | — | بسکتبال | |
| — | — | — | — | — | 5 | — | — | آموزش مدار | |
| 11 | 17 | 10 | 10 | 11 | 10 | 5 | 11 | دوچرخه سواری | |
| — | — | — | 5 | — | — | — | — | رقص | |
| — | — | 5 | — | — | — | — | — | داگ واکینگ | |
| 6 | — | — | — | — | — | 7 | 5 | اکسر گیمز | |
| — | — | — | 5 | — | — | — | — | باغبانی | |
| 6 | — | — | — | — | — | — | — | گلف | |
| — | 12 | 7 | 8 | 9 | 6 | — | — | هایکینگ | |
| 31 | 12 | — | 5 | — | 13 | — | — | هاکی | |
| — | 7 | — | — | — | — | — | — | هنر های رزمی | |
| 8 | — | 19 | 10 | 17 | 10 | 12 | — | بازی | |
| 6 | — | — | — | — | — | — | — | راگی | |
| — | 5 | 10 | 8 | 7 | — | — | 5 | دویدن | |
| 22 | 17 | 12 | — | 8 | — | 5 | — | فوتبال | |
| 6 | — | — | — | — | — | — | — | ورزش | |
| 17 | 5 | 17 | 5 | 18 | 13 | 15 | — | شنا | |
| 8 | 12 | 10 | 21 | 30 | 27 | 24 | 34 | پیاده روی | |

مسائل مرتبط با سلامتی مانند کمبود انرژی و بیماری فیزیکی یا ذهنی در میان والدین نیز موانع شایع هستند. این باعث ایجاد یک چالش برای فعالیت مشترک می شود. با این حال، خستگی یک مانع سلامتی است که بیش تر گزارش شده است، و کم تر از یک چهارم نمونه را در بر می گیرد. روش های استراتژیک برای برنامه ریزی فعالیت مشترک می توانند به والدین در پیدا کردن انرژی برای بازی با فرزندان خود کمک کنند (رودز و همکاران 2016)، اما به طور کلی، خستگی یک مانع چالش برانگیز برای PA است (موسسه پژوهش تناسب و سبک زندگی کانادایی 2014).

در نهایت، هوا و ساعت های محدود روز یک مانع کانادایی برای فعالیت مشترک والدین - فرزندان است که به خوبی شناخته شده است (کارسون و اسپنس 2010). استراتژی های جایگزین برای فعالیت های داخلی ، تضمین شده به نظر می رسند. دسترسی به امکانات و هزینه فعالیت به عنوان مانع تأیید شده است و این نشان می دهد که محیط ساختمان ، یکی از نقاط مهم مداخله نیست. این احتمالاً بدان دلیل است که اکثر والدین زیرساخت PA قوی و برنامه ریزی در کانادا را در نظر می گیرند (موسسه پژوهش تناسب و سبک زندگی کانادایی 2014) و به کم اهمیتی آن توجه نمی کنند.

توضیح ما در مورد اولویت های برنامه فعالیت مشترک نیز به درک برخی از حوزه های مهم تحقیق آینده در مورد توسعه برنامه مفید بود. به عنوان مثال، هاکی یک فعالیت ارجح برای پسر ها بود، در حالی که فوتبال کم تر خاص جنسیت بود. علاوه بر این، والدین کودکان ، ورزش های کم تر سازمان یافته را برای نوجوانان خود ترجیح می دادند و اولویت ها را به سمت فعالیت های سبک زندگی تغییر دادند. شنا و بازی یک فعالیت ارجح برای کودکان بود. این یافته ها نشان دهنده برخی هدف های کلی بسته به جنسیت والدین و سن کودک می باشند. با این حال، یکی از مهم ترین نتایج تأیید کلی همه فعالیت ها بود. در حالی که این نشان دهنده شیوع پایین PA والدین و فرزند است، نشان می دهد که والدین و فرزندان آن ها می توانند از مواجهه با فعالیت های مختلف در برنامه PA بهره مند شوند. با توجه به این نتایج، به نظر می رسد که نباید فرض شود والدین اولویت های قوی دارند.

