

## بررسی نقش نگرش غذایی بر رفتارهای مرتبط در زنان

### دارای اضافه وزن و چاقی شهر ارومیه

مریم متاجی امیررود<sup>۱</sup>، دکتر محمد حسین تقدیسی<sup>۲</sup>

دکتر محمودرضا گوهری<sup>۳</sup>، دکتر فرزاد شیدفر<sup>۴</sup>

#### چکیده

**زمینه و هدف:** شناخت عوامل پیش بینی کننده رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی به ویژه در زنان که نقش کلیدی در سبب غذایی خانواده دارند، در پیشگیری از چاقی اهمیت زیادی دارد. هدف از این پژوهش تعیین نقش نگرش غذایی در رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی در زنان دارای اضافه وزن و چاقی شهر ارومیه می باشد.

**روش بررسی:** مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر بر روی تعداد ۱۰۰ زن تحت پوشش مراکز بهداشتی شهید نیکخواه و شماره ۱۳ شهر ارومیه انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس و با انتخاب زنان دارای BMI بزرگتر یا مساوی  $25 (kg/m^2)$  انجام شد. پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، نگرش و چک لیست رفتار غذایی تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمونهای توصیفی و استنباطی (کای دو، تحلیل واریانس و رگرسیون) در سطح معنی داری  $0/05$  انجام گرفت.

**یافته ها:** رابطه معنادار میان نگرش غذایی و گروههای ضعیف، متوسط و خوب رفتار غذایی زنان تایید شد ( $p=0/003$ ). تحلیل رگرسیون بیانگر ارتباط معنی دار و مثبت بین نمره رفتار و نگرش غذایی ( $r=0/285$ ،  $p=0/004$ ) بود. همچنین پیش بینی پراکنندگی مشاهده شده در رفتارهای غذایی، علاوه بر نگرش غذایی، توسط سن، شاخصهای تن سنجی و عوامل دموگرافیک نیز تایید گردید.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه، نقش پیش بینی کننده نگرش غذایی را بر رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی تایید نمود. لذا توصیه می شود در ارتقای رفتارهای غذایی سالم، اصلاح نگرشهای غذایی نیز مورد تاکید قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** نگرش غذایی، رفتار غذایی، زنان، اضافه وزن، چاقی

\* نویسنده مسئول :

دکتر محمد حسین تقدیسی؛  
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم  
پزشکی ایران

Email :  
Taghdisi.mh@gmail.com

- دریافت مقاله : شهریور ۱۳۹۳ پذیرش مقاله : آذر ۱۳۹۳

#### مقدمه

قرار گرفتن کشورهای در حال توسعه در یک گذر اپیدمیولوژیک همراه با تغییرات سریع در الگوی

غذایی و گرایش به مواد غذایی پرکالری و کم ارزش از لحاظ مواد مغذی، کاهش فعالیت فیزیکی و افزایش مصرف مواد مخدر، این کشورها را در سالهای آینده با معضل همه گیری بیماریهای مزمن رو به رو کرده است (۱). بر این اساس پیش بینی شده است که از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ میلادی، به میزان ۷۷ درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای مزمن افزایش یابد که

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> استاد گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

می‌باشد (۸ و ۹). بنابراین درک عوامل پیش بینی کننده‌ی رفتار، اجرای مداخلات در راستای تغییر رفتار را تسهیل خواهد نمود (۱۰).

یکی از مقدمات رفتار نگرش می‌باشد، به عبارت دیگر هر رفتاری که از فرد سر می‌زند با نوعی نگرش همراه است. با توجه به این دیدگاه، هرگونه نگرش خاصی که نسبت به یک موضوع یا پدیده‌ای ویژه وجود دارد، آمادگی خاصی را در افراد برای انجام رفتار ایجاد می‌نماید (۱۱).

نگرش، نظامی با دوام است که شامل عناصر احساسی، رفتاری و شناختی می‌باشد. مولفه احساسی شامل هیجانات و احساس فرد نسبت به موضوع، خصوصاً ارزیابی‌های مثبت و منفی است. مولفه رفتاری بیانگر تمایل به عمل فرد در راستای موضوع و مولفه شناختی شامل افکاری است که از حقایق، دانش و عقاید فرد ناشی شده و موجب می‌شود فرد نسبت به موضوع نگرش خاصی داشته باشد (۱۲). نتایج مطالعه Lynch و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که نمره‌ی نگرش تغذیه‌ای در دختران دارای اضافه وزن و چاقی آمریکایی نسبت به دختران با وزن طبیعی، پایین‌تر می‌باشد (۱۳). همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه شفیع نیا و همکار (۱۳۸۸) بر پایین‌تر بودن معنی داری امتیاز نگرش تغذیه‌ای در دختران کم وزن، دارای اضافه وزن و چاق در مقایسه با افراد با وزن طبیعی دلالت دارد (۱۴).

رضایی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ی خود ارتباط منفی معنی داری را بین نگرش خوردن و سبک زندگی در ابعاد کنترل تنش، تغذیه و رعایت اصول ایمنی یافتند. به عبارت دیگر زنانی که نگرش طبیعی خوردن داشتند، سبک زندگی مطلوبی در ابعاد یاد شده دارا بودند (۱۵). بنابراین با توجه به شیوع روزافزون چاقی در جامعه زنان ایرانی و عوارض و

بیشترین موارد آن در کشورهای در حال توسعه دیده خواهد شد (۲).

سازمان بهداشت جهانی چاقی را به عنوان اپیدمی قرن مطرح نموده است و این در شرایطی است که در سال ۲۰۱۴ نزدیک به دو میلیارد انسان ۱۸ سال به بالا در سراسر جهان به اضافه وزن مبتلا بوده که از این تعداد بیش از ششصد میلیون نفر به چاقی مبتلا می‌باشند (۳). معیار پیشنهادی برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی، شاخص توده بدنی (Body Mass Index) می‌باشد، به طوری که میزان آن در مورد اضافه وزن  $25-29.9 \text{ kg/m}^2$  و در چاقی بالاتر از  $30 \text{ kg/m}^2$  می‌باشد (۴).

