مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال هفدهم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۴۴-۳۱

بررسی روایی و پایایی پرسشنامه رفتارهای مرتبط با سلامت و ارتباط آن با وضعیت اضافه وزن و چاقی در سالمندان ساکن جامعه غرب استان غرب مازندران در سال ۱۳۹۹

زینب گلیج[۱]، فاطمه غفاری[۲]، رضا قدیمی[۳]، عباس شمسعلی نیا[۴]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲-دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳-استاد گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۴ -نویسنده مسئول: دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
پست الکترونیکی: abbasshamsalinia@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۱۲

چکیده

سابقه و هدف: اضافه وزن و چاقی یکی از مشکلات اساسی امروزه افراد در دوران سالمندی می‌باشد. این مطالعه با اهداف توسعه و تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه رفتارهای سلامت و تعیین میزان شیوع و عوامل خطر اضافه وزن و چاقی در سالمندان ساکن جامعه غرب استان مازندران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۹ با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بر روی ۱۰۰۴ نفر سالمند غرب استان مازندران انجام شد. داده ها با پرسشنامه‌های مشخصات فردی و رفتارهای سلامت که روایی صوری، محتوا، سازه، همگرا و واگرا و پایایی آن بررسی شد و همچنین شاخص‌های آنتروپومتریک جمع آوری گردید. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی با نرم افزارهای $SPSS_{26}$ و $AMOS_{24}$ استفاده شده است. همچنین آزمون‌های کای دو، دقیق فیشر، آنالیز واریانس، t مستقل و رگرسیون چندگانه جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها: پرسشنامه رفتارهای سلامت در سالمندان ساکن جامعه ایران از روایی صوری و محتوا و پایایی (r=۰/۹۰۱) قابل قبولی برخوردار است. میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در سالمندان به ترتیب ۲۵/۱ درصد و ۱۴/۹ درصد بود. بیشترین رفتار سلامت مؤثر در اضافه وزن و چاقی در سالمندان زن و مرد به ترتیب با میانگین ۶/۵۳±۲۰/۱۸ و ۶/۴۱±۱۸/۵۷ مربوط به بعد فعالیت فیزیکی/ ورزش بود. در افراد باز نشسته و افراد استفاده کننده از داروهای فشار خون، مقدار اضافه وزن و چاقی نسبت به سایر گروه ها بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان از پرسشنامه رفتارهای سلامت برای سنجش رفتارهای سلامت مؤثر بر اضافه وزن و چاقی در سالمندان استفاده نمود. به دلیل شیوع اضافه وزن در سالمندان، اجرای برنامه‌های هدفمند آموزشی جهت مدیریت وزن و اصلاح سبک زندگی بویژه در ابعاد تغذیه و فعالیت‌های ورزشی توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: اضافه وزن، چاقی، رفتارهای سلامت، نمایه‌های تن‌سنجی، سالمندان ساکن جامعه

• مقدمه

یکی از مشکلات اساسی که امروزه افراد در دوران سالمندی با آن روبرو هستند، اضافه وزن و چاقی است (۱) چاقی یک بیماری پیچیده و چند عاملی است که به صورت افزایش درصد چربی بدن تعریف می‌گردد (۲) و ناشی از تعاملات بین ژنتیک، عوامل محیطی و رفتاری است. چاقی بیماری قرن ۲۱ و در حال حاضر شایع‌ترین بیماری متابولیک در سراسر جهان است. به عنوان یک اپیدمی جهانی شیوع آن در جمعیت سالمندان سراسر جهان در حال افزایش است (۳). سازمان جهانی بهداشت چاقی را به عنوان یک بیماری مزمن توصیف می‌کند که در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه شایع است و جانشین بسیاری از مشکلات بهداشتی گذشته مانند بیماری‌های عفونی شده است (۴). سازمان جهانی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

بهداشت ۲۵ و بالاتر و ۳۰ وبالاتر را به ترتیب اضافه وزن و چاق تلقی کرده است (۵). رده چاقی نیز به سه کلاس تقسیم می‌شود که عبارتند از: کلاس ۱ (نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹)، کلاس ۲ (شاخص نمایه توده بدنی ۳۵-۳۹/۹) و کلاس ۳ (نمایه توده بدنی بیشتر از ۴۰) (۶). پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۱/۳ میلیارد نفر از مردم دنیا مبتلا به اضافه وزن و ۵۳۷ میلیون نفر دچار چاقی باشند (۷). در اکثر کشورهای اروپایی روند چاقی طی ۱۰ سال گذشته از ۱۰ درصد به ۴۰ درصد افزایش یافته است. پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۵۰، ۶۰ درصد٪ مردان و ۵۰ درصد زنان اروپا چاق خواهند بود (۸). اضافه وزن و چاقی پنجمین علت مرگ در جهان است که سالانه منجر به ۳/۴ میلیون مرگ در جهان می‌شود که اغلب این افراد سالمند می‌باشند (۹). بر اساس استاندارد شاخص توده بدنی شیوع چاقی در شرق آسیا (چین، ژاپن و کره) تنها ۴/۲ درصد است در حالی که این آمار در اروپا و ایالت متحده آمریکا ۱۰ تا ۲۰ درصد است (۱۰). طی چند دهه چاقی در کشورهای آسیایی به دلیل تغییر در سبک زندگی به سرعت در حال افزایش است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد چاقی و اختلالات مرتبط با آن در ایرانی ها از شیوع بالایی برخوردار است که هزینه‌های زیادی را بر دوش سیستم بهداشتی کشور وارد می‌نماید (۱۱). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که در مردان و زنان بالای ۶۰ سال شیوع اضافه وزن به ترتیب برابر با ۷۸/۴ درصد و ۶۸/۶ درصد و شیوع چاقی برابر با ۳۷/۱ درصد و ۳۳/۶ درصد می‌باشد (۱۲). شیوع چاقی و اضافه وزن در ایران به ترتیب ۲۳ درصد و ۴۰ درصد در افراد بزرگسال گزارش شده است (۱۳). نتایج مطالعه کوهورت سالمندان امیرکلا نشان داد که به ترتیب ۴۳ و ۲۴/۲ درصد از سالمندان دچار اضافه وزن و چاقی بودند (۱۴). چاقی در سالمندان به عوامل مختلفی مانند دریافت انرژی غذایی بیش از حد مورد نیاز، ژنتیک، ابتلا به بیماری‌های روان شناختی مانند افسردگی، اختلالات خلق و خو، پیروی از الگوی غذایی نامناسب، زندگی ماشینی، مصرف بعضی از داروها از جمله داروهای اعصاب و روان، ضد افسردگی ها، ضد صرع، ضد دیابت وهورمون‌های کورتیکواستروئید مرتبط است (۱۵).

به دلیل عوارض گسترده اضافه وزن و چاقی در سالمندان مانند افزایش وابستگی به دیگران در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، افزایش احتمال ابتلاء به بیماری‌های مزمن و افزایش بار اقتصادی ناشی از مراقبت‌های درمانی ناشی از ابتلاء به این بیمری ها و افزایش مرگ و میر زودرس مدیریت وزن با هدف بهبود و حفظ عملکرد فیزیکی و کیفیت زندگی و نیز جلوگیری از مشکلات پزشکی مرتبط با چاقی، توصیه می‌شود (۱۶). انجام مطالعات اپیدمیولوژیک منجر به شناخت میزان شیوع و عوامل مؤثر در اضافه وزن و چاقی در سالمندان خواهد شد. انجام این نوع مطالعات توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت و به ویژه پرستاران سالمندی به دلیل ارائه مراقبت به سالمندان ساکن جامعه می‌توانند نقش حیاتی را در تأمین و ارتقاء سلامت این گروه از افراد جامعه ایفا کنند (۱۷). با وجود اینکه مطالعات زیادی در زمینه شناخت عوامل خطرساز اضافه وزن و چاقی در سالمندان صورت گرفته است، اما بدلیل تأثیر فرهنگ و سبک زندگی در جوامع مختلف بر اضافه وزن و چاقی نیاز است تا در گروه‌های مختلف اجتماع بررسی‌های اپیدمیولوژیکی در زمینه شیوع اضافه وزن و چاقی و عوامل مؤثر در آن صورت گیرد (۱۸). شواهد موجود نشان میدهد که در مطالعات انجام شده بر عوامل فردی، اجتماعی و عوامل مرتبط با رفتارهای سلامت مانند جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت، عوامل ژنتیکی، عدم تعادل بین کالری دریافتی و میزان فعالیت بدنی، کم تحرکی، ماشینی شدن زندگی و تماشای تلویزیون به عنوان عوامل خطر اضافه وزن و چاقی در سالمندان تاکید شده است (۲۰، ۱۹) و کمتر مطالعه‌ای به بررسی نقش رفتارهای سلامت در اضافه وزن و چاقی سالمندان پرداخته است. برهمین اساس این مطالعه با اهداف بومی سازی و تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه رفتارهای سلامت و تعیین میزان شیوع وعوامل خطر اضافه وزن و چاقی در سالمندان ساکن جامعه غرب استان مازندران انجام شد.

• مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۹، در غرب استان مازندران انجام شد. محیط پژوهش حاضر کانون بازنشستگان آموزش و پرورش، کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی و مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان‌های غرب استان مازندران (نور، محمود آباد، نوشهر، چالوس، عباس آباد، تنکابن و رامسر) بود. دلیل انتخاب این محیط ها دسترسی آسان‌تر به سالمندانی با سطح سواد، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و محل سکونت مختلف بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعات موجود (۷،۲۰،۲۱)، از طریق نرم افزار PASS نسخه ۱۱، برآورد گردید. با در نظر گرفتن مقدار P برابر ۰/۱۱۲، سطح احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و مقدار d برابر با ۰/۰۵ مقدار حجم نمونه برابر ۱۰۰۴ نفر به دست آمد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

روش نمونه‌گیری به صورت خوشه ای و چند مرحله ای بود. بدین صورت که ابتدا هر یک از شهرهای غرب استان مازندران (نور، محمود آباد، نوشهر، چالوس، عباس آباد، تنکابن و رامسر) را به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از جدول اعداد ۳ شهر(رامسر، تنکابن و عباس آباد) به عنوان خوشه‌های اصلی وارد مطالعه شدند و از هر یک از این سه خوشه، ۳ مرکز (کانون بازنشستگان تامین اجتماعی ،کانون بازنشستگان آموزش و پرورش، و مراکز بهداشتی درمانی شهری) به صورت تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. در نهایت با در نظر گرفتن جمعیت هر کدام از مراکز (کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی ۱۰۰۵نفر،آموزش و پرورش ۴۴۰۰ نفر ومراکز بهداشتی درمانی ۱۳۰۰ نفر) و با توجه به حجم نمونه برآورد شده از بین پرونده‌های موجود در این مراکز با در نظر گرفتن نسبت، به ترتیب ۲۷۵، ۶۰۱ و ۱۲۸ نمونه به روش صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از آن شماره تلفن نمونه‌های منتخب از پرونده‌های موجود در مراکز استخراج و با سالمندان جهت توضیح درباره اهداف پژوهش و کسب رضایت شفاهی آنها برای شرکت در مطالعه و تعیین زمان و مکان ملاقات تماس گرفته شد. به منظور تکمیل ابزارها و ارزیابی‌های آنتروپومتریک و حفظ حریم مشارکت کننده محقق بعد از هماهنگی با مسئولین مراکز، اتاقی خلوت و با درجه حرارت مناسب و قابل دسترس سالمندان(در طبقه هم کف) در نظر گرفت. برای رعایت پروتکل‌های بهداشتی زمان شیوع کووید ۱۹ هر کدام از پرسشنامه ها همراه با یک خودکار و دستکش یکبار مصرف در یک پاکت پلاستیکی قرار داده شد و در زمان مواجهه با مشارکت کننده مواردی مانند زدن ماسک، استفاده از دستکش یک بار مصرف و مواد ضد عفونی رعایت شد. نمونه‌گیری در طی ۸ ماه انجام شد.

معیارهای ورود در این مطالعه شامل سن ۷۴-۶۰ سال، عدم وجود مشکلات بینایی و شنوایی (خود گزارشی)، کسب نمره ۷ و بالاتر، از پرسشنامه آزمون کوتاه شده شناختی(این ابزار ده گویه ای است و نمونه ها با نمره هفت و بالاتر، به عنوان افراد فاقد اختلالات شناختی محسوب شدند) (۲۲)، سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به کم کاری تیروئید و کوشینگ می‌باشد. معیار خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه رفتارهای سلامت استفاده شد. پرسشنامه مشخصات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، تعداد بارداری، شغل، کفایت درآمد، محل سکونت، هم خانگی، بیمه، بیمه تکمیلی، ابتلاء به بیماری‌های مزمن و مصرف داروهای مؤثر بر چاقی بود. این پرسشنامه به صورت خود گزارشی تکمیل شده است. پرسشنامه رفتارهای سلامت توسط Chambers & Swanson (۲۰۰۸) طراحی شده و شامل دو بخش است. بخش اول ۷۵ گویه و ۱۹ عامل دارد و بخش دوم شامل نمایه‌های تن سنجی(قد، وزن، دور بازو، دور کمر) می‌باشد. عامل‌های این پرسشنامه شامل تغذیه سالم، تغذیه عاطفی/ احساسی، تأثیرات اجتماعی روی تغذیه، مقدار تغذیه، غذای آماده، فعالیت فیزیکی (بدنی)، تماشای تلویزیون، رفت و آمد برای کار، تأثیرات اجتماعی روی فعالیت، رفت‌وآمد ماشینی شده، رفتارهای تغذیه‌ای، تشویق به فعالیت از جانب والدین، مصرف الکل، میزان خواب، رفتار تغذیه‌ای /وزن مادر، رفتار تغذیه‌ای/ وزن پدر، بلوغ زودرس، شیردهی و دخانیات می‌باشد.

این ابزار در مطالعه حاضر توسعه یافت. بدین شکل که پس از انجام مکاتبه با طراح پرسشنامه رفتارهای سلامت و کسب اجازه از وی، روند ترجمه بخش اول ابزار با استفاده از روش ترجمه، باز ترجمه صورت گرفت. ابتدا نسخه انگلیسی پرسشنامه توسط دو نفر مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، به زبان فارسی ترجمه گردید. سپس دو ترجمه فارسی پرسشنامه، توسط تیم پژوهش مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و نهایتاً یک نسخه فارسی واحد از پرسشنامه رفتارهای سلامت تهیه شد. متن مذکور توسط دو مترجم متفاوت با مترجمان فوق و مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی به زبان انگلیسی برگردانده شد. دو ترجمه انگلیسی توسط محققین با نسخه اصلی پرسشنامه مقایسه شد. در نهایت با انجام اصلاحات لازم توسط کارشناسان زبان فارسی، نسخه نهایی فارسی پرسشنامه مورد تائید قرار گرفت. در این مرحله محقق در متون مرتبط با موضوع کلیدواژه‌های رفتارهای سلامت، عوامل خطر، اضافه وزن، چاقی و سالمند را بدون محدودیت زمانی در موتورهای CINAHL ,google, google Science Direct scholar, ,PubMed جستجو کرد. در نهایت استخر گویه شامل ۱۰ گویه تشکیل شد. این ده گویه به گویه‌های ابزار اصلی اضافه شد. سپس فرایند بررسی روایی صوری(کیفی)، محتوا(کیفی و کمی) ، سازه(تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی)، روایی همگرا و واگرا و پایایی ابزار انجام شد. جهت تعیین پایایی بخش اول پرسشنامه رفتارهای سلامت این ابزار از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد، بدین شکل که پرسشنامه رفتارهای سلامت به فاصله دو هفته ای توسط ۱۰۰ نفر از سالمندان ساکن جامعه تکمیل شد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

بخش دوم پرسشنامه رفتارهای سلامت شامل شامل نمایه‌های تن سنجی (وزن، قد، دور بازو، دور باسن و دور کمر) است. در مطالعه حاضر به منظور بررسی نمایه‌های تن‌سنجی، وزن سالمند با حداقل پوشش و بدون کفش و با یک ترازوی دیجیتال آس‌مد (ASMED) ساخت کشور ایران با دقت ۱۰۰ گرم و پس از کالیبراسیون اندازه‌گیری شد. قد، دور بازو، دور باسن و دور کمر نیز با متر نواری پلاستیکی غیرقابل ارتجاع با دقت ۰/۱ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. سپس نمایه توده بدنی، نسبت دور کمر به دور باسن WHR (Waist-to-Hip Ratio) و نسبت دور کمر به قد ایستاده WHtR (Waist-to- Height Ratio) محاسبه شد. برای اندازه گیری دور بازو، از سالمند خواسته شد تا بازوی خود را به صورت زاویه قائم (۹۰ درجه) نگه دارد. سپس محیط دور بازو در ناحیه وسط بازو، بین استخوان نوک شانه و آرنج اندازه گیری شد. WC در سطح ناف و دور باسن از برجسته ترین قسمت آن اندازه‌گیری شد. از تقسیم دور کمر به دور باسن WHR و از تقسیم دور کمر به قد WHtR محاسبه شد. نقطه برش WC ۹۰/۵ سانتی متر برای زنان و ۹۴/۵ سانتی متر برای مردان. نسبت دور کمر به دور باسن در مردان ۰/۹۰ و در زنان ۰/۸۰ می باشد و نسبت دور کمر به قد ایستاده نیر بطور میانگین ۰/۵ (در مردان ۰/۴۲ تا ۰/۴۸ و در زنان ۰/۴۳ تا ۰/۵۲) است (۲۳).

در این مطالعه داشتن نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ kg/m^2 لاغر، ۲۱/۹-۲۶ kg/m^2 طبیعی، ۲۷/۹-۲۹ kg/m^2 اضافه وزن و ۳۰ kg/m^2 و بالاتر چاق محسوب شد (۲۴) به منظور حذف خطای فردی، اندازه گیری ها توسط یک نفر (نویسنده اول) انجام شد.

تجزیه و تحلیل: در این مطالعه تحلیل عامل اکتشافی عوامل پنهان با روش عامل‌یابی محور اصلی با چرخش واریماکس استخراج شدند. هم‌چنین تحلیل عامل تأییدی با روش حداکثر درست‌نمایی و با برقراری پیش فرض‌های نرمال چند متغیری و داده‌های پرت چند متغیری با فاصله ماهالانوبیس مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزارهای $SPSS_{26}$ و $AMOS_{24}$ و از آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر، آنالیز واریانس، **t** مستقل و رگرسیون چندگانه استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه پس از تأییدیه کد اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.HRI.REC.1398.328 انجام شد. برای جمع‌آوری داده ها رضایت کتبی از نمونه ها گرفته شد. اصل رازداری و حق کناره گیری رعایت شد.

• یافته‌ها

نتایج روان‌سنجی پرسشنامه رفتارهای سلامت نشان داد که در قسمت کیفی روایی صوری هیچ گویه ای حذف نشد و ۳۰ گویه مورد بازنگری قرار گرفت. بنابر این در این قسمت ابزار با ۸۵ گویه باقی ماند. در بررسی کیفی روایی محتوا ۱۲ گویه حذف شد. بررسی کمی روایی محتوا به دو روش نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا، انجام شد. ۱۰ گویه به دلیل نسبت روایی محتوا کمتر از ۰/۶۲ و ۱۴ گویه نیز به دلیل ایندکس روایی محتوا، کمتر از ۰/۷۹ حذف شدند. در نهایت ابزار ۴۹ گویه ای برای بررسی روایی سازه باقی ماند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، پرسشنامه رفتارهای سلامت دارای ۱۱ عامل، تغذیه سالم، تغذیه عاطفی/ احساسی، تأثیرات اجتماعی روی تغذیه، مقدار تغذیه، غذای آماده، فعالیت فیزیکی/ ورزش، تماشای تلویزیون، رفت و آمد، تأثیرات اجتماعی روی فعالیت بدنی/ورزشی، رفتارهای تغذیه‌ای و خواب شبانه روزی می‌باشد که در مجموع این عوامل ۶۶/۵۸۱ درصد از کل واریانس سازه رفتارهای سلامت در سالمندان را تبیین کردند. مقادیر شاخص‌های PCFI=۰/۷۰۷، PNFI=۰/۶۸۰، CMIN/DF=۲/۷۲۸، RMSEA=۰/۰۷۷، IFI=۰/۹۱۹، CFI=۰/۹۱۸ و GFI= ۰/۹۱۶ در تحلیل عامل تاییدی مرتبه اول نشان دهنده برازش مناسب مدل ۱۱ عاملی بود و تمامی بارهای عاملی گویه‌ها بالاتر از ۰/۴ می‌باشد. بارهای عاملی استاندارد شده هر عامل و سازه در تحلیل عاملی تأییدی نوع دوم در شکل ۱ ارائه شده است. مقدار ضرایب همبستگی درون گروهی پرسشنامه رفتارهای سلامت ۰/۹۰۱ بود. میزان واریانس استخراج شده تمام عوامل (۰/۵۱ تا ۰/۷۰) بزرگتر از ۰/۵ بوده و هم‌چنین میزان واریانس استخراج شده هر عامل از میانگین مجذور واریانس مشترک (محدوده بین ۰/۴۱ تا ۰/۴۸) و حداکثر مجذور واریانس مشترک (محدوده بین ۰/۴ تا ۰/۵۱) آن بزرگتر بود. نتایج نشان داد که پرسشنامه رفتارهای سلامت در سالمندان از روایی همگرا و واگرای مناسب برخوردار است (جدول۱). نمره دهی پرسشنامه رفتارهای سلامت بدین صورت است که گویه ها در طیف لیکرتی ۵ قسمتی نمره گذاری شدند. میانگین جمع نمره حاصل از گویه‌های مربوط به هر بعد محاسبه و سپس بر تعداد گویه‌های آن بعد تقسیم می‌شود. حداکثر نمره ۱ می‌باشد. در صورتی که نمره میانگین هر بعد به یک نزدیکتر شود نشان می‌دهد که این عامل بعنوان یک عامل خطر جدی تری برای اضافه وزن و چاقی در سالمندان است. لازم به ذکر است که در این مطالعه بخش اول پرسشنامه رفتارهای سلامت به صورت

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

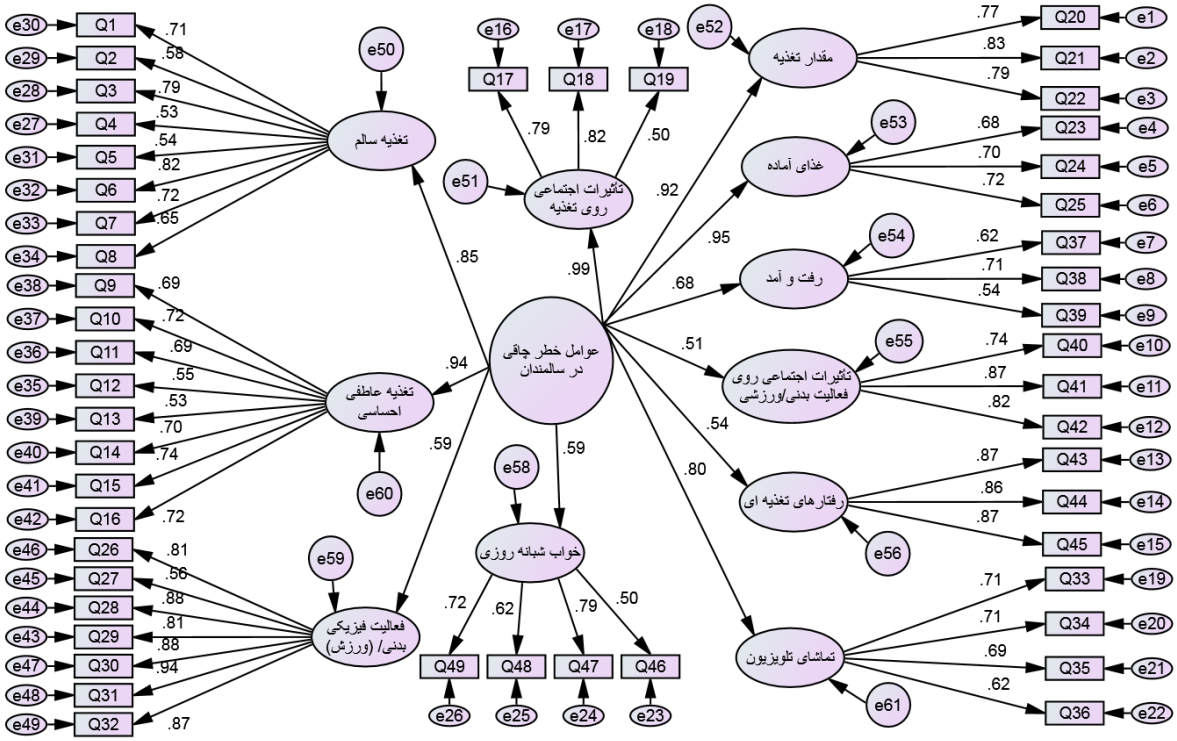
خود گزارشی تکمیل شده است و گویه‌های مربوط به میزان ساعت خواب شبانه روزی طوری طراحی شده است که مشارکت کنندگان می‌بایست با پر کردن جای خالی ابزار را تکمیل نمایند.

در این مطالعه بعد از بررسی شاخص‌های روان سنجی پرسشنامه رفتارهای سلامت یک مطالعه توصیفی مقطعی صورت گرفت. تعداد ۸۳ پرسشنامه به دلیل عدم تکمیل کامل توسط مشارکت کنندگان حذف و تعداد ۹۲۱ پرسشنامه تحلیل نهایی شد. نتایج نشان داد که تعداد ۶۵۳ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۲۶۸ نفر زن بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳/۹۰ ± ۶۵/۰۵ سال (در مردان ۳/۹۷ ± ۶۵/۷۰ و در زنان ۳/۲۴ ± ۶۳/۴۹ سال) بود. از نظر توزیع سنی، ۵۱ درصد افراد در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال و ۳۸/۷ درصد در گروه سنی ۷۰-۶۵ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۹۰ درصد واحدهای مورد مطالعه متأهل بودند (جدول ۱).

جدول ۱. روایی همگرا، واگرا، ثبات درونی و ثبات سازه پرسشنامه رفتارهای سلامت در سالمندان

عامل‌ها	α	θ	Ω	CR	مرتبه اول			مرتبه دوم	
					ASV	MSV	AVE	CR	AVE
تغذیه سالم	۰/۹۴۰	۰/۹۲۱	۰/۹۱۹	۰/۸۹۱	۰/۳۳۳	۰/۴۶۱	۰/۵۰۹	۰/۹۴۲	۰/۵۱۸
تغذیه عاطفی/احساسی	۰/۸۳۲	۰/۸۱۰	۰/۸۰۸	۰/۹۰۱	۰/۲۶۸	۰/۴۷۴	۰/۵۳۲		
تأثیرات اجتماعی روی تغذیه	۰/۸۲۶	۰/۸۲۰	۰/۸۱۷	۰/۷۵۳	۰/۳۱۵	۰/۴۲۲	۰/۵۱۵		
مقدار تغذیه	۰/۷۴۳	۰/۷۳۰	۰/۷۲۳	۰/۸۳۷	۰/۳۳۴	۰/۵۱۱	۰/۶۳۱		
غذای آماده	۰/۷۳۰	۰/۷۱۸	۰/۷۲۱	۰/۷۷۸	۰/۲۸۷	۰/۵۲۴	۰/۵۴۰		
فعالیت فیزیکی (بدنی)/ورزش	۰/۹۳۱	۰/۹۲۵	۰/۹۲۲	۰/۹۳۸	۰/۳۱۴	۰/۵۶۷	۰/۶۸۷		
تماشای تلویزیون	۰/۷۳۱	۰/۷۱۶	۰/۷۱۸	۰/۸۳۱	۰/۳۱۲	۰/۵۲۴	۰/۵۳۵		
رفت و آمد	۰/۷۵۳	۰/۷۴۴	۰/۷۴۸	۰/۷۸۳	۰/۳۰۹	۰/۵۱۸	۰/۵۵۰		
تأثیرات اجتماعی روی فعالیت بدنی/ورزشی	۰/۷۳۰	۰/۷۲۰	۰/۷۱۶	۰/۸۰۳	۰/۲۶۷	۰/۵۶۷	۰/۵۸۲		
رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۷۰۵	۰/۶۹۱	۰/۶۸۸	۰/۸۷۵	۰/۲۲۵	۰/۴۶۳	۰/۷۰۱		
خواب شبانه روزی	۰/۷۰۱	۰/۶۹۰	۰/۶۹۳	۰/۸۱۹	۰/۲۴۵	۰/۳۴۲	۰/۵۳۳		

* Abbreviations; α: Cronbach's alpha coefficients; θ: theta coefficient; Ω: McDonald omega coefficient; CR: Construct Reliability; AVE: Average Variance Extracted; MSV: Maximum shared Squared Variance; ASV: Average shared Squared Variance.



شکل۱. سازه رفتارهای سلامت در سالمندان (تحلیل عامل تاییدی مرتبه دوم)

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

جدول۲. فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی و ارتباط آنها با نمایه توده بدنی بر حسب جنس در سالمندان مشارکت کننده در مطالعه

