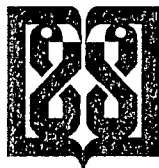




Handwritten signature or note in Arabic script, possibly indicating the artist or a date.

10711



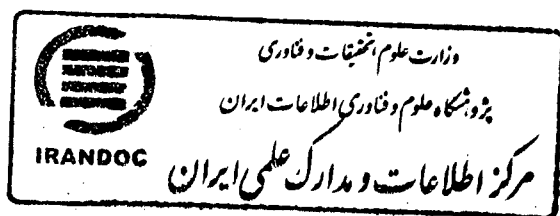
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی تاثیر آموزش کنترل وزن بر آگاهی و نگرش و رفتارهای  
بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز  
بهداشتی-درمانی اردبیل ۱۳۸۷

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش بهداشت جامعه)

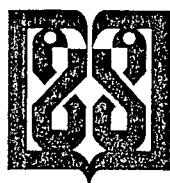
استاد راهنما:  
دکتر علی اکبر نظری

دانشجو:  
هما علی زاده میراشرفی  
زمستان ۱۳۸۷



۱۵۸۳۱۱

۱۳۹۰/۳/۱۶



دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی تاثیر آموزش کنترل وزن بر آگاهی و نگرش و رفتارهای  
بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز  
بهداشتی-درمانی اردیبهشت ۱۳۸۷

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش بهداشت جامعه)

**استاد راهنما:**

دکتر علی اکبر نظری

(عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری- مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

**استاد مشاور:**

سرکار خانم نکته دان

(عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری- مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

**استاد مشاور آمار:**

جناب آقای عباس مهران

(عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری- مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

**دانشجو:**

هما علی زاده میر اشرفی

زمستان ۱۳۸۷

سپاس:

خداوندا تو را سپاس می گویم که یاریم نمودی تا بار دیگر برگی  
از کتاب زندگی ام را ورق زده و به پایان برسانم. تو را سپاس  
می گویم چرا که سپاس و ستایش بیکران فقط مخصوص توست،  
و عاقبت همه امور بدست توست.

## تقدیم به

تما می کسانی که در لحظه به لحظه ی نگارش این پایان نامه  
یاد و خاطره شان آرامش بخش وجودم، صبوری شان راه گشای  
ذهنم، تجربه ی شان چراغ راه تاریکم، بوده است.  
برگ برگ این پایان نامه بوی عشق جاودانه ی آنهاست و قلم از  
تقدیر آنها ناتوان.

## مسئولیت

صحت مطالب مندرج در این پایان نامه به عهده پژوهشگر میباشد.  
هما علی زاده میراشرفی

شماره ثبت پایان نامه

## چکیده فارسی:

**عنوان پژوهش:** بررسی تأثیر آموزش کنترل وزن بر آگاهی و نگرش و رفتارهای وبهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی - درمانی اردبیل ۱۳۸۷.

**زمینه:** اضافه وزن و چاقی شایع ترین اختلال متابولیسم در انسان بوده و بعنوان زمینه ساز سایر بیماریهای مزمن در دهه های اخیر مطرح می باشد. اهمیت بالای اضافه وزن و چاقی بدلیل همراه بودن بابسایاری از بیماریهای مزمن که اغلب منجر به معلولیت و مرگ و میرمی شوند، می باشد. اجرا آموزشهای کنترل وزن در پیشگیری و کنترل این بیماری موثر میباشد لذا با توجه به نتایج بدست آمده از مطالعات متعدد در سطح جهان و ایران که زنان نسبت به مردان بیشتر در معرض خطر این بیماری اند و از طرفی توجه کمتری به آگاهی و نگرش و رفتارهای زنان در ارتباط با چاقی و کنترل وزن شده است پژوهشگر در صدد برآمده پژوهش مزبور را با هدف تعیین تأثیر آموزشی کنترل وزن بر آگاهی و نگرش و رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا انجام دهد.

**روش پژوهش:** پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی که بر روی ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به ده مرکز بهداشتی - درمانی اردبیل انجام شد. روش نمونه گیری تصادفی می باشد، بطوریکه پس از اندازه گیری شاخص توده بدنی کلیه مراجعین در حدود ۸۰ نفر افراد با شاخص توده بالا انتخاب و به دو گروه چهار نفره آزمون و کنترل تقسیم شدند. سپس پرسشنامه شامل سوالات دموگرافیک و آگاهی و نگرش و رفتار بهداشتی در مورد کنترل وزن توسط هر دو گروه تکمیل شد (پیش آزمون). اجرای مداخله در گروه آزمون شامل ارائه جزوه آموزشی در مورد کنترل وزن بود. پس از یک ماه، آگاهی و نگرش و رفتار بهداشتی واحدهای پژوهش هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت (پس آزمون) و تفاوت بین دو گروه مقایسه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر، من ویتنی و منتل هینزل و ضریب همبستگی اسپیرمن در نرم افزار SPSS استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد بین آگاهی قبل و بعد مداخله در گروه آزمون اختلاف آماری معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). در مورد نگرش قبل و بعد گروه آزمون نتیجه معنی دار نبود. ( $p = 0/117$ )، رفتار قبل و بعد مداخله گروه آزمون اختلاف معنی دار نشان داد ( $P < 0/001$ ). همچنین در مقایسه با گروه کنترل نتایج آگاهی و نگرش و رفتار گروه آزمون بترتیب با ( $P < 0/001$ ) و ( $P = 0/023$ )، ( $P = 0/006$ ) معنی دار شد. همچنین بین تعداد حاملگی با آگاهی و نگرش و رفتار زنان مورد مطالعه ارتباط آماری بدست آمد.

**نتایج:** بر اساس یافته های پژوهش، آموزش به افراد جهت افزایش آگاهی و بهبود نگرش و رفتار بهداشتی بعنوان روشی موثر در جهت ارتقاء سلامتی و کنترل بیماریهای مزمن توصیه می شود.

**کلیدواژه:** آموزش، کنترل وزن، آگاهی، نگرش، رفتار بهداشتی.

## فهرست مطالب

### فصل اول: ..... صفحه

- زمینه پژوهش ..... ۱
- هدف کلی ..... ۶
- اهداف ویژه ..... ۶
- سوالات ..... ۷
- فرضیات ..... ۸
- تعریف واژه ها ..... ۹
- پیش فرضها ..... ۱۰
- محدودیت ها ..... ۱۴

### فصل دوم:

- چارچوب پنداشتی ..... ۱۵
- مروری بر مطالعات ..... ۳۲

### فصل سوم:

- نوع پژوهش ..... ۴۱
- جامعه پژوهش ..... ۴۱
- نمونه پژوهش ..... ۴۱
- مشخصات واحدهای مورد پژوهش ..... ۴۴
- محیط پژوهش ..... ۴۴
- روش و ابزار گردآوری داده ها ..... ۴۴
- روش تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها ..... ۴۴



- ۴۶..... روش تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده ها
- ۴۷..... روش جمع آوری داده ها
- ۴۷..... روش تجزیه و تحلیل داده ها
- ۴۷..... ملاحظات اخلاقی

### فصل چهارم:

یافته های های پژوهش (توصیف جداول و نمودارها بر اساس اهداف)

- ۵۰..... جداول و نمودارها

### فصل پنجم:

- ۷۷..... نتایج پژوهش
- ۷۷..... تجزیه و تحلیل یافته ها
- ۸۵..... نتیجه گیری نهایی
- ۸۹..... کاربرد یافته ها
- ۹۱..... پیشنهادات
- ۹۲..... فهرست منابع فارسی
- ۹۶..... فهرست منابع انگلیسی

### پیوستها:

- ..... پیوست شماره (۱): چکیده پژوهش به زبان انگلیسی
- ..... پیوست شماره (۲): ابزار گردآوری داده ها
- ..... پیوست شماره (۳): سایر فرم ها

## جدول:

- جدول شماره(۱): توزیع فراوانی مطلق ونسبی سنی واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۲): توزیع فراوانی مطلق ونسبی میزان تحصیلات واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۳): توزیع فراوانی مطلق ونسبی تاهل واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۴): توزیع فراوانی مطلق ونسبی تعدادحاملگی واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۵): توزیع فراوانی مطلق ونسبی شغل زن واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۶):توزیع فراوانی مطلق ونسبی شغل همسر واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۷): توزیع فراوانی مطلق ونسبی وضعیت درآمدماهیتانه خانوار واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۸): توزیع فراوانی مطلق ونسبی تعدادافرادخانواده واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.
- جدول شماره(۹):توزیع فراوانی مطلق ونسبی اطلاع ازبرنامه کنترل وزن واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون وکنترل درزنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی منابع کسب اطلاع از برنامه کنترل وزن واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون و کنترل در زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شاخص توده بدنی واحدهای مورد مطالعه به تفکیک گروههای آزمون و کنترل در زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد آموزش در گروه آزمون زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نگرش واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد آموزش در گروه آزمون زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتار واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد آموزش در گروه آزمون زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد آموزش در گروه کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نگرش واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد آموزش در گروه کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتار واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد آموزش در گروه کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردبیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی واحدهای مورد مطالعه قبل از آموزش درگروه آزمون و کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۱۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نگرش واحدهای مورد مطالعه قبل از آموزش درگروه آزمون و کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۲۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتار واحدهای مورد مطالعه قبل از آموزش درگروه آزمون و کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۲۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش درگروه آزمون و کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۲۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نگرش واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش درگروه آزمون و کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۲۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتار واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش درگروه آزمون و کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۲۴):جدول همبستگی آگاهی و نگرش و رفتار واحدهای مورد مطالعه باشاخص های دموگرافیک درگروه آزمون زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

-جدول شماره(۲۵): جدول همبستگی آگاهی و نگرش و رفتار واحدهای مورد مطالعه باشاخص های دموگرافیک درگروه کنترل زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی اردیبهیل سال ۸۷.

## اهمیت پژوهش

اضافه وزن وچاقی شایع ترین اختلال متابولیسم در انسان بوده و بعنوان زمینه ساز سایر بیماریهای مزمن در دهه های اخیر مطرح می باشد (عزیزی و جانقربانی، ۱۳۸۳، ص ۵۶). اهمیت بالای معضل اضافه وزن وچاقی بدلیل همراه بودن با بسیاری از بیماریهای مزمن که اغلب منجر به معلولیت یا مرگ و میر میگردند، می باشد (هریت و پیترسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴، ص ۲۳۵).

سالانه حدود نیم میلیون نفر در دنیا بر اثر بیماری های مرتبط با اضافه وزن وچاقی جان خود را از دست میدهد (دلاوری و عالیخانی، ۱۳۸۴، ص ۱۱). چاقی در آمریکا دومین علت مرگ قابل پیشگیری شناخته شده است. حدود سیصد هزار مرگ مرتبط با اضافه وزن وچاقی در آمریکا سالانه برآورد میشود که هزینه ای برابر صد و هفده میلیون دلار برجامیگذار (چارلیز و ویلموت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴، ص ۱۹) در کشورهای در حال توسعه چاقی در حدود ۲-۱ درصد مرگها را به خود اختصاص داده است. (سلمان اختیاری، ۱۳۸۶، ص ۱۸). در آخرین اطلاعات آماری اعلام شده ۱/۲ بلیون نفر از جمعیت دنیادر مرز اضافه وزن روبه چاقی اند (تامی و سولاندر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷، ص ۱۵۳، محمدی و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۲۷۰) که تا سال ۲۰۱۵ این میزان به یک و نیم میلیارد نفر خواهد رسید و نیز حداقل ۳۰۰ میلیون نفر از آنها چاق هستند (عالیوند، ۱۳۸۵، ص ۱۹۰) بطوریکه افزایش وزن مردان در جهان از ۲۲/۸ به ۳۱/۷ درصد و در زنان از ۲۵/۷ به ۳۴/۹ درصد رسیده که افزایش تقریباً ۳۰ درصد آن از دهه هشتاد میلادی به بعد بوده است (عزیزی و جانقربانی، ۱۳۸۳، ص ۵۷). بررسی های مرکز ملی آمار بهداشت آمریکا طی ۳۰ سال نشان میدهد، شیوع چاقی افزایش قابل ملاحظه ای پیدا کرده است، ۶۵٪ جمعیت بین ۷۴-۲۰ سال دارای اضافه وزن و ۳۱/۱٪ از این افراد چاق هستند و بقیه موارد را کودکان و جوانان تشکیل میدهد. (دباغ منش، ۱۳۸۵، ص ۱). ۲۰٪ درصد جمعیت اروپا چاق هستند، بطوریکه شیوع آن در اروپای شمالی ۱۲٪ و در اروپای شرقی ۴۰٪ گزارش شده است. ۳۵٪ از مردمان استرالیا نیز دچار چاقی هستند (who ۲۰۰۷).

از لحاظ اپیدمی چاقی در جوامع در حال توسعه و حتی کشورهای پیشرفته با توجه به سنین مختلف آمارهای متفاوتی در دسترس است، اما در حالت کلی کمترین میزانها مربوط به مناطق جنوب و جنوب شرق آسیا (اضافه وزن ۲۰/۷٪ و چاقی ۵/۸٪) و بیشترین آنها مربوط به خاورمیانه و اروپا مرکزی (اضافه وزن ۴۵٪ و چاقی ۱۴/۵٪) است (حشمت و همکاران، ۱۳۸۲، ص ۶۴).

<sup>۱</sup> Harriet & pitreson

<sup>۲</sup> Charlize & willmott

<sup>۳</sup> Tomi & soulander

سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۷ خود، میزان شیوع چاقی در بزرگسالان ایران را ۱۴/۲٪ در زنان و ۵/۶٪ در مردان ذکر نموده که مطابق با سراسر دنیا میزان چاقی در زنان دوبرابر مردان است (WHO ۲۰۰۷). طبق آخرین مطالعات آماری منتشر شده طرح سلامت و بیماری وزارت بهداشت و درمان در حدود ۲۸/۶٪ جمعیت ایران دچار اضافه وزن، ۱۰/۸٪ چاق و ۳/۴٪ چاقی مفرط اند. از این میان مردان به ترتیب ۲۷/۹٪ و ۷/۴٪ و ۱/۷٪ دارای اضافه وزن و چاقی و چاقی مفرط اند و زنان ۲۹/۳٪ و ۱۴/۱٪ و ۵/۱٪ دچار اضافه وزن، چاقی و چاقی مفرط می باشند.

بنابراین آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت و درمان در استان اردبیل شیوع اضافه وزن ۲۰/۹٪ و چاقی ۶/۳٪ می باشد. (دلآوری و عالیخانی، ۱۳۸۴، ص ۲۹). نتایج مطالعات بیشماری که در جهان و ایران انجام گردیده، نشان میدهد که در کل زنان در همه گروههای سنی نسبت به مردان هم گروه سنی خود کم تحرک ترند و نیز بیشتر از اضافه وزن و چاقی رنج می برند (سلیمانی نژاد، ۱۳۸۶، ص ۳۳).

نیکپور و رحیمی (۱۳۸۵) می نویسند: زنان نسبت به مردان فعالیت بدنی کمتری انجام میدهند و با افزایش سن فعالیت آنها کمتر و بروز چاقی بیشتر میگردد. از طرفی چاقی بطور مشخص خطر ابتلا به افزایش خون، اختلال چربی، دیابت نوع ۲، بیماریهای قلبی-عروقی، سکتة مغزی، بیماری کیسه صفرا، استئوآرتریت، آپنه، بیماری تنفسی، انواع سرطانها (آندومتر، پستان، کولون، پروستات و...) را افزایش میدهد. افراد چاق با مشکلات عاطفی-روانی، اجتماعی و گاهی با برکناری از برخی امور و مشاغل روبرو می گردند (هریت و پیترسون، ۲۰۰۴، ص ۲۳۵).

بطوریکه اگر شاخص توده بدنی (BMI) فرد بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع شود احتمال بروز بیماریهای مزمن برای فرد بیشتر گشته، و خطر نسبی برآورده شده ۸-۲ برابر خواهد شد (رضانی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۱۷). از طرفی هزینه کل چاقی در ایالات متحده در سال ۲۰۰۳ حدود ۷۵ میلیارد دلار بوده است (سلامتیان، ۱۳۸۴، ص ۵) که هزینه مستقیم چاقی برآورده شده در آمریکا ۳۲/۷ میلیارد دلار برابر با ۳/۷٪ کل هزینه مراقبت بهداشتی بوده است.

در انگلیس نیز هزینه غیرمستقیم چاقی در سال ۲۰۰۰ برابر ۲/۶ میلیارد پوند بوده است که باتوجه به روند افزایش چاقی هر سال یک میلیارد پوند به آن اضافه خواهد شد (باختری اقدم، ۱۳۸۳، ص ۱۶). در کل این بیماری بین ۵/۵ تا ۷٪ درصد کل هزینه ملی بخش سلامت را در ایالات متحده آمریکا بخود اختصاص داده که این میزان برای اغلب کشورهای دیگر بین ۲٪ تا ۳/۵٪ برآورده شده است، بنابراین، معضل موجب هزینه فراوان بر نظام سلامتی کشورها شده و بار قابل توجهی از بیماریها ناتوانی ها را بخود اختصاص خواهد داد (مظفری و همکاران، ۱۳۸۳، ص ۱۹).

چاقی با ایجاد بروز برخی بیماری ها که برای بهبودی آنها هزینه بالا بایستی تقبل نمود، بعنوان معضل سیاسی-اقتصادی نیز بشمار میرود، از آنجا که این معضل همراه با بسیاری از بیماریها و مرگ و میر بالا می باشد منافع شرکتهای بیمه مورد تهدید قرار می گیرد از این نظر چاقی برای صنعت بیمه بزرگترین و مهمترین عامل خطر محسوب میشود. (حاتمی، ۱۳۸۴، ص ۱) به همین ترتیب تاثیر آشکاری روی کیفیت زندگی افراد داشته و آنرا به شدت کاهش میدهد (کلیشادی و هاشم پور، ۲۰۰۴، ص ۴۳۶).

سبک زندگی و مولفه های متعدد آن خواسته یانا خواسته زمینه ساز بروز چاقی است (who ۲۰۰۸، ۲۰۰۷).

قرار گرفتن کشورهای در حال توسعه در یک گذر اپیدمیولوژیکی با تغییرات سریع در الگو و گرایش به مواد غذایی پر انرژی و کم ارزش از لحاظ تغذیه و کاهش فعالیت جسمی و افزایش مصرف دخانیات، سبب شده این جوامع در معرض همه گیری بیماریهای مزمن از جمله چاقی در طول سالهای اخیر شوند (استپ و واردل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱، ص ۱۶۲۲).

بررسی ها نشان میدهد میزان چاقی در ایران از سال ۱۹۹۳ میلادی به بعد دوبرابر شده است که علت آن جایگزینی شیوه زندگی غربی خصوصاً تغذیه از غذاهای حیوانی، انواع قندها و شیرینی ها، کم نمودن فیبر مواد غذایی به همراه کاهش فعالیت فیزیکی در این افراد است (پیشگار، ۱۳۸۵، ص ۱۴۶).

دو عامل رژیم غذایی نامناسب و بی تحرکی اصلی ترین عوامل خطر در بروز بیماریهای قلبی - عروقی، چاقی، دیابت نوع دو، سرطانها و... می باشند که می توان از ۸۰ درصد بیماری قلبی و ۹۰ درصد دیابت مرتبط با چاقی را با تغییر در این عوامل اجتناب کرد. ۱/۳ درصد موارد سرطانها با بهبود تغذیه، کنترل وزن، انجام فعالیت بدنی و ۱/۳ درصد دیگر را با اجتناب از عوامل دخانیات و استرس کم نمود (سلیمانی نژاد، ۱۳۸۶، ص ۲)، همچنین از طریق پیشگیری و درمان چاقی نیز با بکارگیری برنامه کاهش وزن از طریق فعالیت فیزیکی و تغذیه و اصلاح رژیم غذایی مناسب تارسیدن به وزن نرمال علاوه بر سودمندی آن، میتوان باعث کاهش مرگ و میر شد (کنفرانس پیشگیری از بیماریهای مزمن، ۲۰۰۴).

اساس پیشگیری و درمان بیماریهای مزمن آگاهی از عوامل خطر و تغییرات آن در اصول زندگی بوده لذا در برنامه ریزیهای بهداشتی افزایش آگاهی مددجویان ضروری به نظر می رسد (گاس و گروسی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵، ص ۴۰) بدین ترتیب بسیار مهم است که روند تغییرات در آگاهی و رفتارهای

<sup>۱</sup> Step & Eardel  
<sup>۲</sup> Goass & Gurabsy

مرتبط با سلامتی افراد پیگیری شده و در جهت تعدیل و اصلاح آنها، مداخلات مناسب انجام شود) سلیمانی نژاد، ۱۳۸۶، ص ۳).

از طرفی مداخلاتی که در گسترده جامعه برای پیشگیری از عوامل خطر ساز و تشویق شیوه صحیح زندگی انجام می شود با بیشترین هزینه - اثربخشی همراه است. (لاریجانی ۱۳۸۵، ص ۴) به منظور اصلاح شیوه زندگی در جامعه باید راه کارهایی مفید، ایمن، راحت، قابل اجرا و کم هزینه را پیش بینی کرد و نیازها را شناسایی نمود تا با جلب همکاریهای بین بخشی، عموم جامعه را آموزش داد (عزیزی، ۱۳۸۳، ص ۳۹).

امروزه در اغلب کشورهای توسعه یافته اصول پیشگیری و آموزش بهداشت جزو امور بسیار مهم در سیاست گذاریهای بهداشتی بوده و به عنوان یک استراتژی در راستای ارتقاء بهداشت و سلامت در نظر گرفته شده است (انجمن پیشگیری از چاقی، ۲۰۰۷، ص ۴۸). مداخله آموزشی که در پرستاری بیماریهای مزمن مطرح شده است، شامل ارائه پیشنهادهای در تغییر شیوه زندگی توأم با ایجاد انگیزه در افراد به همراه درک خطرات آن بیماری به افزایش آگاهی و کسب مهارتهای واقعی در اصلاح رژیم غذایی، پیروی از رژیم های دارویی، ورزش و ترکیبی از این عوامل می باشد (فولادی، ۱۳۸۴، ص ۴).

از طرفی سه گروه عوامل جمعیت شناختی شامل (سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانوار)، ویژگی محیط اجتماعی (قوانین، میزان حمایتهای اجتماعی، رسانه های گروهی، هنجارهای اجتماعی در مورد وزن بدن و معیارهای زیبایی ظاهری) و ویژگی های فردی - روان شناختی (آگاهی تغذیه ای - بهداشتی، الگوی مصرف مواد غذایی، الگوی فعالیت، معیار خانوادگی حاکم، تصویر ذهنی بدن و عزت نفس) بعنوان عواملی موثر در شیوع اضافه وزن و چاقی در زنان ایرانی مورد توجه است تا با مطالعه و تحلیل آنها مداخلات مناسب آموزشی و پیشگیری طرح شود (امیدوار و قدسی، ۱۳۸۳، ص ۳).

بطور کلی آموزش درباره اهمیت بیماری چاقی و عوامل موثر در کاهش بروز آن، بایستی برای افراد جامعه صورت گیرد تا از عوارض افزایش وزن و چاقی که خود منجر به بیماریهای مزمن دیگر می شود و نیز از افزایش مرگ و میرهای و معلولیتهای حاصل از آنها پیشگیری نمود. (گاس و گروبس، ۲۰۰۵، ص ۴۶)

از آنجائیکه آموزش مسائل بهداشتی در تغییر رفتار و پیشگیری از بیماریها و کمک به افراد جهت دستیابی به حد مطلوب سلامتی و ارتقاء آن نقش مهمی ایفا می کند و نظریه اینکه زنان از افراد



کلیدی اجتماع و تشکیل دهنده نیمی از جمعیت بوده و همواره مسئول مراقبت از اعضا خانواده می باشند و طبق نتایج بدست آمده از انجام مطالعات متعدد بسیار بیشتر از مردان در معرض اضافه وزن و چاقی اند و تحرک کمتری نیز دارند، از طرفی توجه کمتری به آگاهی و نگرش رفتارهای زنان در ارتباط با چاقی و کنترل وزن شده است و چون پرستاران بهداشت جامعه همگام با سایر کارکنان بهداشتی- درمانی نقش مهمی در شناسایی عوامل خطر، حمایت و آموزش به مددجویان در جهت کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و اتخاذ سبک زندگی سالم دارند، لذا پژوهشگر در صدد برآمد تا تحقیق مزبور را به انجام برساند.

## هدف کلی

تعیین تاثیر آموزش کنترل وزن بر آگاهی و نگرش و رفتارهای بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل ۱۳۸۷.

## اهداف ویژه

۱. تعیین آگاهی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون .
۲. تعیین نگرش زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون.
۳. تعیین رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون .
۴. تعیین آگاهی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل.
۵. تعیین نگرش زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل.
۶. تعیین رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل.
۷. مقایسه آگاهی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل.
۸. مقایسه نگرش زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل.
۹. مقایسه رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل در مورد کنترل وزن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل.
۱۰. تعیین ارتباط برخی از خصوصیات دموگرافیک با آگاهی و نگرش و رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردیبهیل قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل.

## سوالات پژوهش

۱. آگاهی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل درمورد کنترل وزن در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله چگونه است؟
۲. نگرش زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل درمورد کنترل وزن در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله چگونه است؟
۳. رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل درمورد کنترل وزن در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله چگونه است؟
۴. آگاهی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل درمورد کنترل وزن در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه چگونه است؟
۵. نگرش زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل درمورد کنترل وزن در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه چگونه است؟
۶. رفتار بهداشتی زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل درمورد کنترل وزن در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه چگونه است؟

## فرضیات پژوهش

۱. از نظر آگاهی در زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل در مورد کنترل وزن بعد از مداخله بین گروه آزمون و کنترل تفاوت وجود دارد.
۲. از نظر نگرش در زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل در مورد کنترل وزن بعد از مداخله بین گروه آزمون و کنترل تفاوت وجود دارد.
۳. از نظر رفتار در زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل در مورد کنترل وزن بعد از مداخله بین گروه آزمون و کنترل تفاوت وجود دارد.
۴. بین آگاهی و نگرش و رفتار زنان با شاخص توده بدنی بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی اردبیل در مورد کنترل وزن و برخی خصوصیات دموگرافیکی (سنی، شغل و...) قبل از مداخله ارتباط وجود دارد.