از لحاظ تحویل برنامه، والدین ترجیح دادند در طول بعد از ظهر / عصر، PA در خانه یا حیاط باشد. برخی از موفق ترین برنامه های فعالیت مشترک (مورگان و همکاران 2011؛ اودیر و همکاران 2012) مبتنی بر جامعه بودند و برای بسیاری از والدین مطلوب نبودند. به نظر می رسد که مداخلات انجام شده در خانه برای بررسی بیش تر، ارزشمند هستند. روش ارجح تماس تبلیغاتی از طریق متخصصان آموزش دیده جامعه به وسیله منابع اینترنتی بودند. ارتباط ترکیبی (به عنوان مثال، حضوری، و منابع اینترنتی) با توجه به هزینه ارتباط حضوری و اثربخشی پایین مداخله مبتنی بر وب، بهترین گزینه به نظر می رسد (داویس ، اسپنس ، واندلانوت ، کاپرچوین و مومری 2012). نتایج ما نشان

دهنده عدم تفاوت در این اولویت ها بر اساس سن/ جنسیت فرزند یا بین مادران و پدران بودند که نشان می دهد تناسب جمعیت شناختی فعالیت مشترک خانواده ضروری نیست.

با وجود یافته های جالب، هنوز محدودیت های قابل توجهی در مورد نتایج وجود دارند. ابتدا، توضیح خوبی از جمعیت انگلیسی کانادایی ارائه شده است، اما کبک نه. در تحقیقات آینده این نتایج باید برای تعمیم کانادایی های فرانسوی بررسی شوند. در روش استنباط ما، باور های رفتاری و کنترل در TPB در نظر گرفته شده اند، اما سایر رویکرد های نظری ممکن است موجب دستیابی به بینش های مختلف شوند. تحلیل های اکتشافی ما در جنسیت والدین، و سن و جنسیت کودک شامل چند آزمون بودند، بنابراین خطا می توانند یافته ها را تحت تاثیر قرار دهد. تکرار این نتایج مورد نیاز است و می توانیم به نتایج قطعی دست پیدا کنیم. تمرکز بر والدین نیز فقط یک جنبه از فعالیت های مشارکتی والد - فرزند است. تحقیق در مورد فعالیت مشترک در منظر کودک نیز به درک کامل موضوع کمک می کند. در نهایت، تحلیل نسبت در باور ها، برای تشخیص اثرات متوسط انجام شد، بنابراین اثرات کوچک که همچنان می توانند در کمپین های مداخله بزرگ مقیاس مهم باشند، نشان دهنده تفاوت در این نتایج نیستند.

به طور خلاصه، PA خانواده که در آن والدین و فرزندان با هم فعال هستند، یک ابزار عالی برای بهبود سلامت خانواده می باشد، اما مداخلات فعلی موفق نبوده اند. در این مطالعه، باور ها و اولویت های برنامه در مورد فعالیت مشترک برای درک بهتر آنچه باید در تحقیقات آینده مورد هدف قرار گیرد، مورد مطالعه قرار گرفته اند. نتایج به دست آمده نشان می دهند که باور های رفتاری در مورد سلامت، فرصت های یادگیری درون فردی و آموزشی و باور های کنترل در مورد فقدان زمان، عوامل ناسازگار مختلف بین والدین و فرزندان، جنبه های مرتبط با سلامت والدین و موانع آب و هوا، موضوعات مهمی هستند. بسیاری از این ها با جنسیت والدین و سن و جنسیت کودکان تغییر نمی کنند، اما نتایج به دست آمده به وضوح از مداخلات متمرکز بر مزایای اجتماعی فعالیت مشترک در سطح خانواده در کنار پیام های تبلیغاتی در مورد مزایای سلامتی آن حمایت می کنند.

