



## The Role of Health-Oriented Lifestyle and Health Locus of Control in Predicting the Risk of Overweight

Jalil Fathabadi<sup>1</sup>, Saeid Sadeghi<sup>2</sup>, Farhad Jomhari<sup>3</sup>, Azade Talaneshan<sup>4</sup>

1. Dept. of Educational and Developmental Psychology, Faculty of Psychology and Education, SBU, Tehran, Iran
2. Dept. of Clinical & Health Psychology, Faculty of Psychology and Education, SBU, Tehran, Iran
3. Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Education, ATU, Tehran, Iran
4. Dept. of Clinical Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2017/03/27

Accepted: 2017/08/15

Available online: 2017/12/05

IJHEHP 2018; 5(4):280-287

#### DOI:

10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280

#### Corresponding Author:

**Jalil Fathabadi**

Dept. of Educational and Developmental Psychology, Faculty of Psychology and Education, SBU, Tehran, Iran

Tel: 021-29905347

Email: fathabadi51@gmail.com



### Abstract

**Background and Objective:** The high prevalence of obesity is a serious health problem around the world, there are some variables can cause increase of overweight. The present study aimed to investigate the role of health-oriented lifestyle and health locus of control in preventing this disease .

**Methods:** This descriptive-cross sectional study was conducted during the first six months of 2014 and the statistical population consisted of all female and male overweight patients with the range of 15-67 years old from Imam Khomeini hospital in Tehran. 300 individuals were selected using purposeful sampling method and by calculating Body Mass Index (BMI), two groups were divided into overweight (BMI=25-29.9) and without overweight (BMI=18.5-24.9) groups. Data were collected applying health-oriented lifestyle and health locus of control questionnaires and analyzed by logistic regression in SPSS 24 software.

**Results:** The results of this study indicated a correct prediction that 87% and 74% of people had normal-weight and overweight respectively. The complete model was significantly reliable ( $P \geq 0/001$ ,  $df = 21$  and chi-square= 141/61) and totally %82 of the predictions were correct.

**Conclusion:** Health-oriented lifestyle and health locus of control are capable of being an overweight prediction, and it can be said that by changing the individuals' lifestyle and regulating the source of health control, the risk of overweight will be reduced.

**KeyWords:** Health-oriented lifestyle, Health locus of control, Overweight

Copyright © 2018 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

#### How to cite this article:

Fathabadi J, Sadeghi S, Jomhari F, Talaneshan A. The Role of Health-Oriented Lifestyle and Health Locus of Control in Predicting the Risk of Overweight. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 5 (4) :280-287

Fathabadi, J., Sadeghi, S., Jomhari, F., Talaneshan, A.(2018). The Role of Health-Oriented Lifestyle and Health Locus of Control in Predicting the Risk of Overweight. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5 (4) :280-287



## نقش سبک زندگی سلامت محور و مکان کنترل سلامت در پیش بینی ابتلا به اضافه وزن

جلیل فتح آبادی<sup>۱</sup>، سعید صادقی<sup>۲</sup>، فرهاد جمهری<sup>۳</sup>، آزاده طلاستان<sup>۴</sup>

۱. گروه روان شناسی تربیتی و تحولی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه روان شناسی بالینی و سلامت، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴. گروه روان شناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران

## اطلاعات مقاله

## چکیده

## تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۰۷

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۴

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۴

IJHEHP 2018; 5(4):280-287

## نویسنده مسئول:

جلیل فتح آبادی

گروه روان شناسی تربیتی و تحولی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱-۲۹۹۰۵۳۴۷

## پست الکترونیک:

fathabadi51@gmail.com



**زمینه و هدف:** شیوع چاقی از معضلات تهدیدکننده سلامتی در سراسر جهان است که متغیرهای بسیاری امکان ابتلا به آن را افزایش می دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک زندگی سلامت محور و مکان کنترل سلامت در پیش بینی ابتلا به اضافه وزن انجام شد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری کلیه مراجعین زن و مردی بودند که با اضافه وزن به بخش تغذیه بیمارستان امام خمینی تهران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۴ و در محدوده سنی ۱۵ تا ۶۷ سال مراجعه کرده بودند. از میان آنها ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با محاسبه شاخص نمایه توده بدنی، به دو گروه با اضافه وزن (شاخص نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹) و بدون اضافه وزن (شاخص نمایه توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) تقسیم شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های سبک زندگی سلامت محور و مکان کنترل سلامت جمع آوری و با استفاده از روش تحلیل رگرسیون لجستیک به وسیله نرم افزار Spss ویرایش ۲۴، تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** نتایج این مطالعه نشان می دهد که با پیش بینی درست ۸۷ درصد افراد با وزن طبیعی و ۷۴ درصد افراد مبتلا به اضافه وزن به طبقات آن ها، مدل کامل به طور معنی داری پایا بود ( $P > 0.01$  و  $df = 21$  و  $\chi^2 = 141.61$ ) و ۸۲ درصد از پیش بینی ها در کل درست بودند.

**نتیجه گیری:** سبک زندگی سلامت محور و مکان کنترل سلامت، توان پیش بینی کنندگی ابتلا به اضافه وزن را دارا هستند و می توان گفت که با ایجاد تغییر در سبک زندگی افراد و تعدیل منبع کنترل سلامت می توان احتمال ابتلا به اضافه وزن را در آن ها کاهش داد.

**کلمات کلیدی:** سبک زندگی سلامت محور، مکان کنترل سلامت، اضافه وزن

کپی رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

## مقدمه

معضل در ارتباط هستند (۳) که با توجه به شیوع این بیماری ها و هزینه بالای مراقبت های بهداشتی، بر لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری، بیشتر تأکید شده است. در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقاء سلامت که شامل تشویق سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت کننده برای سلامت، تقویت اقدام جامعه، جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست های بهداشت عمومی تأکید کرده است (۴). یکی از عوامل تعیین کننده رفتارهای بهداشتی در افراد، خودمراقبتی و خودمدیریتی در زمینه های کنترل سلامت و افزایش وزن بیش از حد و چاقی یا همان خودکنترلی درباره سلامت است که

چاقی عبارت است از وزن بالاتر از مقدار متناسب با قد افراد و طبق آخرین آمارها، در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۵ درصد از بزرگسالان آمریکایی به چاقی مبتلا بوده اند (۱). در ایران براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۷۰ درصد از کل آمار مرگ های گزارش شده در سال ۲۰۰۲، مربوط به بیماری های مزمن بوده که چاقی و اضافه وزن از اصلی ترین علل آن محسوب می شوند. این سازمان شیوع اضافه وزن را در مردان و زنان ایرانی در سال ۲۰۰۵ به ترتیب ۵۴ و ۷۰ درصد گزارش کرده است (۲). آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ درباره وضعیت میزان چاقی و اضافه وزن در ایران بسیار تکان دهنده است و نشان می دهد که از جمعیت ۸۰ میلیونی ایران، ۵۰ میلیون نفر با این

می‌دهند که انتخاب‌ها و الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت و طول عمر آن‌ها تأثیرگذار است (۱۱) و در جوامع امروزی، علت عمدهٔ مرگ‌ومیر و ابتلا به چاقی به اعمال نادرست سبک زندگی مثل سیگار کشیدن، بی‌حرکی و عادات تغذیه‌ای ناکافی مربوط می‌شود (۱۲) و فعالیت جسمانی و مصرف میوه و سبزی ناکافی عامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی، چاقی و انواع سرطان‌ها هستند (۱۳). در اواخر قرن نوزدهم، با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، بیماری‌های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن مثل چاقی داد که نمی‌توان آن‌ها را دارو درمان کرد و اغلب در نتیجه شرایط زندگی ناسالم ایجاد شده‌اند؛ بنابراین، توجه به منشأ این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف شده است (۱۴). این تغییرات حتی به تحول در مدل سلامت و بیماری از دههٔ ۱۹۷۰ به بعد منجر شده است. در پی این تغییر، مدل ترکیب عوامل اجتماعی - روانی - زیستی جایگزین مدل پزشکی صرف شده است (۱۴). بدین ترتیب، توجه به سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و خودآورده‌های افراد مانند مکان کنترل سلامت آنان، ضرورت چشمگیری یافته است و در این زمینه مطالعات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد؛ چراکه درک دقیق اینکه چاقی چگونه تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، محیطی و فیزیولوژیکی قرار دارد اولین گام برای هدف قرار دادن همه‌گیر شدن چاقی در جهان و مبارزه با آن است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت در پیش‌بینی ابتلا به اضافه‌وزن انجام شد.

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است. در این مطالعه دو متغیر سبک زندگی سلامت‌محور و منبع کنترل سلامت به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و ابتلا به چاقی به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری شامل کلیهٔ زنان و مردان با اضافه‌وزن مراجعه کننده به بخش تغذیهٔ بیمارستان امام خمینی تهران در شش‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۴ و در محدودهٔ سنی ۱۵ تا ۶۷ سال بود، که با استفاده از جدول Morgan و Krejcie (۱۵) ۳۰۰ نفر از ایشان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با محاسبهٔ شاخص نمایهٔ تودهٔ بدنی به دو گروه با اضافه‌وزن (شاخص نمایهٔ تودهٔ بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹) و بدون اضافه‌وزن (شاخص نمایهٔ تودهٔ بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) تقسیم شدند (هر گروه ۱۵۰ نفر). معیارهای ورود به پژوهش شامل شاخص تودهٔ بدنی در

به‌اندازهٔ عوامل ژنتیکی و تعیین‌کننده‌های رفتاری در سبب‌شناسی چاقی به آن توجه نشده است (۵). منبع کنترل سلامت، باورهای فرد براساس تجارب گذشته نسبت به مسائل بهداشتی و داشتن کنترل درونی یا بیرونی بر آن‌ها است که می‌تواند به نحوی بر سلامتی تأثیرگذار باشد (۶). افرادی با منبع کنترل درونی، در تصمیم‌گیری رفتارهای بهداشتی باورهای قوی دارند و خود را مسئول سلامتی‌شان می‌دانند. در نقطهٔ مقابل، افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، معمولاً انفعالی عمل کرده و خود را مستقیماً مسئول سلامتی خود ندانسته و همواره به تأثیر قضا و قدر، شانس، پزشک و تأثیر دیگران در ارتباط با بیماری یا سلامتی خود معتقدند (۷). به همین دلیل مکان کنترل، ویژگی مهمی مرتبط با سلامت دانسته می‌شود که فرد براساس آن باور دارد محیط، تحت کنترلش است یا او تحت کنترل محیط قرار دارد و علاوه بر نشانه‌های فیزیکی گرسنگی یا سیری، توانایی تفسیر مناسب آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی را شامل می‌شود که تبیین‌کنندهٔ دلایل ابتلا به چاقی و ماندگاری آن است (۵). فرضیه‌ای که بر مبنای مدل کنترل سلامت مطرح است بر این امر استوار است که ارتباط تنگاتنگی بین منبع کنترل سلامت، رفتارهای بهداشتی و حس کنترل و مسئولیت‌پذیری بیماران در روند مراقبت و درمان بیماری وجود دارد. برای مثال، افرادی که دربارهٔ سلامت بدنی خود ادراک کنترل (منبع کنترل درونی سلامت) دارند، برای معاینه و آگاه شدن از وضعیت بدنی‌شان به پزشک مراجعه می‌کنند و نه تنها می‌دانند که مراجعه به پزشک لازم است بلکه آگاه‌اند که به چه پزشکی، کی، کجا و در چه شرایطی مراجعه کنند (۶).

همچنین براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، چاقی یکی از پنج بیماری مزمنی است که با سبک زندگی و تغذیه ارتباط مستقیمی دارد (۸). سبک زندگی تمام رفتارهایی است که تحت کنترل شخص هستند یا بر بهداشت فرد تأثیر می‌گذارند. رفتارهای حفاظت از سلامتی (کاهش خطر و پیشگیری) و رفتارهای ارتقاء سلامت دو جزء مکمل سبک زندگی سالم هستند (۹). سبک زندگی سلامت‌محور پدیدهٔ چند علتی، چندبعدی و چند دلالتی است که به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود و می‌تواند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین‌کنندهٔ سلامت فرد باشد. این سبک ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیهٔ مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... دارد. جوهرهٔ تعریف سبک زندگی سلامت‌محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (۱۰). شواهد علمی نشان



محدوده ۲۵ تا ۲۹/۹ (اضافه وزن)، مبتلا نبودن به بیماری‌های جسمی و روانی زمینه‌ای و قرارگرفتن در محدوده سنی ۱۵ سال به بالا بود. پس از اعلام رضایت، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت را تکمیل کردند. برای محاسبه نمای توده بدنی افراد، وزن براساس کیلوگرم بر مجذور قد (برحسب متر) تقسیم و محاسبه شد (۱۶).

### پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را، Walker, Sechrist و Pender (۱۹۸۷) ساخته‌اند. این پرسشنامه یک ابزار ۵۲ گویه‌ای خود گزارشی است که سبک زندگی سلامت‌محور را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کنند، اندازه‌گیری می‌کند. شش خرده مقیاس اندازه‌گیری مبتنی بر چارچوب الگوی ارتقای سلامت‌محور عبارت‌اند از: روابط بین فردی، تغذیه، مسئولیت بهداشتی، ورزش، کنترل استرس و رشد فردی. پایایی این پرسشنامه در یک مطالعه در ایران (یزد) در تمام زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ و شاخص محتوایی روایی برای این ابزار ۰/۸۴ گزارش شده است (۱۷).

### پرسشنامه مکان کنترل سلامت

در این پژوهش مقیاس چندوجهی کنترل سلامت استفاده شد که در سال ۱۹۷۸ Wallston و همکاران (۱۸) به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساختند. مکان کنترل سلامت در مجموع ۱۸ گویه دارد که شامل ۶ گویه منبع کنترل درونی، ۶ گویه منبع کنترل شانس و ۶ گویه منبع کنترل دیگران است (۱۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حسن‌زاده و همکاران با روش دونیمه کردن ۰/۸۴ و با ضریب آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های کنترل درونی برابر ۰/۶۸، کنترل شانس برابر ۰/۷۴ و در مؤلفه کنترل دیگران ۰/۵۰ به دست آمد (۲۰). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ پایایی ابزار در مؤلفه‌های کنترل درونی ۰/۶۹، کنترل شانس ۰/۷۷ و در مؤلفه کنترل دیگران ۰/۶۳ به دست آمد.

داده‌ها به وسیله آزمون رگرسیون لجستیک هم‌زمان و ماتریس همبستگی با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۴ بررسی شد.

### یافته‌ها

از آنجایی که در این پژوهش متغیر ملاک دو مقوله‌ای است (چاقی در برابر وزن طبیعی)، از روش رگرسیون لجستیک هم‌زمان برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. متغیرهای پیش‌بین در این پژوهش منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور

است. مؤلفه‌های منبع کنترل سلامت، منبع کنترل درونی، کنترل دیگران و شانس هستند. در تفسیر این مؤلفه‌ها می‌توان گفت که هرچقدر فرد در مؤلفه منبع کنترل درونی نمره بالاتری به دست آورد، بیشتر اعتقاد دارد که سلامتی‌اش تحت کنترل خودش است و تلاش بیشتری برای ارتقاء سلامتی خود انجام می‌دهد. سبک زندگی سلامت‌محور احتمال درگیر شدن فرد در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را اندازه‌گیری می‌کند و نمره‌های بالاتر در مؤلفه‌های آن، نشان‌دهنده سبک زندگی مروج سلامت مطلوب‌تر فرد است و نمره‌های کم نشان‌دهنده سبک زندگی است که تندرستی را به مخاطره می‌اندازد.

نتایج تحلیل نشان داد که مدل کامل (شامل متغیرهای مکان کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور) در مقایسه با مدل منحصر به مقدار ثابت به صورت معناداری به پیش‌بینی بهتر منجر می‌شود که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

همان‌طور که در جدول بالا دیده می‌شود مجذور کا، معنادار است. یعنی می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای وارد شده به مدل یعنی منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور پیش‌بینی برون‌داد را بهبود می‌دهد.

همچنین براساس یافته‌های این پژوهش میزان ۵۱ درصد از واریانس وزن براساس متغیرهای مدل تبیین می‌شود که در جدول ۲ نشان داده شده است.

با توجه به یافته‌های جدول ۲ نتیجه می‌گیریم که متغیرهای مدل، افرادی را که مبتلا به چاقی هستند از افراد طبیعی تفکیک می‌کند.