ایران همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، شاهد تجربه‌ی همه گیری چاقی و مشکلات مربوط به آن است (۵). عزیزی و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای که در زنان ساکن منطقه ۱۳ تهران انجام دادند، گزارش کردند که تنها پس از گذشت ۳ سال، شیوع چاقی در زنان ساکن این منطقه ۶٪ افزایش یافته است که این میزان در مقایسه با شیوع چاقی در زنان کانادایی پس از گذشت ۱۴ سال به میزان ۶/۷٪، زنان اسپانیایی پس از گذشت ۱۰ سال به مقدار ۳/۹٪ و زنان نیوزلندی پس از گذشت ۱۱ سال به مقدار ۹/۴٪ افزایش نشان می‌دهد (۶).

شناخت عوامل مؤثر در تغییرات رژیم غذایی افراد جامعه برای پزشکان و پژوهشگران ارتقای سلامت مهم است؛ زیرا مداخلات آنان زمانی مؤثر خواهد بود که بر اساس آگاهی از عوامل مؤثر در تغییرات رژیم غذایی، آشنایی با تئوری‌های ثبت شده و پژوهش در زمینه‌ی تغییرات رفتاری مربوط به سلامتی باشد (۷). نتایج مطالعات متعدد بیانگر این مطلب است که رفتارهای تغذیه‌ای نابهنجار اکتسابی عامل اساسی مشکلات غذایی از جمله چاقی، لاغری و اضافه وزن

گردید.

ابزار پژوهش در این مطالعه، شامل پرسش نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، پرسش نامه‌ی نگرش غذایی و چک لیست رفتارهای غذایی بودند. پرسش نامه‌ی نگرش غذایی یک پرسش نامه‌ی محقق ساخته و دارای ۷ سوال بود. نمره گذاری این پرسش نامه بر اساس مقیاس لیکرت و در دامنه ۵ گزینه‌ی کاملاً موافق، موافق، بی نظر، مخالف و کاملاً مخالف صورت گرفت. برای پاسخها به ترتیب از پاسخ کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌های ۰ تا ۴ در نظر گرفته شد. برای تعیین پایایی پرسش نامه نگرش از روش آلفا کرونباخ به مقدار ۰/۷۱ استفاده شد که با توجه به مقدار به دست آمده پایایی پرسش نامه تایید شد. چک لیست رفتارهای غذایی بر اساس پرسشنامه‌ای که توسط دمیترچی و همکار در زمینه شیوع چاقی، اضافه وزن و پرفشاری خون و عوامل خطرزای مرتبط با آنها در مردان بزرگسال انجام شده بود، تهیه گردید (۱۷). این چک لیست با افزودن بخشهایی که در پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، و پس از تایید آن توسط گروه متخصصان، در این پژوهش به کار گرفته شد.

چک لیست دارای ۱۳ سؤال به منظور بررسی وضعیت رفتار غذایی افراد تحت پژوهش بود که در این قسمت به پاسخهای صحیح امتیاز ۱ و به پاسخهای غلط امتیازی تعلق نمی‌گرفت. محاسبه نمره نهایی در هر دو متغیر نگرش و وضعیت رفتارهای غذایی بر مبنای ۱۰۰ بود به طوری که اگر نمره افراد بین ۰ تا ۳۳ قرار داشت به عنوان ضعیف، ۳۳/۱ تا ۶۶ به عنوان متوسط و ۶۶/۱ تا ۱۰۰، به عنوان افرادی که از نظر نگرش یا رفتارهای غذایی صحیح در شرایط خوبی قرار دارند، در نظر گرفته شد. به منظور تعیین روایی پرسش نامه نگرش و چک لیست رفتار غذایی در این مطالعه، ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت

مشکلاتی که در پی خواهد داشت، پژوهش حاضر به منظور تعیین نقش پیش بینی کننده‌ی نگرش غذایی بر رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی در زنان دارای اضافه وزن شهر ارومیه انجام گرفته است تا با شناخت میزان این ارتباط و عوامل پیش بینی کننده‌ی رفتارهای غذایی، گامی در جهت برنامه ریزی مداخلات موثر به منظور پیشگیری از شیوع اضافه وزن و چاقی در جامعه و به ویژه در زنان که مسئول سبب غذایی خانواده هستند، برداشته شود.

## روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۱ در جمعیت زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهید نیکخواه شماره ۱۳ شهر ارومیه به اجرا در آمد.

حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول

$$n = \frac{\left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 \times P(1-P)}{(d)^2}$$

و براساس نتایج

و بر اساس نتایج مطالعات گذشته که میزان شیوع چاقی را ۲۹٪ در زنان گزارش کرده بودند (۱۶)، تعداد ۸۰ نفر تعیین شد که با احتساب ۲۵٪ احتمال ریزش، تعداد نمونه به ۱۰۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌ها با روش در دسترس و بر اساس معیارهای سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، متاهل، دارای شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵، عدم بارداری در زمان انجام طرح، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت و تمایل به شرکت در پژوهش انتخاب شدند. جهت برآورد BMI و انتخاب افرادی که دارای  $BMI \leq 25 \text{ kg/m}^2$  بودند، اندازه گیری وزن با ترازوی سکا و با دقت ۰/۵ و اندازه گیری قد به سانتیمتر و با استفاده از متر پلاستیکی و با دقت ۰/۵ انجام گرفت و سپس BMI با استفاده از فرمول وزن به کیلوگرم بر قد به مترمربع محاسبه

شدند و نتیجه گیری بر مبنای ۹۸ پرسش نامه جمع آوری شده صورت گرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد که ۴۳ نفر (۴۳/۶٪) از زنان بین ۲۵-۳۵ سال سن دارند و ۵۲ نفر (۵۲/۶٪) نیز دارای وزن بین ۷۰ تا ۸۵ کیلو گرم می‌باشند. از نظر BMI، ۶۷ نفر (۶۷/۹٪) زنان دارای اضافه وزن ( $BMI = 25-29.9 \text{ kg/m}^2$ )، ۲۴ نفر (۲۴/۴٪) از زنان دارای چاقی درجه یک ( $BMI = 30-34.9 \text{ kg/m}^2$ )، ۵ نفر (۵/۱٪) چاقی درجه ۲ ( $BMI = 35-39.9 \text{ kg/m}^2$ ) و ۲ نفر (۲/۶٪) از زنان دارای چاقی درجه ۳ ( $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ) بودند. ۴۳ نفر (۴۳/۶٪) از زنان دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۸۸ نفر (۸۹/۳٪) خانه دار و ۵۸ نفر (۵۹٪) دارای سطح درآمد متوسط بودند.

و تغذیه به عنوان (Expert Panel)، آن را مورد بررسی قرار داده و انطباق آن را با اهداف پژوهش تایید نمودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از آنالیز توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمونهای استنباطی شامل کای دو، تحلیل واریانس و رگرسیون ساده در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ پرسش نامه توزیع شد که پس از تکمیل و ورود داده‌ها به نرم افزار SPSS، تعداد ۲ از پرسشنامه به علت تکمیل ناقص از مطالعه خارج

**جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ به گزینه‌های چک لیست رفتارهای غذایی در نمونه‌های مورد مطالعه**

رفتار غذایی	خبر		بله	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
معمولاً صبحانه خود را مختصر خورده و یا نمی‌خورم.	۴۵	۴۵/۹	۵۳	۵۴/۱
معمولاً غذای خود را سریع می‌خورم.	۵۵	۵۶/۱	۴۳	۴۳/۹
معمولاً هر روز در زمان معین و ثابتی وعده‌های غذایی را مصرف می‌کنم.	۵۳	۵۴/۱	۴۵	۴۵/۹
معمولاً ۶ تا ۸ لیوان آب در روز مصرف می‌کنم.	۶۷	۶۸/۴	۳۱	۳۱/۶
معمولاً مواد غذایی شیرین مانند انواع شیرینی، چای شیرین و نوشابه زیاد می‌خورم.	۶۴	۶۵/۳	۳۴	۳۴/۷
معمولاً همراه با وعده‌های غذایی، ماست می‌خورم.	۴۵	۴۵/۹	۵۳	۵۴/۱
معمولاً در انتخاب مواد غذایی به برجسته‌ترین آنها توجه می‌کنم.	۵۵	۵۶/۱	۴۳	۴۳/۹
معمولاً وعده شام را نمی‌خورم.	۴۶	۴۶/۹	۵۲	۵۳/۱
معمولاً بلافاصله بعد از غذا یک چیز شیرین می‌خورم.	۸۲	۸۳/۷	۱۶	۱۶/۳
معمولاً غذاهای سرخ شده مصرف می‌کنم.	۵۶	۵۷/۱	۴۲	۴۲/۹
معمولاً در بیرون از منزل غذاهای آماده و فست فود (ساندویچ، پیتزا) می‌خورم.	۸۵	۸۶/۷	۱۳	۱۳/۳
معمولاً در هنگام صرف غذا، تلویزیون تماشا می‌کنم یا چیزی می‌خوانم.	۳۹	۳۹/۸	۵۹	۶۰/۲
معمولاً با ۱ تا ۲ ساعت فاصله بعد از شام می‌خوابم.	۴۱	۴۱/۸	۵۷	۵۸/۲

می‌باشد. یکی در زمینه مصرف غذاهای آماده، فست فود و ساندویچ در خارج از منزل، که بیشترین

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد بالاترین درصد پاسخهای درست و نادرست زنان مربوط به ۲ سوال

پاسخ (۶۸/۴٪) به گزینه عدم مصرف این میزان آب در طول شبانه روز داده شد.

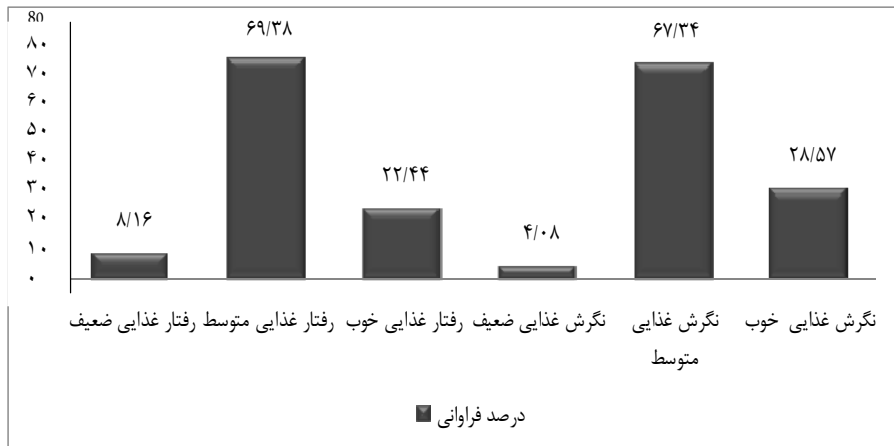
پاسخ (۸۶/۷٪) به گزینه خیر و دیگری در زمینه مصرف ۶ تا ۸ لیوان آب در طول روز، که بیشترین

**جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویی به سوالات نگرش در نمونه‌های مورد مطالعه**

جمع	کاملاً موافق		موافق		بی نظر		مخالف		کاملاً مخالف		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۹۸	۳۲/۷	۳۲	۳۱/۶	۳۱	۲۸/۶	۲۸	۵/۱	۵	۲/۰	۲	من در مورد اضافه شدن وزنم نگرانم
۹۸	۴/۱	۴	۲۵/۵	۲۵	۳۷/۷	۳۷	۲۴/۵	۲۴	۸/۲	۸	فکر می‌کنم در زمان گرسنگی باید جلوی خوردنم را بگیریم
۹۸	۱۱/۲	۱۱	۲۸/۶	۲۸	۳۹/۸	۳۹	۱۷/۳	۱۷	۳/۱	۳	یکی از مشغله‌های ذهنی من پایین آوردن وزن بدنم است
۹۸	۱۵/۳	۱۵	۳۲/۷	۳۲	۳۰/۶	۳۰	۱۴/۳	۱۴	۷/۱	۷	بعد از خوردن غذا خیلی احساس گناه و تقصیر می‌کنم
۹۸	۱	۱	۱۱/۲	۱۱	۳۳/۷	۳۳	۳۰/۶	۳۰	۲۳/۵	۲۳	احساس می‌کنم که خوردن غذا زندگی من را تحت کنترل خود قرار داده است
۹۸	۳۸/۸	۳۸	۴۱/۸	۴۱	۱۶/۴	۱۶	۲/۰	۲	۱/۰	۱	فکر می‌کنم با بالا رفتن وزنم سلامتی من به خطر می‌افتد
۹۸	۱۴/۳	۱۴	۳۷/۷	۳۷	۳۳/۷	۳۳	۶/۱	۶	۸/۲	۸	فکر می‌کنم وقتی در کنار غذاها هستم باید خودم را کنترل کنم

این مطلب داشتند که وزن بالا و چاقی، سلامتی آنها را تحت الشعاع قرار خواهد داد و اعتقاد بسیار پایینی را به این امر که غذا زندگی آنها را تحت کنترل خود قرار داده است، نشان دادند.

جدول ۲ بیان کننده‌ی بیشترین میزان موافقت زنان مورد مطالعه (۳۸/۸٪) با خطر وزن بالا بر سلامتی و کمترین میزان موافقت (۱٪) با این نگرش است که خوردن غذا زندگی آنها را کنترل می‌کند. به عبارت دیگر زنان مورد مطالعه، باور زیادی به



### نمودار ۱: درصد فراوانی وضعیت رفتارهای غذایی و نگرش غذایی در نمونه‌های مطالعه

این نمودار نشان می‌دهد که اکثریت نمونه‌های پژوهش از نظر وضعیت رفتارهای غذایی و وضعیت نگرش غذایی در گروه متوسط قرار دارند.

### جدول ۳: توزیع فراوانی رفتارها بر مسب گروه‌های نگرش غذایی در نمونه‌های مطالعه

P value	رفتار غذایی					متغیر
	درصد	جمع	خوب	متوسط	ضعیف	گروه بندی
p=۰/۰۰۳	۴/۰۸	۴	۰	۲	۲	ضعیف
	۶۷/۳۵	۶۶	۱۹	۴۵	۲	متوسط
	۲۸/۵۷	۲۸	۳	۲۱	۴	خوب
	۱۰۰	۹۸	۲۲	۶۸	۸	جمع

بالاترین سطح فراوانی مربوط به محل تلاقی گروه متوسط رفتارهای غذایی با گروه متوسط نگرش غذایی است. به عبارت دیگر اکثر افرادی که از لحاظ رفتارهای غذایی در سطح متوسطی قرار داشتند، از لحاظ نگرش غذایی نیز در سطح متوسطی بودند.

اطلاعات موجود در جدول ۳ نشان دهنده‌ی نتیجه‌ی آزمون کای دو در زمینه ارتباط میان گروه‌های ضعیف، متوسط و خوب رفتار و نگرش غذایی در نمونه‌های مطالعه می‌باشد که دلالت بر وجود رابطه معنی دار (p=۰/۰۰۳) بین گروه‌های مشخص شده‌ی این دو متغیر دارد و همانگونه که مشخص شده است

**جدول ۴: تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون برای پیش بینی رفتار غذایی زنان بر اساس متغیرهای مورد بررسی**

متغیر وابسته رفتار غذایی							متغیر پیش بینی کننده
sig	t	$\beta$	df	F	$R^2$	R	
$P < 0.004^{***}$	۲/۹۰۹	۰/۲۸۵	۱	۸/۴۶۴	۰/۱۲۸	۰/۲۸۵	نگرش غذایی
$P = 0.024^{**}$	۲/۹۸۸	۰/۳۲۵	۱	۸/۶۳۸	۰/۱۵۵	۰/۳۲۵	سن
$P = 0.052$	۱/۸۳۱	۰/۳۴۸	۲	۹/۲۳۴	۰/۲۸۹	۰/۴۸۷	وزن شاخصهای
$P = 0.002^{***}$	۳/۱۱۳	۰/۴۰۲					تن سنجی BMI (kg/m <sup>2</sup> )
$P = 0.269$	۱/۱۱۴	۰/۱۱۰					قومیت
$P = 0.007^{***}$	۲/۴۳۳	۰/۳۰۱					عوامل تحصیلات
$P = 0.017^{**}$	۲/۰۱۳	۰/۲۴۲					دموگرافیک شغل
$P = 0.198$	۱/۱۲۸	۰/۱۲۲	۶	۱۱/۷۸۲	۰/۲۹۷	۰/۴۹۶	تحصیلات همسر
$P = 0.234$	۰/۹۷۱	۰/۱۱۲					شغل همسر
$P = 0.130$	۱/۲۰۸	۰/۱۴۱					سطح درآمد خانواده

مقدار  $R^2$  به دست آمده در بخش نگرش غذایی بدین معناست که تقریباً ۱۳٪ از پراکندگی مشاهده شده در رفتارهای غذایی توسط این متغیر پیش بینی می‌گردد. تحلیل مقدار  $R^2$  برای سایر متغیرها، میزان این پیش بینی را برای شاخص سن تقریباً ۱۵/۵٪، برای شاخصهای تن سنجی تقریباً ۳۰٪ و برای عوامل دموگرافیک نیز حدوداً ۳۰٪ برآورد می‌کند.

مقدار F در کلیه متغیرها در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار می‌باشد که این امر دلالت بر این دارد که بین متغیرهای مورد مطالعه، همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین مقدار  $\beta$  محاسبه شده که نشانگر اولویت بندی تاثیر متغیرهای پیش بین تحت مطالعه است، بیان می‌کند که BMI با میزان ۰/۴۰۲، بالاترین سهم را در رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی در زنان داشته است؛ سپس به ترتیب وزن با میزان ۰/۳۴۸، سن ۰/۳۲۵، تحصیلات زن ۰/۳۰۱، نگرش غذایی ۰/۲۸۵، شغل زن ۰/۲۴۲، سطح درآمد خانواده ۰/۱۴۱،

جدول ۴ نتیجه‌ی اجرای آزمون تحلیل واریانس و رگرسیون به منظور برآورد میزان پیش بینی رفتارهای غذایی بر اساس نگرش غذایی، سن، شاخصهای تن سنجی و برخی از عوامل اقتصادی- اجتماعی می‌باشد.

همانگونه که مشاهده می‌شود ضرایب متغیرهای نگرش غذایی، سن، BMI، تحصیلات و شغل زن در رابطه با پیش بینی رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی، معنی دار است و تحلیل رگرسیون ارتباط معنی دار و مثبتی را میان نگرش و رفتار غذایی ( $p = 0.004$ )، سن و رفتار غذایی ( $p = 0.024$ )، BMI و رفتار غذایی ( $p = 0.002$ )، تحصیلات و رفتار غذایی ( $p = 0.007$ ) و شغل و رفتار غذایی ( $p = 0.017$ ) در زمان نشان می‌دهد. مقدار R در متغیرهای پیش بین بررسی شده، نشان می‌دهد که مدل رگرسیون خطی حاضر به منظور پیش بینی سطح رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی بر مبنای این متغیرها، مناسب می‌باشد.

تحصیلات همسر ۰/۱۲۲، شغل همسر ۰/۱۱۲ و قومیت با میزان ۰/۱۱۰ قرار دارند.

## بحث

مهمترین هدف آموزش بهداشت، تغییر رفتار بهداشتی مردم از طریق مشارکت خودشان است (۱۸ و ۱۹). از طریق آموزش بهداشت می‌توان درک فرد را در مورد احتمال ابتلا به بیماری افزایش داد تا از این طریق منجر به رفتار پیشگیری کننده از سوی او گردد (۲۰).

این مطالعه به بررسی نقش نگرش غذایی در رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی در زنان دارای اضافه وزن و چاقی پرداخته است تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا نگرش غذایی قادر به پیش بینی این دسته از رفتارها هست یا خیر.

در تحلیل نتایج حاصل از نگرش غذایی مشاهده شد که پاسخ زنان به ادراک خطراتی که همراه با اضافه وزن و چاقی است، در بالاترین میزان نسبت به موارد دیگر قرار دارد. در مطالعه‌ی Orji و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده شد که نگرانیهای مربوط به وزن، دانش غذایی، نگرانی در مورد بیماریها، تاثیرات اجتماع و انگیزه‌های انتخاب غذا، ۶۵ درصد تغییرات در نگرشهای غذای سالم را پیش بینی می‌کنند (۲۱). از سوی دیگر، مطالعه‌ی حاضر نیز که به منظور بررسی وضعیت نگرش غذایی در زنان انجام شد، مشخص کرد زنان به میزان ۸۰/۶٪ موافقت خود را با خطرات ادراک شده‌ی اضافه وزن و چاقی به عنوان بالاترین میزان نگرانی خود در زمینه سلامتی مطرح نمودند. این گزینه به عنوان بالاترین درصد ادراک زنان در شکل گیری نگرشهای غذایی مطرح گردید که از این لحاظ با مطالعه بالا هم سو می‌باشد.

در هنگام بروز یک بیماری می‌توان شدت مسئله را در جامعه مطرح کرد و بدین وسیله فرد خود را در معرض ابتلا و تهدید احساس کرده و این احساس منجر به یک سری مسائل و اقدامات بهداشتی می‌گردد (۲۰). با توجه به این مطلب، هر چه میزان نگرش فرد نسبت به عوارض و مشکلاتی که افزایش وزن به همراه دارد بیشتر باشد به همان نسبت هم گرایش او به انجام رفتارهای سالم غذایی بیشتر خواهد شد. Backman و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که مفهوم خوردن یک غذای سالم، پیش بینی کننده‌ی رفتار غذایی سالم بوده و این مفهوم بیشتر از همه به وسیله‌ی نگرش و سپس به وسیله‌ی کنترل رفتاری و هنجارهای درونی متاثر می‌شود. در این پژوهش مشخص شد، کسانی که نگرش مثبت نسبت به تغذیه سالم داشتند، طعم غذاهای سالم را ترجیح می‌دهند، در مورد خودشان احساس خوبی دارند، ترک کردن غذاهایی را که دوست دارند بخورند، تحمل می‌کنند و وزن خود را کاهش داده و یا وزن سالم را حفظ می‌کنند (۲۲). در مطالعه حاضر نیز مشاهده گردید که نگرش غذایی در زنان به عنوان عامل پیش بینی کننده رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی بوده و این دو متغیر دارای همبستگی معنادار و مثبتی می‌باشند (P<۰/۰۰۴). بنابراین همانگونه که مشاهده می‌شود مطالعه Backman از لحاظ تاکید بر نقش موثر نگرش غذایی در پیش بینی رفتارهای غذایی با مطالعه حاضر هم سوست.

در مطالعه Cooper (۲۰۰۵) نشان داده شد که نگرش نسبت به خوردن به میزان فراوانی بر اساس باور افراد در زمینه وزن، تناسب اندام و احساس کنترل در زمینه خوردن، قابل پیش بینی می‌باشد (۲۳)، که این نتایج هم سو با مطالعه‌ی حاضر می‌باشند به



داشت (۲۴). مظفری و همکاران (۱۳۸۵) همبستگی معنی دار و معکوسی را بین سن و شاخص مصرف میوه و سبزی نشان دادند (۲۷) که در مطالعه حاضر نیز بر نقش پیش بینی کننده‌ی متغیر سن بر رفتارهای غذایی تاکید گردید و دیده شد که با افزایش سن، میزان گرایش به رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی افزایش می‌یابد و همبستگی مثبت و معنی داری بین آنها وجود دارد. در مطالعات متعدد ارتباط معنی دار BMI با سن، سطح تحصیلات و اشتغال در زنان مشاهده گردید که از آن جمله می‌توان به مطالعه‌ی فربخش و همکاران (۱۳۸۶) اشاره نمود که گروههای سنی بالاتر، سطح تحصیلات دیپلم و پایین تر و عدم اشتغال زنان در خارج از منزل را در افزایش سطح BMI در زنان ۱۵-۴۴ ساله موثر می‌دانست (۲۸).

در مطالعه حاضر نیز بین متغیرهای یاد شده و رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی ارتباط معنی داری دیده شد که به نظر می‌رسد شیوع بیشتر رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی در گروههای سنی بالاتر، زنان خانه دار و سطح تحصیلات پایینتر، به شیوع بیشتر چاقی و افزایش سطح BMI منجر خواهد شد. در این راستا، مظفری و همکاران (۱۳۸۵) همبستگی مثبت معنی داری را میان BMI و الگوی تغذیه پرچرب و همبستگی معنی دار معکوسی را میان BMI با الگوی تغذیه پر فیبر مطرح نمودند (۲۷). در این مطالعه نیز نقش پیش بینی کننده متغیر BMI در زمینه رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی اثبات گردید. بنابراین BMI بالاتر از مقدار طبیعی نشانه‌ای از گرایش به رفتارهای غذایی ناسالم در رابطه با چاقی می‌باشد.

در بررسی نتایج حاصل از چک لیست رفتارهای غذایی مشاهده شد، زنان بیشترین میزان پاسخ منفی را به گزینه‌ی مصرف فست فود دادند که با نتیجه‌ی به

این جهت که در مطالعه‌ی حاضر نیز نگرانی در زمینه‌ی وزن، احساس کنترل در خوردن غذا و همچنین میزان باور به این امر که خوردن غذا زندگی زنان را تحت کنترل قرار داده است، به عنوان عوامل موثر در نگرش غذایی زنان در زمینه پیش بینی رفتارهای غذایی مطرح گردید.

مطالعه Hearty و همکاران (۲۰۰۷) در افراد با سنین بالا در کشور نشان داد که زن بودن، سن بالاتر، طبقه اجتماعی بالاتر، تحصیلات دانشگاهی، سیگاری نبودن، وزن پایینتر و فعالیت تفریحی بیشتر با شانس پایینتر برای داشتن نگرشهای منفی نسبت به رفتار غذایی سالم در ارتباط است. همچنین نگرش به تغذیه‌ی سالم، با رفتار غذایی و سبک زندگی ارتباط دارد (۲۴). نتیجه‌ی مطالعه حاضر نیز موید ارتباط مثبت میان نگرش غذایی و رفتارهای غذایی سالم است. همانگونه که در نتیجه آزمون کای دو مشاهده شد، زنانی که از لحاظ نگرش در گروههای متوسط و خوب قرار داشتند میزان گرایش آنها به رفتارهای غذایی سالمتر بیشتر بود.

فرض پایه‌ای مفهوم نگرش بر این قرار دارد که نگرشها در برخی مواقع به طور مستقیم به عنوان راهنما در شکل گیری و پیش بینی رفتار واقعی تاثیر می‌گذارند (۲۵). Talor و همکاران در مالزی نشان دادند به طور معمول رفتارهای مناسب غذایی به دنبال نگرشهای خوب تغذیه‌ای ایجاد می‌شوند (۲۶) که در مطالعه حاضر نیز این نتیجه مورد تایید قرار گرفت.

در نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در مقاله حاضر دیده شد که سن، وزن و سطح تحصیلات در زنان به عنوان عوامل پیش بینی کننده رفتارهای غذایی مطرح است که در مطالعه Hearty و همکاران (۲۰۰۷) نیز ارتباط معنی داری میان این عوامل با نگرشهای منفی نسبت به رفتارهای غذایی سالم وجود

رفتارهای غذایی در خانواده، اعضای دیگر خانواده نیز نقش دارند، و دیدگاه آنان در نوع غذاهای انتخابی، طبخ آن و موارد دیگر موثر خواهد بود، پیشنهاد می‌گردد در انجام مطالعات آتی نگرش تغذیه‌ای سایر اعضای خانواده نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه گیری

به عنوان نتیجه گیری کلی از انجام این مطالعه می‌توان بر این امر تاکید کرد که رفتارهای غذایی همانند بسیاری از رفتارهای دیگر که تحت تاثیر نگرش قرار دارند، توسط نگرش غذایی افراد کنترل و پایه ریزی شده و شکل می‌گیرند. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد در تدوین مداخلاتی که به منظور اصلاح رفتارهای غذایی ناسالم در افراد صورت می‌گیرد، عامل نگرش نیز مد نظر قرار گیرد؛ زیرا اصلاح رفتار، بدون انجام اصلاحات در نگرشهای زمینه ساز آن رفتارها به سختی مقدور بوده و یا در صورت ایجاد تغییر، این تغییرات پایدار نخواهند بود. بنابراین، ایجاد اصلاحات پایدار در رفتار افراد، نیازمند تغییر در نگرش‌های زمینه‌ای آنهاست. بدین منظور برنامه ریزی مناسب و موثر در جهت دستیابی به راهکارهای علمی و عملی به منظور ارتقای آگاهی غذایی و در پیرو آن بهبود یا تغییر نگرش نادرست و ایجاد نگرش صحیح و نهایتاً به کارگیری رفتارهای غذایی سالم ضروری خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح شماره ۱۶۹۷۵ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۰ بوده که با حمایت مرکز پژوهشهای سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم

دست آمده در مطالعه فاضل پور و همکاران (۱۳۹۰) از نظر میزان مصرف فست فود به میزان ۹۰/۸٪ معیار می‌باشد، اما از آن لحاظ که میزان بالای مصرف در افراد جوان و به ویژه در مردان گزارش شد، با مطالعه حاضر همخوانی دارد زیرا در مطالعه فاضل پور زنان جزو گروه پرمصرف فست فود نبودند (۲۹).

بررسی چک لیست رفتار غذایی نشان داد که زنان بیشترین پاسخ منفی را به گزینه مصرف ۶ تا ۸ لیوان آب در طول روز دادند. آب خالص انرژی ندارد، اما اگر با نوشیدنیهای حاوی شکر جایگزین شود ممکن است حمایتی برای رسیدن به وزن سالم باشد، از طرفی خود آب دارای اثر تنظیمی بر روی وزن بدن است که این عمل را از طریق کاهش جذب انرژی بعد از وعده‌های غذایی و یا از طریق ایجاد حرارت در بدن ایجاد می‌کند (۳۰). نتیجه‌ی مطالعه‌ی Muckelbauer و همکاران (۲۰۰۹) بر پایین بودن مصرف آب نسبت به نوشیدنیهای شیرین در دانش آموزانی که دارای اضافه وزن بودند دلالت داشت (۳۱) که این نتیجه با مطالعه حاضر از لحاظ پایین بودن مصرف ۶ تا ۸ لیوان آب در طول روز در زنان دارای اضافه وزن و چاقی، همخوانی داشت.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که به دلیل نبود زمان کافی در راستای انجام مطالعه، در جمعیت محدودی از زنان اجرا شد. بر این اساس به منظور افزودن بر قابلیت تعمیم دهی نتایج به کلیه زنان چه در شهر و چه در مناطق روستایی، لزوم اجرای مطالعات گسترده تر همراه با در نظر داشتن عوامل تاثیر گذار بر نگرش زنان نسبت به رفتارهای غذایی به ویژه در سطح خانواده احساس می‌گردد. محدودیت دیگری که می‌توان مورد تاکید قرار داد صرف انتخاب زنان جهت شرکت در مطالعه بود. از آنجایی که در شکل گیری

اسحاقی راد، خانم مهندس فرزانه متاجی امیررود و همه عزیزانی که در اجرای این پروژه با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

پزشکی تهران، تهران و ایران اجرا شده است. در اینجا واجب می دانیم از همکاری دانشگاه علوم پزشکی و مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه، آقای دکتر جواد

## منابع

1. McGill HC Jr, McMahan CA, Herderick EE, Zieske AW, Malcom GT, Tracy RE, et al. Obesity accelerates the progression of coronary atherosclerosis in young men. *Circulation* 2002 Jun; 105(23): 2712-8.
2. Kelishadi R, Ardalan G, Gheirat Mand R, Sheikholeslam R, Majdzade SR, Delavari A, et al. Do the dietary habits of our community warrant health of children and adolescents now and in future? *Caspian study*. *Iranian J Pediatrics* 2005; 15(2): 97-109[Article in Persian].
3. Anonymous. World Health Organization 2015- information sheet on obesity and overweight. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. 2015.
4. Guyton AC & Hall JE. *Textbook of medical physiology*. 11<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2006: 7-20.
5. Barzin M, Mirmiran P, Afghan M & Azizi F. The prevalence of obesity, central obesity and their relationship with nutritional status and physical activity among 18 to 25 year-old females referring to pre marriage consultation centers (Tehran, Iran, Summer 2008). *Pejouhandeh* 2009; 14(2): 59-65[Article in Persian].
6. Azizi F, Azadbakht L & Mirmiran P. Examined the prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in adults living in district 13 in Tehran during 1999-2003: Tehran lipid and glucose study. *Journal of Research in Medicine* 2005; 29(2): 123-9[Article in Persian].
7. Lopez Azpiazu I, Martinez-Gonzalez MA, Leon-Mateos A, Kearney J, Gibney M & Martínez JA. Stages of dietary change and nutrition attitudes in the Spanish population. *Public Health* 2000; 114(3): 183-9.
8. Dowda M, Ainsworth BE, Addy CL, Saunders R & Riner W. Environmental influences, physical activity and weight status in 8 to 16 years old. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(6): 711-7.
9. Stang J. Assessment of nutritional status and motivation to make behavior changes among adolescents. *J Am Diet Assoc* 2002 Mar; 102(3): 13-22.
10. Walker SN, Pullen CH, Hertzog M, Boeckner L & Hageman PA. Determinants of older rural women activity and eating. *W J Nurs Res* 2006; 28(4): 449-68.
11. Siyahpoosh A. Factors affecting student attitudes to justice and freedom [Thesis in Persian]. Tehran: Tarbiyat Modares University, School of Human Sciences; 2003.
12. Shateriyani M, Gangi Poor M & Oshnavi A. The role of environmental perception in people's attitudes towards shahreza Ghashghai living in the city. *Journal of Geographical Space* 2012; 12(39): 211-34[Article in Persian].
13. Lynch W, Eppers K & Shertodd J. Eating attitudes of native American and female adolescents; A comparison of BMI- and age – matched group. *Ethnic Health* 2004; 9(3): 253-66.

14. Shafinia P & Yousefvand Z. Prevalence of overweight and obesity, physical activity levels and nutritional attitudes 10 and 11 year old girls in Ahwaz. *Journal of Sports Sciences* 2009; 6(24): 121-38[Article in Persian].
15. Rezayi A, Esfandiyari Tashviye F & Sarvghad S. Relationship between eating attitude and self-regulation with lifestyles in obese and normal women. *Quarterly Woman and Society* 2010; 1(1): 113-28[Article in Persian].
16. Azad bakht L, Mirmiran P & Azizi F. Prevalence and factors associated with obesity in Tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2004; 5(4): 379-88[Article in Persian].
17. Damirchi A & Mehrabani J. Prevalence of obesity, overweight and hypertension and associated risk factors in adult men. *Olympic Quarterly* 2009; 17(3): 87-103[Article in Persian].
18. Bunn JY, Bosompra K, Ashikaga T, Flynn BS & Worden JK. Factors influencing intention to obtain a genetic test for colon cancer risk: A population-based study. *Prev Med* 2002; 34(6): 567-77.
19. Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S & Sadeghi F. Application of health belief model (HBM) on the prevention of poor nutrition in elementary school in Arak. *Behbood* 2008; 11(4): 352-67[Article in Persian].
20. Heydarnia AR. Discussions in health education process. Tehran: Zamani; 2004: 26-7[Book in Persian].
21. Orji R, Mandryk RL & Vassileva J. Towards a data-driven approach to intervention design: A predictive path model of healthy eating determinants. *Persuasive Technology, Design for Health and Safety, Lecture Notes in Computer Science* 2012; 7284(1): 203-14.
22. Backman DR, Haddad EH, Lee JW, Johnston PK & Hodgkin GE. Psychosocial predictors of healthful dietary behavior in adolescents. *J Nut Education and Behavior* 2002 Jul-Aug; 34(4): 184-92.
23. Cooper MJ. Beliefs and their relationship to eating attitudes and depressive symptoms in men. *Eating Behaviors* 2006; 7(4): 423-6.
24. Hearty AP, McCarthy SN, Kearney JM & Gibney MJ. Relationship between attitudes towards healthy eating and dietary behavior, lifestyle and demographic factors in a representative sample of Irish adults. *Appetite* 2007 Jan; 48(1): 1-11.
25. Kraus SJ. Attitudes and the prediction of behavior: A Meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995 Jan; 21(1): 58-75.
26. Talor T, Serrano E, Anderson J & Kedall P. Knowledge, skills and behavior improvement on peer educator and low-income hispanic participant after a stage of change-based bilingual nutrition education program. *J Community Health* 2000 Jun; 25(3): 241-62.
27. Mozafari M, Nosrati S, Purmansour G & Rezaei M. Factors affecting the prevalence of obesity among 15- 49- years old women referred to urban health clinics in Ilam in 2004. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2006; 14(1): 8-17[Article in Persian].
28. Farbakhsh F, Shafieezadeh T, Ramezankhani A, Mohammadalazadeh A & Shadnough M. Association between body mass index (BMI) and socio-demographic factors among Iranian females aged 15-44 years. *Research in Medicine* 2007; 31(2): 133-9[Article in Persian].

29. Fazelpour SH, Baghianimoghadam MH, Najarzadeh A, Fallahzadeh H, Shamsi F & Khabiri F. Assessment of fast food consumption among people of Yazd city. *Tolooe Behdasht* 2011; 10(2): 25-34 [Article in Persian].
30. Negoianu D & Goldfarb S. Just add water. *J Am Soc Nephrol* 2008; 19(6): 1041-3.
31. Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, Toschke AM, Reinehr T & Kersting M. Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: Randomized, controlled cluster trial. *Pediatrics* 2009 Apr; 123(4): 661-7.

# The Role Of Eating Attitude On Obesity-Related Eating Behavior In Overweight And Obese Women Of Urmia In 2012

Mataji Amirrood Maryam<sup>1</sup>(MSc.) – Taghdisi Mohammad Hosein<sup>2</sup>(Ph.D)  
Gohari Mahmood Reza<sup>3</sup>(Ph.D) - Shidfar Farzad<sup>4</sup>(Ph.D)

1 Master of Sciences in Health Education, Health Education and Health Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Professor, Health Education and Health Promotion Department, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Associated Professor, Biostatistics Department, School of Public Health, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Nutrition Department, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Aug 2014  
Accepted : Dec 2014

**Background and Aim:** Identifying obesity-related eating behavior predictors especially in women, who have a key role in their family's food basket, has a great importance in the prevention of obesity. The purpose of the present study is to determine the role of eating attitude on obesity-related eating behavior in overweight and obese women in Urmia.

**Materials and Methods:** The present descriptive-analytical study was performed on 100 overweight or obese women covered by Shahid Nikkhah and No. 13 Health Centers in Urmia. Sampling was conducted through convenience method and women with a BMI equal to or more than 25 (kg/m<sup>2</sup>) were selected. Following their informed consent, they completed the questionnaires about demographic characteristics, attitude, and food behavior checklist. Data analysis was conducted using SPSS software version 18 and descriptive and inferential statistics (Chi-square, analysis of variance and regression) at 0.05 significance level.

**Results:** The result confirmed that there was a significant relationship between attitude and poor, average and good eating behavior groups of women (p=0.003). Regression analysis revealed a positive and significant relationship between eating behavior and attitude scores (p=0.004, r=0.285). Also, prediction of observed distribution in eating behavior was confirmed by age, anthropometric indices and demographic factors in addition to eating attitude.

**Conclusion:** The study results confirmed the predictive role of eating attitude on obesity-related eating behavior. Therefore, it is recommended that correction of eating attitude be emphasized in the promotion of healthy eating behavior.

**Key words:** Eating Attitude, Eating Behavior, Women, Overweight, Obesity

\* Corresponding Author:  
Taghdisi MH;  
E-mail:  
Taghdisi.mh@gmail.com