Iranian Journal of Health Education and Health Promotion

www.journal.ihepsa.ir

Original Article

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

Jalil Fathabadi[1] , Saeid Sadeghi[2], Farhad Jomhari[3], Azade Talaneshan[4]

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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
زمستان ۱۳۹۶
2018;5(4):280-287
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

نقش سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت در پیش‌بینی ابتلا به اضافه‌وزن

جلیل فتح آبادی[۱]، سعید صادقی[۲]، فرهاد جمهری[۳]، آزاده طلانشان[۴]

۱. گروه روان‌شناسی تربیتی و تحولی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۰۷
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۴
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۴

IJHEHP 2018; 5(4):280-287

نویسندهٔ مسئول:
جلیل فتح آبادی
گروه روان‌شناسی تربیتی و تحولی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
تلفن: ۲۹۹۰۵۳۴۷ -۰۲۱
پست الکترونیک:
fathabadi51@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: شیوع چاقی از معضلات تهدیدکنندهٔ سلامتی در سراسر جهان است که متغیرهای بسیاری امکان ابتلا به آن را افزایش می‌دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت در پیش‌بینی ابتلا به‌اضافه وزن انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی ـ مقطعی است. جامعهٔ آماری کلیهٔ مراجعین زن و مردی بودند که با اضافه‌وزن به بخش تغذیهٔ بیمارستان امام خمینی تهران در شش‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۴ و در محدودهٔ سنی ۱۵ تا ۶۷ سال مراجعه کرده بودند. از میان آنها ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با محاسبهٔ شاخص نمایهٔ توده بدنی، به دو گروه با اضافه‌وزن (شاخص نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹) و بدون اضافه‌وزن (شاخص نمایه توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل رگرسیون لوجستیک به‌وسیلهٔ نرم‌افزار Spss ویرایش ۲۴،تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که با پیش‌بینی درست ۸۷ درصد افراد با وزن طبیعی و ۷۴ درصد افراد مبتلا به اضافه‌وزن به طبقات آن‌ها، مدل کامل به‌طورِ معنی‌داری پایا بود ($P>۰/۰۰۱$ و $df=۲۱$ و $x^2=۱۴۱/۶۱$) و ۸۲ درصد از پیش‌بینی‌ها در کل درست بودند.

نتیجه‌گیری: سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت، توان پیش‌بینی‌کنندگی ابتلا به اضافه‌وزن را دارا هستند و می‌توان گفت که با ایجاد تغییر در سبک زندگی افراد و تعدیل منبع کنترل سلامت می‌توان احتمال ابتلا به اضافه‌وزن را در آن‌ها کاهش داد.

کلمات کلیدی: سبک زندگی سلامت‌محور، مکان کنترل سلامت، اضافه‌وزن

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

مقدمه

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 بوده‌اند (۱). در ایران براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۷۰ درصد از کل آمار مرگ‌های گزارش‌شده در سال ۲۰۰۲، مربوط به بیماری‌های مزمن بوده که چاقی و اضافه‌وزن از اصلی‌ترین علل آن محسوب می‌شوند. این سازمان شیوع اضافه‌وزن را در مردان وزنان ایرانی در سال ۲۰۰۵ به ترتیب ۵۴ و ۷۰ درصد گزارش کرده است (۲). آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ دربارهٔ وضعیت میزان چاقی و اضافه‌وزن در ایران بسیار تکان‌دهنده است و نشان می‌دهد که از جمعیت ۸۰ میلیونی ایران، ۵۰ میلیون نفر با این معضل در ارتباط هستند (۳) که با توجه به شیوع این بیماری‌ها و هزینهٔ بالای مراقبت‌های 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 حمایت‌کننده برای سلامت، تقویت اقدام جامعه، جهت‌دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست‌های بهداشت عمومی تأکید کرده است (۴). یکی از عوامل تعیین‌کنندهٔ رفتارهای بهداشتی در افراد، خودمراقبتی و خودمدیریتی در زمینه‌های کنترل سلامت و افزایش وزن بیش‌ازحد و چاقی یا همان خودکنترلی دربارهٔ سلامت است که

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

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 تاثیر 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 درروند 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 نه‌تنها 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 به‌سلامت و تضمین‌کنندهٔ سلامت فرد باشد. این سبک ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیهٔ مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... دارد. جوهرهٔ تعریف سبک زندگیِ سلامت‌محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (۱۰). شواهد علمی نشان 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، بی‌تحرکی 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 (۴). در اواخر قرن نوزدهم، با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، بیماری‌های عفونی کاهش‌یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن مثل چاقی داد که نمی‌توان آن‌ها را دارو درمان کرد و اغلب درنتیجه شرایط زندگی ناسالم ایجادشده‌اند؛ بنابراین، توجه به منشأ این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف شده است (۱۳). 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 ـ روانی ـ زیستی جایگزین مدل پزشکی صرف شده است (۱۴). بدین ترتیب، توجه به سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهندهٔ 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 همه‌گیرشدن 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 ـ 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.

جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ زنان و مردانِ با اضافه‌وزنِ 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 Krejcie وMorgan (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 توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹) و بدون اضافه‌وزن (شاخص نمایهٔ توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) تقسیم شدند (هر گروه ۱۵۰ نفر). معیارهای ورود به پژوهش شامل شاخص تودهٔ بدنی در

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

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

پرسشنامهٔ سبک زندگی سلامت‌محور

پرسشنامهٔ سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت را Walker, Sechristو 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، اندازه گیری می کند. 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 دامنهٔ ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ و شاخص محتوایی روایی برای این ابزار ۰/۸۴ گزارش‌شده است (۱۷).

پرسشنامهٔ 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 درمجموع 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 مؤلفهٔ کنترل دیگران ۰/۵۰ به‌دست 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 مؤلفهٔ کنترل دیگران ۰/۶۳ به دست آمد.

داده‌ها به‌وسیلهٔ آزمون رگرسیون لجستیک هم‌زمان و ماتریس همبستگی با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخهٔ ۲۴ بررسی شد.

یافته ها

از آن‌جایی‌که 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 مؤلفهٔ منبع کنترل درونی نمرهٔ بالاتری به‌دست 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، نشان‌دهندهٔ سبک زندگی مروج سلامت مطلوب‌تر فرد است و نمره‌های کم نشان‌دهندهٔ 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 به‌صورت 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 واردشده 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 متغیرهایِ مدل تبیین می‌شود که در جدول ۲ نشان داده‌شده است.

با توجه به یافته‌های جدول ۲ نتیجه می‌گیریم که متغیرهایِ 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 به‌درستی 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.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

جدول ۱. معنی‌داری مدل مورد مطالعه

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

جدول ۲. معناداری مدل مورد مطالعه

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

جدول ۳. طبقه‌بندی شرکت‌کنندگان پژوهش براساس فراوانی‌های پیش‌بینی متغیر چاقی

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

جدول شماره ۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	وزن	جنسیت	وضعیت تأهل	شغل	تحصیلات
	وزن	kg۷۷	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

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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

پیش‌بینی‌ها درست بودند. در جدول ۵ نیز ضرایب و آماره Wald و درجات آزادی مربوطه و مقادیر احتمال برای هرکدام از متغیرهای پیش‌بین ارائه‌شده است.

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
منبع کنترل سلامت	درونی	۰/۳۸	۸	۱	۰/۰۰۳
	کنترل دیگران	۰/۳۷	۳	۱/۰۶	۰/۰۷
	شانس	۰/۰۳۵	۰	۱/۰۱	۰/۰۰۱
سبک زندگی سلامت‌محور	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

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 شـــواهد 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 مبتلابه 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 پذیرفتـه‌اند؛ به‌طوری‌که این فعالیت‌ها روی سلامت افـــراد تـأثیر می‌گذارند (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، 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 کـه تعدیل سبک زندگی افراد عاملی اساسی در پایین آوردن میزان چاقی و اضافه‌وزن است. از طرفـی 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 مورداستفاده در پژوهش باشد که به‌خوبی حیطه 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 درنتیجه بر مقدار و نوع غـذای مصـرفی توسـط انسـان 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 اختصاصـی اشـتها را تحـت تأثیر قـرار 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 مـی‌زنـد خوردن است. زمانی که اشتها در اثر غلبهٔ استرس بر ذهن افزایش یافته و غذای فرد نیز چندین برابر شد، به‌مرورزمان

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

می‌توانیم افزایش وزن و تجمع چربی زائد در بدن را نیز به‌وضوح مشاهده کنیم (۱۱، ۲۵). علاوه بر این، یافته‌های مطالعهٔ حاضر نشان می‌دهد که سن، تأهل و درآمد می‌توانند ابتلای به اضافه‌وزن را پیش بینی کنند. به‌طوری‌که با افزایش سن احتمال ابتلا به اضافه‌وزن بیشتر می‌شود که در مطالعه‌های قبلی انجام‌شده در ایـران نیز الگـوی همسانی مشاهده می‌شود (۲۵، ۲۶) و با مطالعات بسیاری از کشورهای درحال‌توسعه مثل عربستان سعودی، بحـرین و لبنان نیز همسو است که سن را یکی از عوامـل پیش‌بینی کننـدهٔ‌چـاقی مطـرح کرده‌اند (۲۷، ۲۸). در مطالعهٔ قند و لیپید در تهران نیز گزارش‌شده است که شانس ابتلا به چاقی در زنان کم‌سواد و بی‌سواد در مقایسه با گـروه‌هـای با تحصیلات بالاتر، بیشتر بود که این موضـوع بامطالعهٔ مـا همخـوانی 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 درزمینهٔ 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 نمونهٔ پژوهش به مراجعه‌کنندگان بخش تغذیهٔ بیمارستان امام خمینی (ره) و فقدان انگیزهٔ 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 طرف‌دیگر، با شناخت این پیش‌بین‌های چاقی می‌توان گامی بلند برای پیشگیری یا جلوگیری از پیشرفت کمیت و کیفیت چاقی و اضافه‌وزن برداشت. به‌این‌ترتیب 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.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از کلیهٔ شرکت‌کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

References

1. 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.
2. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO 2000.
3. 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.
4. Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical activity and health. 2nd ed. Human Kinetics; 2012.
5. Neymotin F, Nemzer LR. Locus of control and obesity. Front Endocrinol (Lausanne). 2014;5:159.
6. 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.
7. Jennie N, Jane W. Health promotion: foundations for practice. Edinburgh: Baillière Tindall; 2002.
8. 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.
9. Baker D. Health Promotion in Nursing Practice. Fam Communit Health 2007; 30 (1):85–6.
10. Chaney D. Cosmopolitan art and cultural citizenship. Theory, Cult Soc 2002; 19 (1–2):157–74.
11. 11. Lock CA, Lecouturier J, Mason JM, Dickinson HO. Lifestyle interventions to prevent osteoporotic fractures: a systematic review. Osteoporos Int 2006; 17 (1):20–8.
12. Rocco A, Nardone G. Diet, H pylori infection and gastric cancer: evidence and controversies. World J Gastroenterol 2007; 13 (21):2901.
13. 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.
14. Pol LG, Thomas RK. The demography of health and health care. Springer Science & Business Media; 2000.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]

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, Shojaeezadeh 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 yerse 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.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.280]