نتایج همچنین نشان می‌دهد که امکان ابتلای افراد به چاقی براساس سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت آنان پیش‌بینی شدنی است (جدول ۳).

با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت مدل برای طبقه‌بندی ۰/۸۲ از افراد نتیجه را به درستی پیش‌بینی کرده است و می‌توان امکان ابتلای ۷۴/۲ افراد به چاقی را براساس سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت آنان پیش‌بینی کرد.

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود مسئولیت‌پذیری و ورزش که از مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور هستند با وزن، همبستگی معنی‌دار منفی دارند. یعنی افرادی که مسئولیت‌پذیری بیشتری دارند و بیشتر ورزش می‌کنند، وزن کمتری دارند.

جدول ۱. معنی‌داری مدل مورد مطالعه

سطح معناداری	درجه آزادی	%	مدل
۰/۰۰۱	۲۱	۱۴۱/۶۱	

جدول ۲. معناداری مدل مورد مطالعه

ضریب R نکلرک	ضریب R کانس و اسنل	۲- لگاریتم احتمال	گام
۰/۵۱	۰/۳۸	۲۶۲/۱۸	۱

جدول ۳. طبقه‌بندی شرکت‌کنندگان پژوهش براساس فراوانی‌های پیش‌بینی متغیر چاقی

پیش‌بینی شده			مشاهده شده	
درصد صحیح	شاخص نمایه توده بدنی		شاخص نمایه توده بدنی	
	با اضافه‌وزن	با وزن طبیعی		
۸۷/۲	۲۳	۱۵۷	با وزن طبیعی	
۷۴/۲	۸۹	۳۱	با اضافه‌وزن	
۸۲	درصد کل			

جدول شماره ۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	وزن	جنسیت	وضعیت تأهل	شغل	تحصیلات
وزن	۷۷ kg	۱۶	-	-	-	-	-
جنسیت	-	-	-	-	-	-	-
وضعیت تأهل	-	-	-	-	-	-	-
شغل	-	-	-	-	-	-	-
تحصیلات	-	-	-	-	-	-	-
منبع کنترل سلامت							
درونی	۲۶	۵	-۰/۰۲۸	۰/۰۵۶	-۰/۰۹۲	۰/۰۱۹	۰/۰۰۰
کنترل دیگران	۱۷	۵	-۰/۰۴۰	۰/۰۷۳	۰/۰۵۰	-۰/۰۱۹	۰/۰۰۰
شانس	۲۱	۵	-۰/۰۳۷	-۰/۰۰۳	۰/۰۲۳	۰/۰۰۹	۰/۰۰۹
منبع کنترل سلامت کل	۱۳۴	۱۸	۰/۰۸۴	۰/۱۵	۰/۰۲۲	۰/۰۱۵	-۰/۰۹۲
سبک زندگی سلامت‌محور							
رشد معنوی	۲۳	۵	-۰/۰۵۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۵	-۰/۰۲۴	۰/۰۳۷
مسئولیت‌پذیری	۳۷	۷	**۰/۰۰۰	۰/۰۵۳	۰/۰۰۰	-۰/۰۷۹	۰/۰۴۹
روابط بین فردی	۳۲	۴	-۰/۰۵۶	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۰۴۹	۰/۰۷۹
مدیریت استرس	۱۲	۳	-۰/۰۲۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۹	-۰/۰۸۶	۰/۰۵۲
ورزش	۱۲	۴	**۰/۰۴۹	۰/۰۰۰	۰/۰۳۷	۰/۰۱۹	۰/۰۷۳
تغذیه	۱۷	۲	-۰/۰۶۵	۰/۰۴۳	۰/۰۴۹	-۰/۰۴۴	-۰/۰۱۱
سبک زندگی سلامت‌محور کل	۱۳۴	۲۳	۰/۰۷۳	-۰/۰۸۷	۰/۰۷۸	۰/۰۵۴	-۰/۰۵۲

۱۵۰ نفر از آنان مبتلا به اضافه‌وزن بودند. نتایج تحلیل نشان می‌دهد که مدل کامل به‌طور معنی‌داری پایا بود. این مدل ۸۷ درصد افراد با وزن طبیعی و ۷۴ درصد افراد مبتلا به اضافه‌وزن را درست در طبقات آن‌ها پیش‌بینی کرده است. در کل ۸۲ درصد از

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل رگرسیون لجستیک اجرا شد که در آن سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و مبتلا به اضافه‌وزن به‌عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل شدند. در کل ۳۰۰ نفر وارد تحلیل شدند که



پیش‌بینی‌ها درست بودند. در جدول ۵ نیز ضرایب و آماره Wald متغیرهای پیش‌بین ارائه شده است. و درجات آزادی مربوطه و مقادیر احتمال برای هرکدام از جدول ۵. پیش‌بینی ابتلا به اضافه‌وزن براساس متغیرهای پیش‌بین

متغیرها	زیر مقیاس‌ها	انحراف معیار	آزمون والد (احتمال معناداری)	نسبت شانس (فاصله اطمینان)	سطح معنی‌داری	
سن	-	۰/۰۱۹	۸	۱/۰۵۷	۰/۰۰۳	
جنسیت	-	۰	۳	۰	۰/۰۵۸	
وضعیت تأهل	-	۰	۲	۰	۰/۰۰۱	
درآمد	-	۰	۱	۱	۰/۰۰۱	
سبک زندگی سلامت‌محور	درونی	۰/۳۸	۸	۱	۰/۰۰۳	
	منبع کنترل سلامت	کنترل دیگران	۰/۳۷	۳	۱/۰۶	۰/۰۰۷
	شانس	۰/۰۲۵	۰	۱/۰۱	۰/۰۰۱	
	رشد معنوی	۰/۰۴۵	۰	۰	۰/۰۰۱	
	مسئولیت‌پذیری	۰/۰۳۰	۱۰	۰	۰/۰۰۱	
	روابط بین فردی	۰/۰۶۱	۷	۱	۰/۰۰۷	
	مدیریت استرس	۰/۰۷۵	۰	۱/۰۲	۰/۰۰۱	
	ورزش	۰/۰۴۲	۱۱/۰۴	۰	۰/۰۰۱	
	تغذیه	۰/۰۶۱	۲	۱	۰/۰۹۸	

خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد (۲۳). نتایج این مطالعه نیز همسو با مطالعات قبلی تلویحاً بیان می‌کند که برای حفظ و ارتقای سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است (۲۱، ۲۴). براساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان استنباط کرد که تعدیل سبک زندگی افراد عاملی اساسی در پایین آوردن میزان چاقی و اضافه‌وزن است. از طرفی دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که تغذیه در سبک زندگی سلامت‌محور نمی‌تواند امکان ابتلای به اضافه‌وزن را پیش‌بینی کند که در تبیین این نکته مهم‌ترین دلیل می‌تواند سؤالات این مؤلفه از پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش باشد که به‌خوبی حیطة تغذیه افراد را پوشش نداده است و نشان می‌دهد که در این مؤلفه پرسشنامه حاضر نیاز به بازنگری دارد. همچنین عوامل داخلی و خارجی گسترده و پیچیده‌ای بر اشتها و در نتیجه بر مقدار و نوع غذای مصرفی توسط انسان مؤثرند. برای مثال، تصور می‌شود استرس (به‌عنوان یکی از محورهای مهم سبک زندگی سلامت‌محور) بر عادت غذایی انسان تأثیرگذار است و هورمون‌هایی که در پاسخ به استرس ترشح می‌شوند می‌توانند به‌طور اختصاصی اشتها را تحت تأثیر قرار دهند. زمانی که فردی در زندگی دچار استرس می‌شود معمولاً به‌صورت ناخودآگاه و به‌صورت خودکار به دنبال ترفندهایی برای رهایی از این استرس می‌گردد، اولین رفتاری که در اغلب موارد از این افراد سر می‌زند خوردن است. زمانی که اشتها در اثر غلبه استرس بر ذهن افزایش یافته و غذای فرد نیز چندین برابر شد، به‌مرور زمان