متغیر		مرد تعداد (٪)	زن تعداد (٪)	نمایه توده بدنی <۲۱ تعداد(٪)	۲۱ -۲۶/۹ تعداد(٪)	۲۷ -۲۹/۹ تعداد(٪)	≥۳۰ تعداد(٪)	سطح معنی‌داری*
سن(سال)	۶۰-۶۴	۲۸۹(۴۴/۳)	۱۸۱(۶۷/۵)	۷(۴۳/۸)	۲۵۸(۴۸/۲)	۱۲۶(۵۴/۵)	۷۹(۵۷/۷)	P=۰/۱۸۹
	۶۵-۷۰	۲۷۸(۴۲/۶)	۷۸(۲۹/۱)	۷(۴۳/۸)	۲۱۳(۳۹/۸)	۸۳(۳۵/۹)	۵۱(۳۷/۲)	
	۷۱-۷۴	۸۶(۱۳/۲)	۹(۳/۴)	۲(۱۲/۵)	۶۴(۱۲)	۲۲(۹/۵)	۷(۵/۱)	
وضعیت تأهل	متاهل	۶۰۵(۹۲/۶)	۲۲۴(۸۳/۶)	۱۶(۱۰۰)	۴۷۹(۸۹/۵)	۲۱۱(۹۱/۳)	۱۲۱(۸۸/۳)	P=۰/۸۳۶
	هرگز ازدواج نکرده	۱(۰/۲)	۱۵(۵/۶)	۰(۰)	۸(۱/۵)	۵(۲/۲)	۳(۲/۲)	
	همسر جداشده	۵(۰/۸)	۶(۲/۲)	۰(۰)	۶(۱/۱)	۲(۰/۹)	۳(۲/۲)	
	همسر فوت شده	۴۲(۶/۴)	۲۳(۸/۶)	۰(۰)	۱۲(۲/۲)	۱۳(۵/۶)	۱۰(۷/۳)	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۵(۲/۳)	۱۴(۵/۲)	۰(۰)	۴۳(۸)	۸(۳/۵)	۹(۶/۶)	P=۰/۰۸۵
	راهنمایی	۴۵(۶/۹)	۳۲(۱۱/۹)	۰(۰)	۱۸۴(۳۴/۴)	۱۷(۷/۴)	۱۷(۱۲/۴)	
	دیپلم	۲۱۷(۳۳/۲)	۸۶(۳۲/۱)	۴(۲۵)	۲۹۶(۵۵/۳)	۷۰(۳۰/۳)	۴۴(۳۲/۱)	
	فوق دیپلم و بالاتر	۳۷۶(۵۷/۶)	۱۳۶(۵۰/۷)	۱۲(۷۵)	۱۷۴(۵۷/۲)	۱۳۶(۵۸/۹)	۶۷(۴۸/۹)	
تعداد بارداری(زنان)	۰	-	۲۰(۷/۵)	۱۶(۱۰۰)	۴۳۶(۸۱/۵)	۱۶۷(۷۲/۳)	۴۸(۳۵)	P<۰/۰۰۱
	۱-۲	-	۱۱۹(۴۴/۴)	۰(۰)	۷۲(۱۳/۵)	۲۳(۱۰)	۲۷(۱۹/۷)	
	۳-۴	-	۹۸(۳۶/۶)	۰(۰)	۱۹(۳/۶)	۳۵(۱۵/۲)	۴۴(۳۲/۱)	
	≥۵	-	۳۱(۱۱/۶)	۰(۰)	۸(۱/۵)	۶(۲/۶)	۱۸(۱۳/۱)	
شغل	آزاد	۱۵۳(۲۳/۴)	۴۳(۱۶)	۱(۶/۲)	۱۰۸(۲۰/۲)	۵۹(۲۵/۵)	۲۷(۱۹/۷)	P<۰/۰۰۱
	کارمند	۳۷(۵/۷)	۱۱(۴/۱)	۰(۰)	۲۵(۴/۷)	۱۷(۷/۴)	۶(۴/۴)	
	بازنشسته	۳۵۷(۵۴/۷)	۱۱۳(۴۲/۲)	۱۳(۸۱/۲)	۲۸۴(۵۳/۱)	۱۱۰(۴۷/۶)	۶۲(۴۵/۳)	
	خانه دار	۶۸(۱۰/۴)	۹۲(۳۴/۳)	۰(۰)	۸۳(۱۵/۵)	۳۶(۱۵/۶)	۴۱(۲۹/۹)	
	کشاورز	۳۸(۵/۸)	۹(۳/۴)	۲(۱۲/۵)	۳۵(۶/۵)	۹(۳/۹)	۱(۰/۷)	
کفایت درآمد	بلی	۲۱۹(۳۳/۵)	۱۰۷(۳۹/۹)	۴(۲۵)	۱۹۴(۳۶/۳)	۷۷(۳۳/۳)	۵۱(۳۷/۲)	P=۰/۰۰۳
	خیر	۱۲۹(۱۹/۸)	۷۰(۲۶/۱)	۲(۱۲/۵)	۱۱۴(۲۱/۳)	۳۹(۱۶/۹)	۴۴(۳۲/۱)	
	تا حدودی	۳۰۵(۴۶/۷)	۹۱(۳۴)	۱۰(۶۲/۵)	۲۲۷(۴۲/۴)	۱۱۵(۴۹/۸)	۴۲(۳۰/۷)	
محل سکونت	شهر	۵۲۸(۸۰/۹)	۲۲۸(۸۵/۱)	۹(۵۶/۲)	۴۳۲(۸۰/۷)	۱۹۴(۸۴)	۱۱۹(۸۶/۹)	P=۰/۰۱۴
	روستا	۱۲۵(۱۹/۱)	۴۰(۱۴/۹)	۷(۴۳/۸)	۱۰۳(۱۹/۳)	۳۷(۱۶)	۱۸(۱۳/۱)	
هم خانگی	زندگی با همسر	۴۵۷(۷۰)	۱۴۷(۵۴/۹)	۱۱(۶۸/۸)	۳۶۲(۶۷/۷)	۱۴۵(۶۲/۸)	۸۴(۶۱/۳)	P=۰/۳۵۵
	زندگی با فرزندان	۲۲(۳/۴)	۸(۳)	۰(۰)	۲۱(۳/۹)	۳(۱/۳)	۶(۴/۴)	
	زندگی با همسر و فرزندان	۱۴۲(۲۱/۷)	۷۸(۲۹/۱)	۴(۲۵)	۱۱۳(۲۱/۱)	۶۶(۲۸/۶)	۳۷(۲۷)	
	زندگی به تنهایی	۳۲(۴/۹)	۳۵(۱۳/۱)	۱(۶/۲)	۳۹(۷/۳)	۱۷(۷/۴)	۱۰(۷/۳)	
بیمه	بلی	۶۴۹(۹۹/۴)	۲۶۷(۹۹/۶)	۱۶(۱۰۰)	۵۳۲(۹۹/۴)	۲۲۹(۹۹/۱)	۱۳۷(۱۰۰)	P=۰/۷۳۴
	خیر	۴(۰/۶)	۱(۰/۴)	۰(۰)	۳(۰/۶)	۲(۰/۹)	۰(۰)	
بیمه تکمیلی	بلی	۴۶۷(۷۱/۵)	۲۰۰(۷۴/۶)	۱۲(۷۵)	۳۸۵(۷۲)	۱۶۵(۷۱/۴)	۱۰۳(۷۵/۲)	P=۰/۸۶۳
	خیر	۱۸۶(۲۸/۵)	۶۸(۲۵/۴)	۴(۲۵)	۱۵۰(۲۸)	۶۶(۲۸/۶)	۳۴(۲۴/۸)	
ابتلا به بیماری مزمن	دیابت	۹۸(۱۵)	۷۵(۲۸)	۳(۱۸/۸)	۷۶(۱۴/۲)	۴۹(۲۱/۲)	۴۵(۳۲/۸)	P<۰/۰۰۱
	فشار خون	۱۰۰(۱۵/۳)	۵۷(۲۱/۳)	۱(۶/۲)	۶۴(۱۲)	۵۰(۲۱/۶)	۴۱(۲۹/۹)	
	بیماری قلبی - عروقی	۶۷(۱۰/۳)	۱۳(۴/۹)	۲(۱۲/۵)	۴۳(۸)	۲۳(۱۰)	۱۲(۸/۸)	
	چربی خون	۴۵(۶/۹)	۱۰(۳/۷)	۰(۰)	۳۴(۶/۴)	۱۵(۶/۵)	۶(۴/۴)	
	آرتروز	۲۰(۳/۱)	۲۳(۸/۶)	۰(۰)	۱۴(۲/۶)	۱۵(۶/۵)	۱۴(۱۰/۲)	
	دیسک کمر	۳۸(۵/۸)	۲۱(۷/۸)	۱(۶/۲)	۳۷(۶/۹)	۱۶(۶/۹)	۵(۳/۶)	
	ندارد	۲۸۵(۴۳/۶)	۶۹(۲۵/۷)	۹(۵۶/۲)	۲۶۷(۴۹/۹)	۶۳(۲۷/۳)	۱۴(۱۰/۲)	
مصرف داروهای مؤثر بر چاقی	داروهای کاهنده فشارخون	۱۴۸(۲۲/۷)	۹۲(۳۴/۳)	۲(۱۲/۵)	۹۴(۱۷/۶)	۷۱(۳۰/۷)	۷۲(۵۲/۶)	P<۰/۰۰۱
	کورتون	۱۹(۲/۹)	۲۳(۸/۶)	۰(۰)	۱۴(۲/۶)	۱۵(۶/۵)	۱۳(۹/۵)	
	آنتی هیستامین	۹(۱/۴)	۵(۱/۹)	۰(۰)	۸(۱/۵)	۴(۱/۷)	۲(۱/۵)	
	ایمی پرامین	۰(۰)	۱۳(۴/۹)	۰(۰)	۷(۱/۳)	۱(۰/۴)	۵(۳/۶)	
	نورتریپتیلین	۱۱(۱/۷)	۷(۲/۶)	۰(۰)	۱۰(۱/۹)	۵(۲/۲)	۳(۲/۲)	
	ندارد	۴۶۶(۷۱/۴)	۱۲۸(۴۷/۸)	۱۴(۸۷/۵)	۴۰۲(۷۵/۱)	۱۳۵(۵۸/۴)	۴۲(۳۰/۷)	
دور بازو، میانگین(انحراف استاندارد)		۳۲/۵۲(۳/۸۴)	۳۲/۱۸(۴/۴۷)	۲۶/۸۳(۴/۶۲)	۲۹/۸۶(۳/۹۶)	۳۳/۰۷(۳/۰۴)	۳۶/۰۷(۳/۳۱)	P<۰/۰۰۱
دور کمر، میانگین (انحراف استاندارد)		۱۰۱/۵۲ (۱۲/۹۶)	۱۰۴/۷۸(۱۵/۲۶)	۸۵(۶/۳۸)	۹۲/۳۴(۹/۰۴)	۱۰۴/۶۵(۱۰/۸۹)	۱۱۷/۹۳(۱۳/۲۰	p = ۰
نسبت دور کمر به قد، میانگین (انحراف استاندارد)		۰/۵۷۸(۰/۰۷۳)	۰/۶۳۹(۰/۰۹۲)	۰/۴۶۵(۰/۰۲۴)	۰/۵۲۸(۰/۰۴۷)	۰/۶۰۸(۰/۰۶۲)	۰/۷۰۷(۰/۰۷۴)	P<۰/۰۰۱
نسبت دور کمر به باسن ، میانگین (انحراف استاندارد)		۰/۷۳۶(۰/۰۶۳)	۰/۶۵۹(۰/۰۹۰)	۰/۴۸۴(۰/۰۳۱)	۰/۵۴۰(۰/۰۴۱)	۰/۶۹۵(۰/۰۶۰)	۰/۷۹۹(۰/۰۶۱)	P<۰/۰۰۱

*آزمون کای اسکوئر

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

نتایج نشان داد شیوع اضافه وزن و چاقی در زنان سالمند به ترتیب در سالمندان با تعداد ۴-۳ بارداری و ۲-۱ بارداری بیشتر بود (P<۰/۰۰۱). شیوع اضافه وزن و چاقی در سالمندان بازنشسته بیشتر و در سالمندان کشاورز کمتر بود (P<۰/۰۰۱). از نظر سطح درآمد، شیوع اضافه وزن و چاقی در سالمندان به ترتیب در سالمندانی که کفایت درآمد تا حدودی کافی و سطح درآمد کافی داشتند بیشتر بود (P=۰/۰۰۳). سالمندان ساکن مناطق شهری در مقایسه با سالمندان ساکن روستا آمار بالاتری از اضافه وزن و چاقی داشتند (P=۰/۰۱۴). سالمندان بدون سابقه ابتلا به بیماری مزمن شیوع بالاتر اضافه وزن و سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن به ترتیب دیابت و فشار خون شیوع بالاتری از چاقی داشتند (P<۰/۰۰۱). سالمندان بدون سابقه مصرف داروهای مؤثر بر چاقی شیوع بالاتر اضافه وزن و سالمندان با سابقه مصرف داروهای مؤثر بر چاقی بخصوص داروهای کاهنده فشار خون شیوع بالاتری از چاقی داشتند (P<۰/۰۰۱). نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که میانگین و انحراف معیار دور کمر در سالمندان زن و مرد به ترتیب (۱۵/۲۶) ۱۰۴/۷۸ و (۱۲/۹۴) ۱۰۱/۵۲ بود. بیشترین نسبت دور کمر به قد(۰/۸۷۹) و دور کمر به باسن(۰/۹۱۲) به ترتیب مربوط به جنس زن و مرد بود. بین دور کمر، نسبت دور کمر به قد و دور کمر به باسن با اضافه وزن و چاقی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱) (جدول۲). نتایج نشان داد که میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در کل سالمندان مورد مطالعه به ترتیب ۲۵/۱ درصد و ۱۴/۹ درصد ، در مردان به ترتیب ۲۵/۳ و ۶/۳ درصد و در زنان به ترتیب ۲۴/۷ و ۳۶ درصد بود (جدول۳).

جدول۳. توزیع فراوانی نمایه توده بدنی بر حسب جنس

نمایه توده بدنی	مرد	زن	جمع
	تعداد(درصد)	تعداد(٪)	تعداد(٪)
<۲۱	۱۶ (۲/۵)	۰(۰)	۱۶ (۱/۷)
۲۱ -۲۶/۹	۴۳۰ (۶۶)	۱۰۵(۳۹/۳)	۵۳۵ (۵۸/۲)
۲۷ -۲۹/۹	۱۶۵(۲۵/۳)	۶۶(۲۴/۷)	۲۳۱ (۲۵/۱)
≥۳۰	۴۱(۶/۳)	۹۶(۳۶)	۱۳۷ (۱۴/۹)

نتایج نشان داد که بیشترین میانگین نمره (۱/۰۲ ± ۴/۰۵ و ۰/۸۲ ± ۳/۹۳) به ترتیب مربوط به رفتارهای "به جای استفاده از پله، از آسانسور یا بالابر استفاده می‌کنم." و "برای انجام کارهای شخصی و روزمره از خودرو/وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کنم." و کمترین میانگین نمره (۰/۴۸ ± ۱/۳۰) مربوط به رفتار" به خوردن صبحانه عادت دارم." بود (جدول۴). نتایج نشان داد که در بین ابعاد رفتارهای سلامت، بعد فعالیت فیزیکی/ورزش بیشترین میانگین (۶/۴۹ ± ۱۹/۰۴) و بعد غذای آماده کمترین میانگین (۱/۶۳ ± ۶/۷۸) را به عنوان عوامل مؤثر در اضافه وزن و چاقی داشته اند. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد، اختلاف معنی‌داری بین میانگین ابعاد رفتارهای سلامت در سطوح نمایه توده بدنی وجود داشت (P<۰/۰۱)، یعنی با افزایش نمایه توده بدنی میانگین نمره ابعاد رفتارهای سلامت به غیر بعد تغذیه‌ای افزایش معنی‌داری پیدا می‌کند (جدول ۵).

به منظور بررسی تأثیر رفتارهای سلامت بر نمایه توده بدنی به عنوان شاخصی از اضافه وزن و چاقی در سالمندان از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. متغیرهای مستقل (ابعاد رفتارهای سلامت) در ۸ مدل وارد شدند. فعالیت فیزیکی / ورزش در مدل اول وارد شد و ۲۶ درصد از تغییرات نمایه توده بدنی را تبیین کرد. هم‌چنین به-ترتیب در مدل‌های ۲ تا ۸ سایر متغیرهای مستقل وارد مدل شدند و در نهایت ۳۸ درصد از تغییرات نمایه توده بدنی را تبیین کردند. نتایج نشان داد که از بین متغیرهای مستقل (رفتارهای سلامت)، رفتارهای فعالیت فیزیکی /ورزش، تماشای تلویزیون، مقدار تغذیه، خواب شبانه روزی، تأثیرات اجتماعی روی فعالیت بدنی/ ورزشی، رفتارهای تغذیه‌ای، تغذیه سالم و رفت و آمد توان پیش بینی نمایه توده بدنی را داشتند. فعالیت فیزیکی /ورزش و مقدار تغذیه به‌ترتیب با ضریب بتای استاندارد (۰/۱۸۵) و (۰/۱۸۰) بالاترین تأثیر رگرسیونی را روی نمایه توده بدنی داشته‌اند. بدین معنی که با افزایش یک واحد در عدم فعالیت فیزیکی / ورزش و عدم رعایت مقدار تغذیه، به‌ترتیب ۰/۱۸۵ واحد و ۰/۱۸۰ واحد احتمال افزایش در مقدارنمایه توده بدنی افراد سالمند وجود دارد (جدول ۶).

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

جدول۴. میانگین امتیاز رفتارهای سلامت در سالمندان ساکن جامعه (۹۲۱= تعداد)

ردیف	رفتارهای سلامت	انحراف معیار± میانگین
۱	۲-۳ عدد میوه در روز مصرف می‌کنم.	۲/۶۰ ± ۰/۸۸
۲	۲-۳ سهم سبزی (هر بار حدود یک فنجان سبزیجات خام) در روز مصرف می‌کنم.	۳/۰۲ ± ۱/۰۱
۳	برای نهار، به جای کیک، شیرینی‌جات، چیپس یا شکلات از غذاهای خانگی استفاده می‌کنم.	۱/۳۲ ± ۰/۶۸
۴	به خوردن صبحانه عادت دارم.	۱/۳۰ ± ۰/۴۸
۵	برای صبحانه از مواد غذایی مانند نان، پنیر، گردو، مربا، عسل، شیر، گوجه، خیار و...استفاده می‌کنم.	۱/۵۹ ± ۰/۶۶
۶	از نوشیدنی‌های گاز دار یا شیرین به همراه غذایم استفاده می‌کنم.	۲/۵۰ ± ۰/۷۹
۷	آب، چای، قهوه‌ی بدون شکر/ قند و دمنوش می‌نوشم.	۲/۲۳ ± ۰/۸۶
۸	در مقایسه با گروه هم‌سالان و هم‌جنس‌هایم، وضعیت تغذیه‌ی من...است.	۲/۵۰ ± ۰/۹۴
۹	تمایل دارم از غذاهای آماده(مثلا ساندویچ، پیتزا و...) استفاده کنم.	۲/۴۲ ± ۰/۷۳
۱۰	تمایل دارم از تنقلات در مقایسه با میوه تازه، میوه‌ی خشک شده یا مغزهای خوراکی بیشتر استفاده کنم.	۲/۸۴ ± ۱/۰۸
۱۱	تمایل دارم مواد غذایی که برای سلامتی‌ام مضر هستند، بخورم.	۱/۴۹ ± ۰/۶۵
۱۲	بیش از حد معمول می‌خورم و می‌نوشم.	۱/۶۰ ± ۰/۷۹
۱۳	وقتی بی‌حوصله‌ام غذا می‌خورم.	۱/۵۷ ± ۰/۷۰
۱۴	وقتی عصبی یا غمگینم غذا می‌خورم.	۲/۶۷ ± ۱/۰۶
۱۵	وقتی گرسنه نیستم، غذا می‌خورم.	۲/۴۱ ± ۰/۸۳
۱۶	با غذا خوردن خوشحال می‌شوم.	۳/۷۳ ± ۱/۰۶
۱۷	بدلیل تمسخر دیگران هنگام خوردن غذای سالم، دفعات مصرفم را کم می‌کنم.	۲/۳۵ ± ۱/۰۹
۱۸	وقتی برای تهیه غذا هزینه نمی‌کنم (مانند رفتن به مهمانی) بدون توجه به سود و زیان، آن را مصرف می‌کنم.	۲/۵۰ ± ۰/۹۳
۱۹	غذا یا نوشیدنی‌هایی که توسط یک فرد مشهور، بازیگر یا ورزشکار مورد علاقه‌ام تبلیغ می‌شود، مصرف می‌کنم.	۲/۱۷ ± ۰/۷۲
۲۰	آنچه در مقابلم گذاشته می‌شود، می‌خورم.	۲/۷۳ ± ۱/۰۹
۲۱	هنگام سفارش غذا یا نوشیدنی، موردی که از همه بزرگتر باشد (حجم بیشتری داشته باشد) انتخاب می‌کنم.	۲/۰۹ ± ۰/۸۴
۲۲	هنگامی که مقدار زیادی غذا موجود است، بدون توجه به حس سیری یا گرسنگی‌ام غذا می‌خورم.	۲/۳۸ ± ۰/۷۶
۲۳	در خارج از منزل غذا می‌خورم.	۲/۴۶ ± ۰/۶۱
۲۴	در بیرون از منزل از غذاهای آماده (چیپس، برگر، سوخاری، پیتزا، شیرینی‌جات، بستنی خامه‌ای و...) استفاده می‌کنم.	۲/۶۲ ± ۰/۹۳
۲۵	غذایی که در خانه می‌خورم...است.	۱/۷۰ ± ۰/۶۹
۲۶	حداقل نیم‌ساعت در روز را صرف فعالیت‌های بدنی و یا ورزش‌هایی که باعث عرق کردن شوند، می‌کنم.	۲/۴۸ ± ۱/۰۲
۲۷	در فعالیت‌های ورزشی/ فعالیت‌های بدنی سازمان یافته(توسط یک نهاد)، مشارکت می‌کنم.	۳/۸۶ ± ۱/۱۱
۲۸	برای تناسب اندامم ورزش می‌کنم.	۲/۶۵ ± ۱/۰۹
۲۹	هر وقت که اراده کنم،فعالیت فیزیکی انجام می‌دهم.	۱/۹۹ ± ۰/۹۴
۳۰	وقتم را با پیاده روی، باشگاه رفتن می‌گذرانم.	۲/۸۳ ± ۱/۰۳
۳۱	با ورزش نشاطم را حفظ می‌کنم.	۲/۵۹ ± ۱/۰۶
۳۲	فکر می‌کنم که در مقایسه با گروه همسالان و هم جنس‌ها، فعال هستم.	۲/۶۳ ± ۱/۳۸
۳۳	در زمان تماشای تلویزیون از چیپس، پفک، آجیل و نوشیدنی‌های کافئین‌دار یا گازدار استفاده می‌کنم.	۲/۵۴ ± ۰/۷۲
۳۴	به تشویق دوستانم تلویزیون، فیلم و ویدئو تماشا می‌کنم.	۳/۰۷ ± ۰/۸۷
۳۵	هنگام صرف غذا، تلویزیون تماشا می‌کنم.	۳/۶۹ ± ۰/۹۳
۳۶	معمولا در روز به مدت...تلویزیون،ویدئو کلیپ یا فیلم تماشا می‌کنم.	۳/۶۸ ± ۰/۸۷
۳۷	برای انجام کارهای شخصی و روزمره از خودرو/وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کنم.	۳/۹۳ ± ۰/۸۲
۳۸	برای انجام کارهای شخصی و روزمره تا فاصله ۱/۵ کیلومتر پیاده روی یا دوچرخه سواری می‌کنم.	۲/۶۵ ± ۱/۱۲
۳۹	به جای استفاده از پله،از آسانسور یا بالابر استفاده می‌کنم.	۴/۰۵ ± ۱/۰۲
۴۰	فعالیت فیزیکی‌ام را بدلیل مورد تمسخر قرار گرفتن از سوی خانواده/دوستانم کاهش می‌دهم.	۲/۲۶ ± ۱/۱۱
۴۱	بعد از دیدن برنامه‌های ورزشی از رسانه‌های گروهی/فضای مجازی بیشتر ورزش می‌کنم.	۲/۴۷ ± ۱/۰۸
۴۲	در کنار دوستان/همسالان در پارک/فضای سبز برای ورزش کردن مشتاق‌تر می‌شوم.	۲/۹۹ ± ۱/۲۳
۴۳	قبلا برای کم کردن/ثابت نگه داشتن وزنم رژیم غذایی گرفته‌ام.	۳/۶۵ ± ۱/۰۷
۴۴	در صورتیکه رژیم بگیرم، موفق به کاهش وزن می‌شوم.	۲/۸۳ ± ۱/۲۸
۴۵	پس از پایان یک دوره رژیم غذایی، کاهش وزن حاصل باقی می‌ماند.	۳/۱۳ ± ۱/۳۴
۴۶	بطور معمول شب‌ها ساعت... می‌خوابم.	۳/۸۹ ± ۰/۸۲
۴۷	بطور معمول در یک شب، به مدت... می‌خوابم.	۲/۸۴ ± ۰/۸۵
۴۸	بطور معمول عصرها...می‌خوابم.	۳/۲۱ ± ۱/۰۹
۴۹	بطور کلی کیفیت خواب شبانه روزی‌ام... است.	۲/۴۸ ± ۰/۸۷

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

جدول۵. رابطه بین نمایه توده بدنی با امتیاز ابعاد رفتارهای سلامت در سالمندان ساکن جامعه

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	نمایه توده بدنی				سطح معنی‌داری*
		<۲۱	۲۱ -۲۶/۹	۲۷ -۲۹/۹	≥۳۰	
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
تغذیه سالم	۱۷/۰۶ ± ۳/۷۸	۱۴/۹۴ ± ۳/۱۰	۱۵/۸۹ ± ۳/۲۷	۱۸/۴۷ ± ۳/۳۶	۱۹/۳۸ ± ۴/۳۴	F(۳,۹۱۵)=۵۵/۰۷ P<۰/۰۰۱
تغذیه عاطفی/احساسی	۱۸/۷۳ ± ۴/۷۷	۱۳/۱۲ ± ۲/۲۴	۱۷/۲۴ ± ۳/۷۹	۲۰/۴۵ ± ۴/۷۱	۲۲/۲۸ ± ۵/۴۶	F(۳,۹۱۵)=۷۳/۸۷ P<۰/۰۰۱
تأثیرات اجتماعی روی تغذیه	۷/۰۲ ± ۲/۲۷	۵/۰۶ ± ۱/۵۲	۶/۱۸ ± ۱/۷۹	۸/۱۱ ± ۲/۱۵	۸/۶۹ ± ۲/۴۶	F(۳,۹۱۵)=۹۱/۷۱ P<۰/۰۰۱
مقدار تغذیه	۷/۲۰ ± ۲/۳۶	۴/۳۸ ± ۲/۵۲	۶/۳۵ ± ۲/۰۴	۸/۳۵ ± ۲/۰۷	۸/۹۲ ± ۲/۰۳	F(۳,۹۱۵)=۹۶/۵۷ P<۰/۰۰۱
غذای آماده	۶/۷۸ ± ۱/۶۳	۵/۱۲ ± ۰/۶۱	۶/۳۴ ± ۱/۴۵	۷/۲۹ ± ۱/۶۴	۷/۸۰ ± ۱/۵۸	F(۳,۹۱۵)=۵۰/۷۸ P<۰/۰۰۱
فعالیت فیزیکی (بدنی)/ورزش	۱۹/۰۴ ± ۶/۴۹	۱۵/۸۱ ± ۷/۲۳	۱۶/۵۳ ± ۵/۹۶	۲۱/۷۲ ± ۵/۲۲	۲۴/۵۶ ± ۴/۸۷	F(۳,۹۱۵)=۹۷/۶۴ P<۰/۰۰۱
تماشای تلویزیون	۱۲/۹۷ ± ۲/۶۵	۹/۹۴ ± ۲/۱۴	۱۲/۲۴ ± ۲/۳۸	۱۳/۸۷ ± ۲/۵۷	۱۴/۶۷ ± ۲/۴۵	F(۳,۹۱۵)=۵۶/۸۶ P<۰/۰۰۱
رفت و آمد	۱۰/۶۴ ± ۲/۳۰	۸/۷۵ ± ۱/۸۴	۹/۸۸ ± ۲/۰۶	۱۱/۴۶ ± ۲/۲۲	۱۲/۳۸ ± ۱/۸۷	F(۳,۹۱۵)=۷۲/۲۳ P<۰/۰۰۱
تأثیرات اجتماعی روی فعالیت بدنی/ورزشی	۷/۷۳ ± ۲/۷۷	۶/۷۵ ± ۲/۶۷	۶/۶۸ ± ۲/۶۷	۸/۸۴ ± ۲/۱۵	۱۰/۰۱ ± ۱/۸۷	F(۳,۹۱۵)=۸۸/۶۲ P<۰/۰۰۱
رفتارهای تغذیه‌ای	۹/۶۲ ± ۲/۹۱	۸/۵۶ ± ۳/۰۱	۹/۰۹ ± ۲/۸۹	۱۰/۵۸ ± ۲/۶۹	۱۰/۲۱ ± ۲/۸۲	F(۳,۹۱۵)=۱۷/۸۹ P<۰/۰۰۱
خواب شبانه روزی	۱۲/۴۲ ± ۲/۲۶	۱۱/۸۷ ± ۲/۶۰	۱۱/۹۳ ± ۲/۱۵	۱۲/۸۷ ± ۲/۱۶	۱۳/۶۰ ± ۲/۲۱	F(۳,۹۱۵)=۲۶/۰۹ P<۰/۰۰۱

*آزمون آنالیز واریانس

جدول۶. مدل نهایی رگرسیونی تأثیر متغیرهای مستقل (رفتارهای سلامت) بر متغیر وابسته (مقدار نمایه توده بدنی)

متغیر	ضریب بتا (β)		خطای استاندارد	آماره t	سطح معناداری (۱۰۱)	فاصله اطمینان ۹۵٪	
	غیر استاندارد	استاندارد				حد پایین	حد بالا
ضریب ثابت	۱۵/۳۶۸	-	۰/۷۳۲	۲۰/۹۸۷	۰/۰۰۰	۱۳/۹۳۱	۱۶/۸۰۵
فعالیت فیزیکی (بدنی)/ورزش	۰/۱۰۷	۰/۱۸۵	۰/۰۲۸	۳/۸۳۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲	۰/۱۶۲
تماشای تلویزیون	۰/۱۳۱	۰/۰۹۲	۰/۰۴۹	۲/۶۴۹	۰/۰۰۸	۰/۰۳۴	۰/۲۲۷
مقدار تغذیه	۰/۲۸۸	۰/۱۸۰	۰/۰۵۶	۵/۱۶۰	۰/۰۰۰	۰/۱۷۹	۰/۳۹۸
خواب شبانه روزی	۰/۱۴۶	۰/۰۸۸	۰/۰۴۸	۳/۰۳۵	۰/۰۰۲	۰/۰۵۲	۰/۲۴۱
تأثیرات اجتماعی روی فعالیت بدنی/ ورزشی	۰/۲۱۳	۰/۱۵۷	۰/۰۶۱	۳/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۰۹۳	۰/۳۳۳
رفتارهای تغذیه‌ای	-۰/۱۱۶	-۰/۰۹۰	۰/۰۴۱	-۲/۸۴۷	۰/۰۰۵	-۰/۱۹۶	-۰/۰۳۶
تغذیه سالم	۰/۰۹۵	۰/۰۹۵	۰/۰۳۲	۲/۹۳۸	۰/۰۰۳	۰/۰۳۱	۰/۱۵۸
رفت و آمد	۰/۱۴۰	۰/۰۸۵	۰/۰۵۸	۲/۳۹۹	۰/۰۱۷	۰/۰۲۵	۰/۲۵۴

• بحث

در این مطالعه پرسش نامه رفتارهای سلامت توسعه یافت. نتایج نشان داد که این ابزار در جامعه سالمندان ایرانی از روایی و پایایی (r=۰/۹۰۱) قابل قبولی برخوردار است. پایایی این ابزار در مطالعه Chambers و همکاران (۲۰۰۸) با α =۰/۷ مورد تأیید قرار گرفته است (۳). در پژوهش حاضر میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت سالمند ساکن غرب استان مازندران و ارتباط آن با برخی از ویژگی‌های جمعیت

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

شناختی و رفتارهـای سـلامت و ابعـاد ان مـورد بررسـی قـرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان شیوع اضافه وزن و چـاقی در کل سالمندان مـورد مطالعـه بـه ترتیـب ۲۵/۱ درصـد و ۱۴/۹ درصد بود. این یافته ممکن است به تغییرات مرتبط به انتخاب های غذایی افراد که منجـر بـه مـصرف بیشتر غذاهای آماده و کـم فیبـر و در عـوض دریافـت بیـشتر غذاهای پرچرب شـده است؛ باشد. با وجود اینکه BMI یکی از معمول تـرین و سـاده ترین روش هایی است که در بررسی‌های اپیـدمیولوژی زیـادی مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان یک ابـزار در غربـالگری و ارزیابی بالینی اولیه چـاقی پیشـنهاد گردیـده اسـت (۲۵) امـا، کاربرد آن دارای محدودیت هایی مـی‌باشـد. بطـوری کـه ایـن شاخص نمایه چربی کل بدن اسـت و اطلاعـاتی دربـاره چربـی شکمی که موضعی است و با بیماری‌های متابولیـک مـرتبط‌تـر است، را ارائه نمی‌دهد (۲۶). بر همین اساس در مطالعه حاضـر سایر نمایه‌های تن سنجی نیز برای سنجش اضافه وزن و چاقی اندازه‌گیری شد. این یافته با نتایج محمدی و همکاران (۲۰۱۶) و حسینی و همکاران (۲۰۱۴) همخوان است (۲۷، ۷).

میانگین توده ی بـدنی سـالمندان در مطالعـه محمـدی و همکاران (۲۰۱۶) در مردان و زنان بـه ترتیـب ۲۶/۵ و ۲۶/۸ بود. نزدیک به ۲۵ درصد از سالمندان چاق، ۳۷ درصـد دارای اضافه وزن، ۳ درصد لاغر و فقط ۳۵ درصد دارای وزن مطلوب بودند. شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان به ترتیـب ۲۸ و ۲۴ درصد و در زنان به ترتیب ۴۴ و ۲۶ درصد گزارش شده اسـت (۷). نتـایج مطالعـه حاضـر بـا نتـایج مطالعـه زر و همکـاران (۲۰۱۸) (۱۹)، Jeon و همکـاران (۲۰۱۸) (۲۸) و Mc kee و همکاران (۲۰۱۸) (۲۹) همخوان نیست. به عنوان مثـال گـروه هدف مطالعه زر و همکاران سالمندان شـیرازی و گـروه هـدف مطالعه جئون و همکاران سالمندان کـره ای بـود. نمونـه‌هـای مطالعــه حاضــر در منطقــه ای از اســتان مازنــدران زنــدگی می‌کردند که ممکن است سبک زندگی آنـان بـویژه در عـادات غذایی(مصرف سبزیجات، غـذاهای دریـایی، زیتـون و غـذاهای محلی)، سـطح فعالیـت فیزیکـی (کشـاورزی، صـیادی و کـوه نوردی)، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و رفتارهای تغذیه ای با سایر سالمندان ساکن در سایر مناطق ایران و یا سـایر نقـاط دنیا متفاوت باشد. این تفاوت ممکن است به ایـن دلیـل باشـد که مطالعه حاضر در منطقه ای از استان مازندران انجـام شـده است که ممکن است سبک زندگی نمونه هـا بـویژه در عـادات غذایی و سطح فعالیت فیزیکی بـا سـایر سـالمندان سـاکن در سایر مناطق ایران و یا سایر نقاط دنیا متفاوت باشد.

نتایج مطالعه حاضـر نشـان داد کـه WC اغلـب مشـارکت کنندگان بالاتر از حد نرمال بوده است. طبق معیار بین المللی فرد با WC≥94 اضـافه وزن و چـاق محسـوب مـی‌شـود. WC شــاخص مناســب بــرای ارزیــابی چربــی شکمی، به ویـژه برای ارزیابی چربـی داخــل شــکمی کـه از نظـر متــابولیکی فعـال اسـت، شـناخته شـده است. ایـن شــاخص مـی توانــد در برنامه‌های مـدیریت و کنتـرل وزن در مراکـز ارائـه دهنـده خدمات سلامت بـه تنهـایی بـه عنوان ابـزار غربالگری اضــافه وزن و چـاقی بـه جـای BMI به کار رود (۳۰).

نتایج نشان داد که میـانگین نمـره WHtR در نمونـه‌هـای مورد مطالعه بیش از حد مـرزی (WHtR ≥0/5) اسـت و بـین میانگین نمره WHtR و اضافه وزن و چاقی مشارکت کننـدگان ارتباط آماری معنی‌داری وجـود داشـت. عطـارزاده حسـینی و همکاران (۲۰۱۷) معتقد است یکی از نمایـه هـایی کـه بـرای سنجش چاقی مرکزی استفاده مـی‌شـود و اثـر قـد ایسـتاده و تداخل ژنتیکی را نشان می‌دهد، شاخص WHtR است (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمـره WHR در نمونه‌های مطالعه حاضر بالاست و بین میانگین نمـره WHR و اضافه وزن و چاقی در سالمندان مورد مطالعـه ارتبـاط آمـاری معنی‌داری وجود داشت. اگر چه WHR قدرت تشخیص اضـافه وزن و چاقی در بزرگسالان را دارد (۳۱) امـا، شـاخص چـاقی شکمی را در افـراد بـا وزن بـالا کـه انـدازه دور باسـن بـالایی دارند، کمتر از میـزان واقعـی و در افـراد لاغـر بـا WC بـالا بـیش از میـزان واقعی تخمین می زند. مشـکل اصـلی کـاربرد WHR ایـن اسـت کـه انـدازه دور باسـن و کمــر معمـولاً بـه میزان زیادی با هم تغییر می کننـد و بــه شـیوه یکسـانی در زمـان کـاهش یـا افـزایش وزن، دچار تغییر می شوند. بطوری که، در هنگام افـزایش وزن، هـر دو مقیاس با یکدیگر افـزایش می یابند. بنـابراین مـا اثـر افـزایش وزن بـر ایـن شــاخص را کمتـر از مقدار واقعـی تخمین می زنیم. ایـن شـاخص جهـت ارزیابی چـاقی بـه خصـوص تغییـرات وزن و رونـد تغییــرات مناسـب نیست (۳۲).

نتایج مطالعه حاضـر نشـان داد کـه شـیوع اضـافه وزن در مردان بیشتر از زنان سالمند بود. اگـر چـه هنجـاری فرهنگـی برای مردان بر اشتهای زیاد و بی تحرکـی و بـرای زنـان رژیـم غذایی با دقت حین استرس ، وزن بدن سالم و مراقبت از خـود تأکید دارد (۳۳) اما این یافته نشان دهنده وجود خطـر جـدی در سالمندان زن جامعه ایرانی است.

نتایج نشان داد که، سـالمندان سـاکن منـاطق شـهری در مقایسه با سالمندان ساکن روستا بیشتر به اضافه وزن و چـاقی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

مبتلا بودند. تفاوت میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در مناطق شهر و روستا ممکن است ناشی از مصرف غذاهای غیر فرآوری شده و سنتی و سطح فعالیت بیشتر سالمندان ساکن روستا نسبت به سالمندان ساکن شهر باشد.

نتایج نشان داد که در بین ابعاد رفتارهای سلامت، بعد فعالیت فیزیکی/ ورزش بیشترین میانگین و بعد غذای آماده کمترین میانگین را به عنوان عوامل مؤثر در اضافه وزن و چاقی داشته اند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۳۵-۳۴، ۱۹). نتایج مطالعه Kaplan و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که از مهمترین متغیرهای اجتماعی و بهداشتی وجود یک یا چند بیماری مزمن و سبک زندگی کم تحرک بود که به ترتیب تقریباً ۷۴ و ۱۱۳ درصد خطر چاقی را افزایش داده است (۳۳). با این وجود، نتایج ما با نتایج مطالعه Andrade و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد میزان فعالیت فیزیکی با نمایه توده بدنی ارتباط معنی‌داری ندارد (۳۶)، همخوان نیست. .با توجه به یافته ها می‌توان ضرورت آموزش مداوم در ارتباط با لزوم انجام مرتب فعالیت‌های بدنی روزانه و مدیریت وزن از طریق کنترل صحیح میزان کالری دریافتی و رژیم غذایی سالم، تمرکز بر ایجاد و سهولت دسترسی به امکانات به منظور انجام ورزش (از قبیل دسترسی آسان سالمندان به مکان هایی مناسب جهت ورزش، کاهش هزینه‌های مربوط به باشگاه‌های ورزشی یا خرید لوازم ورزشی) را خاطر نشان کرد.

نتایج نشان داد که بیشترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به رفتارهای" به جای استفاده از پله،از آسانسور یا بالابر استفاده می‌کنم." و "برای انجام کارهای شخصی و روزمره از خودرو/وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کنم." بود. این یافته می‌تواند مربوط به این باشد که بسیاری از سالمندان با توجه به شرایط جسمی و بیماری‌های اسکلتی عضلانی توانایی و تمایل کمتری به استفاده از پله یا پیاده روی دارند. این یافته ها با نتایج مطالعه Jacobson و همکارن(۲۰۱۱) (۳۷) همخوان است. اما با یافته‌های مطالعه شریفی و همکاران (۲۰۰۵) که ارتباطی بین مصرف صبحانه با نمایه توده بدنی مشاهده نشد (۳۸)، همخوان نیست. با توجه به یافته ها می‌توان بیان کرد که شهر دوستدار سالمند با فراهم کردن تامین محیطی مناسب برای پیاده روی ، پارک ها و سایر امکانات تفریحی در دسترس سالمندان و تاسیس فرهنگ سراهایی که امکان آموزش سلامت و شرکت سالمند در فعالیت‌های گروهی را فراهم می‌سازد، می‌تواند کمک کننده باشد. همچنین طراحی و ساخت ساختمان‌های اداری و تجاری و منازل مانند علائم استاده از پله ها، دسترسی راحتتر به پله‌ها نسبت به آسانسور با سطح بالاتری از فعالیت بدنی در افراد مسن مرتبط است.

نتایج نشان داد که در رفتارهای سلامت، کمترین میانگین نمره مربوط به رفتار" به خوردن صبحانه عادت دارم." بود. آموزش تأثیر عادات غذایی در بروز چاقی و خطرات ناشی از آن، تشویق سالمند به پیروی از رژیم غذایی اصولی می‌تواند راهکار مناسبی برای کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در میان آنها باشد (۳۸).

در این مطالعه پرسشنامه رفتارهای سلامت در جامعه سالمندان ایرانی بومی سازی شد . نتایج نشان داد که این پرسشنامه در جامعه سالمندان ایرانی از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. لذا می‌توان از آن برای ارزیابی رفتارهای سلامت مؤثر بر اضافه وزن و چاقی در سالمندان استفاده نمود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش از یک چهارم از مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر از اضافه وزن رنج می‌بردند. تدوین و اجرای برنامه‌های ملی غربالگری اضافه وزن و چاقی در افراد ۳۰ سال و بالاتر به صورت دوره ای و با کمک سنجش نمایه‌های تن سنجی مختلف می‌تواند به تشخیص اضافه وزن و چاقی و ارائه راهکارهای پیشگیرانه و درمانی قبل از دوره سالمندی کمک نماید. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر ضرورت آموزش و برنامه های هدف‌دار جهت مدیریت وزن و اصلاح سبک زندگی بویژه در ابعاد تغذیه و فعالیت‌های ورزشی بویژه برای سالمندان زن، سالمندان شهر نشین و مبتلا به بیماری‌های مزمن زمینه ای توصیه می گردد. نظارت بر اجرای برنامه‌های شهر دوستدار سالمند و تغییر در ساختار شهری به نحوی که سالمندان بتوانند به راحتی و بدون دغدغه به بیرون از منزل بیایند و همچنین بتوانند به راحتی از وسایل نقلیه عمومی و مناسب سالمندان استفاده کنند نیز از راهکارهای توصیه شده در ارتقاء رفتارهای سلامت است. آموزش رفتارهای سلامت به سالمندان توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت در حوزه سالمندی از طریق رسانه‌های گروهی بویژه در خصوص موضوعاتی مانند منافع داشتن زندگی پر تحرک و داشتن الگوهای غذایی مناسب و استفاده مواد غذایی سالم نیز توصیه می‌شود. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به مواردی از قبیل توسعه پرسشنامه رفتارهای سلامت در جامعه سالمندان ایرانی و بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آن ،انتخاب نمونه‌های پژوهش از مراکز مختلف مانند کانون بازنشستگان تامین اجتماعی، کانون بازنشستگان آموزش و پرورش و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و استفاده از نمایه‌های تن‌سنجی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

BMI,WC, WHR and WHtR برای بررسی اضافه وزن و چاقی در سالمندان اشاره کرد. از محدودیت‌های مطالعه نیز می‌توان به مواردی از قبیل قابل استفاده بودن پرسشنامه رفتارهای سلامت فقط برای سالمندان با سواد ، جامعه هدف مطالعه حاضر سالمندان ۷۴-۶۰ سال ، تفاوت در تعداد نمونه ها در دو گروه سالمندان ساکن شهر و روستا، عدم اندازه گیری چربی زیرپوستی به عنوان یکی از شاخص‌های اضافه وزن و چاقی، چند عاملی بودن اضافه وزن و چاقی در سالمندان و خود گزارشی پرسشنامه رفتارهای سلامت اشاره کرد.