جدول 6. اولویت های والدین برای فعالیت مشترک فرزند.

| | | مادرها | | پدرها | | | | مشخصه | |
|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-------|---------------------------|
| | | پسرها | | دخترها | | پسرها | | | |
| 14-11 (n=80) | 10-6 (n=75) | 14-11 (n=77) | 10-6 (n=92) | 14-11 (n=39) | 10-6 (n=42) | 14-11 (n=42) | 10-6 (n=36) | | |
| 56 | 51 | 43 | 52 | 88 | 51 | 48 | 57 | 63 | محل |
| 81 | 89 | 86 | 91 | 30 | 85 | 86 | 79 | 83 | ٪ در خانه |
| 43 | 51 | 45 | 50 | 70 | 33 | 41 | 51 | 26 | ٪ حیاط / محله |
| 75 | 77 | 67 | 83 | 35 | 84 | 78 | 83 | 70 | ٪ مرکز تفریح |
| 31 | 34 | 31 | 24 | 35 | 40 | 26 | 28 | 28 | ٪ پارک ها |
| 65 | 69 | 62 | 79 | 73 | 68 | 51 | 64 | 59 | زمان روز |
| 67 | 77 | 67 | 50 | 60 | 67 | 71 | 59 | 76 | ٪ صبح |
| 77 | 89 | 64 | 76 | 88 | 76 | 78 | 75 | 71 | ٪ بعد از ظهر |
| 31 | 31 | 29 | 43 | 20 | 33 | 19 | 39 | 31 | ٪ عصر |
| 17 | 23 | 12 | 7 | 20 | 18 | 15 | 19 | 20 | اعضای خانواده |
| 18 | 14 | 10 | 7 | 23 | 25 | 19 | 13 | 24 | ٪ همه اعضای خانواده |
| 22 | 14 | 12 | 14 | 18 | 24 | 26 | 21 | 31 | ٪ فقط کودکان |
| 65 | 66 | 74 | 74 | 60 | 70 | 55 | 61 | 61 | ٪ کل خانواده |
| 10 | 20 | 12 | 10 | 18 | 4 | 13 | 12 | 5 | ٪ افراد غیر از خانواده |
| 28 | 23 | 33 | 31 | 28 | 28 | 30 | 25 | 28 | اولویت شدید |
| 68 | 77 | 57 | 60 | 68 | 69 | 65 | 70 | 68 | ٪ ملایم |
| 21 | 20 | 17 | 21 | 10 | 22 | 18 | 32 | 16 | ٪ متوسط |
| 76 | 74 | 81 | 69 | 86 | 75 | 75 | 65 | 79 | ٪ شدید |
| 65 | 71 | 64 | 62 | 70 | 68 | 70 | 52 | 63 | تنوع |
| 33 | 26 | 29 | 33 | 28 | 31 | 25 | 47 | 34 | ٪ نوع یکسانی از فعالیت ها |
| 39 | 37 | 38 | 31 | 40 | 42 | 38 | 43 | 34 | ٪ فعالیت های مختلف |
| 16 | 8 | 12 | 10 | 3 | 16 | 13 | 32 | 18 | نظارت |
| 71 | 74 | 62 | 69 | 78 | 73 | 71 | 68 | 75 | ٪ آموزش مربی |
| 20 | 11 | 26 | 14 | 15 | 27 | 18 | 17 | 24 | ٪ فعالیت های خودآموز |
| 3 | 3 | 2 | 0 | 8 | 4 | 1 | 1 | 4 | سیک برنامه ریزی |
| 54 | 49 | 45 | 50 | 55 | 56 | 50 | 59 | 56 | ٪ همزمان / انعطاف پذیر |
| 57 | 54 | 57 | 62 | 63 | 59 | 54 | 52 | 56 | ٪ برنامه ریزی شده |
| 45 | 46 | 36 | 43 | 33 | 46 | 44 | 49 | 48 | اولویت ارتباط |
| 31 | 34 | 33 | 19 | 23 | 34 | 33 | 29 | 36 | ٪ پزشک |
| 9 | 0 | 12 | 2 | 13 | 11 | 13 | 12 | 6 | ٪ پرستار |

| |
|--------------------------------|
| /. کارشناس / متخصص تناسب |
| /. محقق / دانشمند |
| نحوه انتقال اطلاعات /. تلفن |
| /. ایمیل |
| /. اینترنت / وب سایت |
| /. چاپ بروشور |
| /. حضوری |
| /. ویدئوی خودآموزی |

مداخلاتی که به دنبال غلبه بر محدودیت های زمانی درک شده والدین، خستگی والدین و آب و هوای زمستانی کانادا بودند نیز توصیه می شوند. نتایج ما در مورد اولویتهای برنامه ریزی، می تواند شروعی در رابطه با چگونگی رسیدگی به این موانع کنترل فعالیت مشترک باشد. به احتمال زیاد، اگر مداخلات در نزدیک خانه و خارج از خانه، بعد از کار و توسط متخصصان سلامت جامعه از طریق اینترنت یا به صورت حضوری ارائه شوند، موفقیت آمیز خواهند بود.