همچنین این یافته‌ها نشان می‌دهند که تمامی مؤلفه‌های منبع کنترل سلامت (به‌استثنای منبع کنترل دیگران) و سبک زندگی سلامت‌محور (تغذیه) به‌طور معنی‌داری می‌توانند احتمال ابتلای افراد را به اضافه‌وزن پیش‌بینی کنند. همچنین وضعیت تأهل و میزان درآمد نیز متغیر مهمی در پیش‌بینی افراد در ابتلای به چاقی و اضافه‌وزن هستند.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که سبک زندگی سلامت‌محور، توان پیش‌بینی‌کنندگی ابتلا به اضافه‌وزن را دارد. بسیاری از شواهد در ۲۰ سال گذشته نیز نشان می‌دهند که بین سلامتی و سبک زندگی افراد همبستگی وجود دارد (۱۴). Hu و همکاران نشان داده‌اند که رعایت سبک زندگی باعث کاهش ابتلا به بیماری‌های مزمن در بیماران می‌شود (۲۱). فرمانبر نیز در مطالعه خود گزارش کرده است که اکثر بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی سبک زندگی نامناسب داشته‌اند (۲۲). بنابراین می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین موضوعات برای کنترل چاقی و جلوگیری از بیماری‌ها تعدیل سبک زندگی است. سبک زندگی، فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آن‌ها را در زندگی خود پذیرفته‌اند؛ به‌طوری‌که این فعالیت‌ها روی سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (۲۲). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام می‌دهد، از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب،

(ره) و فقدان انگیزه برخی از شرکت‌کنندگان برای تکمیل کامل ابزار پژوهش بود.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد سبک زندگی سلامت‌محور می‌تواند ابتلا به اضافه‌وزن را پیش‌بینی کند. بررسی و شناخت علل و پیش‌بین‌های چاقی می‌تواند باعث انتخاب مؤثرترین روش‌های درمانی شود و از اتلاف وقت و هزینه جلوگیری کرده و متخصصان را به دستیابی به اهدافشان نزدیک‌تر سازد. از طرف دیگر، با شناخت این پیش‌بین‌های چاقی می‌توان گامی بلند برای پیشگیری یا جلوگیری از پیشرفت کمیت و کیفیت چاقی و اضافه‌وزن برداشت. به این ترتیب این امکان حاصل می‌شود که متخصصان بالینی و مجریان برنامه‌های کاهش وزن بتوانند با بهره‌گیری از یافته‌های حاصل از پژوهش، بر میزان موفقیت برنامه‌های پیشگیری از چاقی بیفزایند، امری که می‌تواند صرفه‌جویی در منابع انسانی و مالی را به دنبال داشته باشد.

### سیاسگزاری

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش سیاسگزاری می‌شود.

### References

- Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011--2014. NCHS Data Brief 2015;219(219):1-8.
- Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO 2000.
- Rahmani A, Sayehmiri K, Asadollahi K, Sarokhani D, Islami F, Sarokhani M. Investigation of the prevalence of obesity in Iran: A systematic review and meta-analysis study. Acta Medica Iranica 2015; 53 (10):596-607.
- Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical activity and health. 2<sup>nd</sup> ed. Human Kinetics; 2012.
- Neymotin F, Nemzer LR. Locus of control and obesity. Front Endocrinol (Lausanne). 2014;5:159.
- Stenström U, Andersson PO. Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with type 1 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract 2000; 50 (2):103-7.

می‌توانیم افزایش وزن و تجمع چربی زائد در بدن را نیز به‌وضوح مشاهده کنیم (۱۱، ۲۵). علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سن، تأهل و درآمد می‌توانند ابتلای به اضافه‌وزن را پیش‌بینی کنند. به‌طوری‌که با افزایش سن احتمال ابتلا به اضافه‌وزن بیشتر می‌شود که در مطالعه‌های قبلی انجام‌شده در ایران نیز الگوی همسانی مشاهده می‌شود (۲۵، ۲۶) و با مطالعات بسیاری از کشورهای درحال توسعه مثل عربستان سعودی، بحرین و لبنان نیز همسو است که سن را یکی از عوامل پیش‌بینی کننده چاقی مطرح کرده‌اند (۲۷، ۲۸). در مطالعه قند و لیپید در تهران نیز گزارش شده است که شانس ابتلا به چاقی در زنان کم‌سواد و بی‌سواد در مقایسه با گروه‌های با تحصیلات بالاتر، بیشتر بود که این موضوع با مطالعه ما همخوانی دارد (۲۹). به‌طورکلی دستاوردهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی خلاصه کرد: در سطح نظری یافته‌های این پژوهش می‌تواند موجب افزایش دانش ما در زمینه چاقی و اضافه‌وزن شود و به گسترش تبیین‌های مربوط به پیش‌بین‌های چاقی کمک کند و در سطح عملی و به‌ویژه بالینی، این یافته‌ها در خدمت متخصصان سلامت عمومی، روانشناسان سلامت و متخصصان کاهش وزن قرار می‌گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه پژوهش به مراجعه‌کنندگان بخش تغذیه بیمارستان امام خمینی

- Jennie N, Jane W. Health promotion: foundations for practice. Edinburgh: Baillière Tindall; 2002.
- Maddah SSB, Khankeh H, Bahrami F, Hesam Zadeh A, Dalvandi N, others. The Health-Oriented Lifestyle in Islamic Culture. J Qual Res Heal Sci 2013; 1 (4):332-43.
- Baker D. Health Promotion in Nursing Practice. Fam Communit Health 2007; 30 (1):85-6.
- Chaney D. Cosmopolitan art and cultural citizenship. Theory, Cult Soc 2002; 19 (1-2):157-74.
- Lock CA, Lecouturier J, Mason JM, Dickinson HO. Lifestyle interventions to prevent osteoporotic fractures: a systematic review. Osteoporos Int 2006; 17 (1):20-8.
- Rocco A, Nardone G. Diet, H pylori infection and gastric cancer: evidence and controversies. World J Gastroenterol 2007; 13 (21):2901.
- Dutta-Bergman MJ. An alternative approach to social capital: Exploring the linkage between health consciousness and community participation. Health Commun 2004; 16 (4):393-409.
- Pol LG, Thomas RK. The demography of health and health care. Springer Science & Business Media; 2000.



15. Krejcie R V, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30 (3):607-10.
16. Fontaine KR, Cheskin LJ. Self-Efficacy, Attendance, And Weight Loss In Obesity Treatment. *J of Addict Behav* 1997; 22 (4):567-70.
17. Hajizade Mimandi M, Dehghan Chenari M. Health-oriented lifestyle and marital satisfaction among married women in Yazd. *J of Women Arts Cult* 2015; 7 (1):61-76 .
18. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Heal Educ Behav* 1978; 6 (1):160-70.
19. Ubbiali A, Donati D, Chiorri C, Bregani V, Cattaneo E, Maffei C, et al. The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control Form C (MHLC-C) for HIV+ subjects: an Italian study. *AIDS Care* 2008; 20 (4):495-502.
20. Hassanzadeh R, Toliati M, Hosseini H, Davari F. Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors. *IJPCP* 2006; 12 (3):277-281.
21. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Grodstein F, Colditz GA, Speizer FE, et al. Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. *N Engl J Med* 2000; 343 (8):530-7.
22. Taghaddosi M, Vali GR. Behavioral habits and ischemic heart disease in Kashan, 1995. *Feyz* 2003; 7 (2):43-49 .
23. Potter PA, Perry A, Stockert P, Hall A. *Fundamentals of nursing*. Ninth ed. Elsevier Health Sciences; 2016.
24. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D, others. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of medical sciences. *J Educ Health Promot* 2013; 2 (1):11.
25. Arcelus J, Haslam M, Farrow C, Meyer C. The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clin Psychol Rev* 2013; 33 (1):156-67.
26. Hoffart A. *A residential interpersonal treatment for social phobia*. Nova Publishers; 2007.
27. Gharipour M, Mohamadifard N, Asgary SNG. The prevalence of obesity and cardiovascular risk factor in Isfahan. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 26 (1):53-64.
28. Salem Z, Sheikh Fathollahi M, Sajjadi A. An epidemiological study on obesity and central obesity among adults above 30 yers old in Refsanjan. In: *Proceeding of the Second Congress on Prevention of non-Contagions Diseases*, Tehran, Iran. 2001.
29. Azadbakht L, Mirmiran P MNFAF. A Correlation at study on obesity in Tehran's Adults: *Tehran Lipid Study*. *Proceeding Second Congr Prev nonContagions Dis Tehran, Iran*. 2001.