سپاسگزاری

از عزیزان سالمندی که در این پژوهش شرکت کردند، از مسئولین کانون بازنشستگان آموزش و پرورش، کانون بازنشستگان تامین اجتماعی و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های رامسر، تنکابن و عباس آباد که با همکاری صمیمانه آنها اجرای این پژوهش امکان پذیر شد، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Shirani P, Omidvar N, Eini-Zinab H, PoorEbrahim F, Rezazadeh A. Association of Body Fat Distribution Indices and Dietary Adequacy Ratio in (Body Shape Index and Waist-to-Height Ratio) in Free-Living Elderly in Tehran City, 2018–2019. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology.2021;16(1):13-25.
2. Yaraghchi A, Jomehri E, Seyrafi M, MujembariA K, Mohammadi Farsani GH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese indiviual. Iran J Health Educ Health Promot. 2019;7(2):192-201.
3. Chambers JA, Swanson VJOf. A health assessment tool for multiple risk factors for obesity: psychometric testing and age differences in UK adults.Obesity Facts 2008;1(5):227-36.
4. Rafati F, Pilevarzade M, Mohammadi Solimani M, Salari S, Pormehr AJIJoE, Metabolism. Relationship between BMI and mental health in nursing students of Jiroft. Iranian journal of endocrinology and metabolism. 2012;14(2):5.
5. Zehni K, Rokhzadi M. Relationship between body mass index with physical activity and some of demographic charecteristics among students in kurdistan university of medical sciences. Journal of kurdistan nursing midwifery and paramedical faculty. 2017;2(4):49-57.
6. Okifuji A, Hare B. The association between chronic pain and obesity.Journal Of Pain Research. 2015;8:399.
7. Mohammadi M, Ghanbari Moghadam A, Karbalaei Z, Ikhani M. The prevalence of obesity in the elderly in Tehran and its relation to mental health. Nursing journal of the vulnerable. 2016;3(9):1-13.
8. Agha M, Agha R. The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. International journal of surgery Oncology. 2017;2(7):e17.
9. Smith KB, Smith MS. Obesity statistics. Primary care: clinics in office practice. 2016;43(1):121-35.
10. Chambers JA, Swanson V. A health assessment tool for multiple risk factors for obesity: age and sex differences in the prediction of body mass index. British journal of nutrition. 2010;104(2):298-307.
11. Najafi F, Soltani S, Matin BK, Karyani AK, Rezaei S, Soofi M, et al. Socioeconomic-related inequalities in overweight and obesity: findings from the PERSIAN cohort study. BMC public health. 2020;20(1):1-13.
12. Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population–a global health perspective. Journal Of Global Health Reports.2019;3:1-9.
13. .Valizadeh N, Peirovi T, MM. H. The Relationship between Overweight and Obesity with Depression Symptoms in Women Referring to Urmia Health Centers. Urmia Medical Journal. 2018;29(5):317-26.
14. Hosseini SR, Bayani MA, Mohammadi K, Mohammadi E, Bijani A. Correlation between anthropometric indexes and risk factors of cardiovascular diseases among the elderly population in Amirkola. Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2017;21(3):272-9.
15. Park A. Pathophysiology and aetiology and medical consequences of obesity. Elsevier. 2018;47(3):169-74.
16. Kim TN. Elderly obesity:it is harmful or beneficial? Journal of obesity and metabolic syndrome. 2018;27(2):84-92.
17. Hinkle JL Cheever KH. Brunner & Suddarths textbook of medical-sergical nursing: Lippincott Williams & Wikins 2013.
18. Maddah M. The Factors associated with adult obesity in Iran: A review.Iranian journal of nutrition sciences and food technology.2012;7(1):119-127
19. Zar A, Hoseini SA, Pakdel E,Ahmadi E. The prevalence of overweight and obesity in the older woman of shiraz nursing home in 2016 and its association with physical activity. .Journal of gerontology.2018;2(4);1-10
20. Bakhshi E, Seifi B, Biglarian A, K. M. Factors associated with obesity in iranian elderly people:result from the national health survey. BMC research notes. 2011;4(538):1-6.
21. Sabariah A, Norhafizah A. Prevalence of Overweight and Obesity in Elderly people from Kg BaruSepang, Selangor, Malaysia.2017;7(3):421-9.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

22. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi VJP. Validity and reliability of A bbreviated Mental TestS core (AMTS) among older Iranian. Psychogeriatrics. 2017;17(6):460-5.

23. Sharifi F, Mirarefin M, Fakhrzadeh H, Zerafati N, Badamchizade Z, Edalat B, et al. Comparison of Waist Circumference and Metabolic Syndrome as a Prognostic Value of Insulin Resistance in Elderly Residents of Kahrizak. Iranian Journal of Ageing. 2009;4(3):26-35.

24. Motlagh M, Taheri Tanjani P, Azimi ,et al. New package of health services for the elderly, non-physicians, Ministry of Health, and Medical Education, Office of Population, Family and School Health, Department of Elderly Health, 2016.

25. Cornier M-A, Despres J-P, Davis N, Grossniklaus DA, Klein S, Lamarche B, et al. Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association.Circulation. 2011;124(18):1996-2019.

26. Esmaillzadeh A, Mirmiran P, Azizi F. Waist-to-hip ratio is a better screening measure for cardiovascular risk factors than other anthropometric indicators in Tehranian adult men. Intrnational Journal Of Obesity. 2004;28(10):1325-32.

27. Hosseini S, Sajjadi P, Jamali S, Noreddini H, Ghadimi R, Bijani A. The relationship between body mass index and bone mineral density in older people.Journal Of Babol Universiaty Of Medical Sciences. 2014;16(7):14-22.

28. Jeon H O. Factors Affecting the Abdominal Obesity by Sex among the Korean Elderly: Focusing on Health and Health Behavior Related Factors. Korean Science.2018;19(10):559-568.

29. McKee A, Morley JE. Obesity in the Elderly. Endotext [Internet]: MDText. com, Inc.; 2018.

30. Kee C, Jamaiyah H, Geeta A, Ali ZA, Safiza M, Suzana S, et al. Sensitivity and specificity of waist circumference as a single screening tool for identification of overweight and obesity among Malaysian adults. Medical Journal Of Malaysia. 2011;66(5):462-7.

31 .Attarzadeh Hosseini R, Mohammad rahimi GR, Ghaemi J. Comparing waist circumference waist- to- hip and waist-to-stature ratio in predicting overweight obese. Razi journal of medical sciences.Journal Global Health.2017;24(161):67-76[

32. Hosseini SRA, Rahimi GRM, Ghaemi J. Compare waist circumference, waist-to-hip ratio and waist-to-stature ratio in predicting overweight/obese male students. Razi Journal Of Medical Science 2017;24(161):67-76.

33. Kaplan MS, Huguet N, Newsom JT, McFarland BH, Lindsay J. Prevalence and correlates of overweight and obesity among older adults: findings from the Canadian National Population Health Survey. Journal Of Jerantology:Medical Sciences.2003;58(11):M1018-M30.

34. Janghorbani M, Amini M, Willett WC, Gouya MM, Delavari A, Alikhani S, et al. First nationwide survey of prevalence of overweight, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults.Obesity Research Journal. 2007;15(11):2797-808.

35. .Enjezab B, Iektai M, Faraj Khoda T, Khoshbin A Sedentary lifestyle is the most common high-risk behavior in middle-aged women. University Jihad Scientific Information Center Database.2010;8(3-4):23.

36. Andrade FBd, Caldas Junior AdF, Kitoko PM, Batista JEM, Andrade T, coletiva s. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil.Journal Public Health Research. 2012;17:749-56.

37. Jacobson SH, King DM, Yuan RJTP. A note on the relationship between obesity and driving.Transport Policy. 2011;18(5):772-6.

38. .Sharifi A, Amani R, Hamidi pour N. Prevalence of obesity and its relationship with some aspects of lifestyle in male staff of Ahvaz Jundishapur University in 2005. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.2008;10(3):235-239.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]

[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]

Assessment of Validity and Reliability of Health-Related Behavior Questionnaire and Its Relationships with Overweight and Obesity in Elderly People Living in the Western Community of Mazandaran Province, Iran, 2020

*Goleyj Z[1], Ghaffari F[2], Ghadimi R,[3] Shamsalinia A[*4]*

1- Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2- Ramsar School of Nursing and Midwifery Dep, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3- Professor. Social Medicine Dep.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

*4 - *Corresponding author: Ramsar School of Nursing and Midwifery Dep, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. Email: abbasshamsalinia@yahoo.com*

Received 27 Jun, 2021 **Accepted 4 Oct, 2021**

Background and Objectives: Overweight and obesity are major problems within the elderly people. The aim of this study was to assess validity and reliability of the health behavior questionnaire (HBQ) and to delineate prevalence and risk factors of overweight and obesity in elderly people living in the west of Mazandaran Province, Iran.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was carried out on 1004 elderly people using cluster sampling method in western Mazandaran, Iran, 2020. Data were collected through anthropometric indices, questionnaires of demographic characteristics and HBQ; through which, face, content, construct, convergent and divergent validity and reliability values were assessed. Exploratory and confirmatory factor analyses were carried out using SPSS v.26 and AMOS v.24 Software to assess construct validity. Data were analyzed using Chi-square test, Fisher's exact test, analysis of variance, independent t-test and multiple regression analysis.

Results: The HBQ on the elderly people living in Iran included acceptable face and content validity and reliability (r = 0.901). Prevalence of overweight and obesity in elderly people was 25.1 and 14.9%, respectively. The most effective HB in overweight and obesity was linked to the physical activity/exercise dimension with the mean of 20.18 ±6.53 and 18.57 ±6.41 in the female and male elderly people, respectively. Overweight and obesity were higher in retirees and people with high blood pressure medications, compare to those in in people in other groups.

Conclusion: The HBQ can be used to assess health behaviors affecting overweight and obesity in elderly people. Implementing targeted educational programs to manage weight and improve lifestyle is recommended, especially for nutrition and sports activities.

Keywords: Overweight, Obesity, Health behaviors, Anthropometric indices, Elderly residents

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1401.17.1.4.4]
[DOI: 10.52547/nsft.17.1.31]