References

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002a). *Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Retrieved from <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/>
- Ajzen, I. (2002b). *Construction of a theory of planned behavior intervention*. Retrieved from <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.intervention.pdf>
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*. <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). Theory-based behavior change interventions: Comments on Hobbs and Sutton. *Journal of Health Psychology*, 10, 27-31.
- Backlund, C., Sundelin, G., & Larsson, C. (2011). Effects of a 2-year lifestyle intervention on physical activity in overweight and obese children. *Advances in Physiotherapy*, 13, 97-109.
- Bellows-Riecken, K. H., & Rhodes, R. E. (2008). A birth of inactivity? A review of physical activity and parenthood. *Preventive Medicine*, 46, 99-110.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (2014). *2010 Physical activity monitor: Barriers to children's participation in physical activity*. Retrieved from <http://www.cflri.ca/overview-physical-activity-and-sport-monitoring-program>
- Carson, V., & Spence, J. C. (2010). Seasonal variation in physical activity among children and adolescents: A review. *Pediatric Exercise Science*, 22, 81-92.
- Colley, R. C., Garrigué, D., Janssen, I., Craig, C., Clarke, J., & Tremblay, M. S. (2011). *Physical activity of Canadian children and youth: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey* (Catalogue No. 82-003-XPE). Ottawa, Ontario, Canada: Statistics Canada.
- Courneya, K. S., & Hellsten, L. A. (1998). Personality correlates of exercise behavior, motives, barriers and preferences: An application of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 24, 625-633.
- Davies, C. A., Spence, J. C., Vandelanotte, C., Caperchione, C. M., & Mummery, W. K. (2012). Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 52. doi:10.1186/1479-5868-9-52
- Davison, K. K., Lawson, H. A., & Coatsworth, J. D. (2012). The Family-Centered Action Model of Intervention Layout and Implementation (FAMILI): The example of childhood obesity. *Health Promotion Practice*, 13, 454-461.
- Davison, K. K., Nishi, A., Kranz, S., Wyckoff, L., May, J. J., Earle-Richardson, G. B., . . . Jenkins, P. L. (2013). Associations among social capital, parenting for active lifestyles, and youth physical activity in rural families living in upstate New York. *Social Science & Medicine*, 75, 1488-1496.
- Edwardson, C. L., & Gorely, T. (2010). Parental influences on different types and intensities of physical activity in youth: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 522-535.
- Estabrooks, P. A., & Glasgow, R. E. (2006). Translating effective clinic-based physical activity interventions into practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 45-56.
- Godin, G., & Shephard, R. J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Science*, 10, 141-146.
- Gustafson, S., & Rhodes, R. E. (2006). Parental correlates of child and early adolescent physical activity: A review. *Sports Medicine*, 36, 79-97.

- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 40. doi:10.1186/1479-5868-7-40
- Kirk, M., & Rhodes, R. E. (2011). Occupation correlates of adults' participation in leisure-time physical activity: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 40, 476-485.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., St. Georg, S. M., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical Child Psychology Review*, 13, 231-253.
- Loprinzi, P. D., & Trost, S. G. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Preventive Medicine*, 50, 129-133.
- Morgan, P. J., Lubans, D. R., Callister, R., Okely, A. D., Burrows, T., Fletcher, R., & Collins, C. (2011). The "Healthy Dads, Healthy Kids" randomized controlled trial: Efficacy of a healthy lifestyle program for overweight fathers and their children. *International Journal of Obesity*, 35, 436-437.
- Morrison, R., Reilly, J. J., Penpraze, V., Westgarth, C., Ward, D. S., Mutrie, N., . . . Yam, P. S. (2013). Children, Parents and Pets Exercising Together (CPET): Exploratory randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 1096. doi:10.1186/1471-2458-13-1096
- O'Connor, T. M., Jago, R., & Baranowski, T. (2009). Engaging parents to increase youth physical activity: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 141-149.
- O'Dwyer, M. V., Fairclough, S. J., Zoe Knowles, Z., & Stratton, G. (2012). Effect of a family focused active play intervention on sedentary time and physical activity in preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 117. doi:10.1186/1479-5868-9-117
- Olvera, N. N., Knox, B., Scherer, R., Maldonado, G., Sharma, S. V., Alastuey, L., & Bush, J. A. (2008). A healthy lifestyle program for Latino daughters and mothers. *American Journal of Health Education*, 39, 283-295.
- Rhodes, R. E., Berry, T., Craig, C. L., Faulkner, G., Latimer-Cheung, A., Spence, J. C., & Tremblay, M. S. (2013). Understanding parental support of child physical activity behavior. *American Journal of Health Behavior*, 37, 469-477.
- Rhodes, R. E., Blanchard, C. M., Courneya, K. S., & Plotnikoff, R. C. (2009). Identifying belief-based targets for the promotion of leisure-time walking. *Health Education & Behavior*, 36, 381-393.
- Rhodes, R. E., Blanchard, C. M., & Matheson, D. H. (2007). Motivational antecedent beliefs of endurance, strength, and flexibility activities. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 148-162.
- Rhodes, R. E., Naylor, P. J., & McKay, H. A. (2010). Pilot study of a family physical activity planning intervention among parents and their children. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 91-100.
- Rhodes, R. E., & Quinlan, A. (2014). The family as a context for physical activity promotion. In M. R. Beauchamp & M. A. Eys (Eds.), *Group dynamics in exercise and sport psychology* (2nd ed., pp. 203-221). New York, NY: Routledge.
- Rhodes, R. E., Spence, J. C., Berry, T., Deshpande, S., Faulkner, G., Latimer-Cheung, A., . . . Tremblay, M. (2016). Understanding action control of parent support behavior for child physical activity. *Health Psychology*, 35, 131-140.
- Rhodes, R. E., Spence, J. C., Berry, T., Deshpande, S., Faulkner, G., Latimer-Cheung, A. E., . . . Tremblay, M. S. (2015). Predicting changes across 12 months in three types of parental support behaviors and mothers' perceptions of child physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 853-864.
- Salmon, J., Booth, A., Phongsavan, P., Murphy, N., & Timperio, A. (2007). Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiologic Reviews*, 29, 144-159.
- Statistics Canada. (2006). *2006 Census: Ethnic origin, visible minorities, place of work and mode of transportation*. Ottawa, Ontario, Canada: Author.
- Statistics Canada. (2007). *2006 Census*. Ottawa, Ontario, Canada: Author.
- Statistics Canada. (2014). *Population by sex and age group, by province and territory (Number, both sexes) [CANSIM, Table 051-0001]*. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/demo31c-eng.htm>
- Symons Downs, D., & Hausenblas, H. A. (2005). Elicitation studies and the theory of planned behavior: A systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 1-31.
- Taylor, W. C., Baranowski, T., & Sallis, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: A social cognitive model. In R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 319-342). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Tremblay, M. S., Warburton, D. E. R., Janssen, I., Paterson, D. H., Latimer, A. E., & Rhodes, R. E. (2011). New physical activity guidelines for Canadians. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36, 36-46.
- Trinh, L., Plotnikoff, R. C., Rhodes, R. E., North, S., & Courneya, K. S. (2013). Feasibility and preliminary efficacy of adding behavioral counseling to supervised physical activity in kidney cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 37, 8-22.
- Trost, S. G., & Loprinzi, P. D. (2011). Parental influences on physical activity behavior in children and adolescents: A brief review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 171-181.
- van Sluijs, E. M. F., Kriemler, S., & McMinn, A. M. (2011). The effect of community and family interventions on young people's physical activity levels: A review of reviews and updated systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 914-922.
- Wong, F. L., Huhman, M., Berkowitz, J. M., Cavill, N., & Maibach, E. (2008). The VERB™ Campaign: Not about health, all about fun: Marketing physical activity to children. *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 171-280.

برای خرید فرمت ورد این ترجمه، بدون واتر مارک، اینجا کلیک نمایید.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی