بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و انجام رفتارهای غذایی پیشگیری‌کننده از چاقی در زنان شهر ارومیه در سال ۱۳۹۱

مریم متاجی امیررود: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. m.mataji2009@gmail.com

***دکتر محمد حسین تقدیسی:** دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). taghdisi.mh@gmail.com

دکتر فرزاد شیدفر: استاد گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. farzadshidfar@yahoo.com

دکتر محمودرضا گوهری: دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. gohar_ma@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: حمایت اجتماعی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده‌ی سلامت جسمی و روانی در افراد می باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و انجام رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان شهر ارومیه می باشد.

روش کار: مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر بر روی ۱۲۴ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهری ارومیه انجام شد. دو مرکز بهداشت به صورت خوشه ای انتخاب و نمونه گیری به صورت تصادفی و پس از کسب رضایت نامه داوطلبانه در زمینه شرکت در مطالعه، انجام گرفت. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، حمایت اجتماعی زیمت و چک لیست رفتارهای غذایی انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون خطی ساده انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه های حمایت اجتماعی تقریبا ۴۱/۳٪ و حمایت اجتماعی درک شده ی کلی ۴۲/۵٪ از پراکندگی مشاهده شده در متغیر رفتار غذایی را پیش بینی می نمایند. همچنین همبستگی موجود بین حمایت اجتماعی کلی و مولفه های آن با رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان معنی دار می باشد($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: خانواده و نزدیکان ، از عوامل موثر در شکل گیری رفتارهای غذایی می باشند بنابراین حمایت اجتماعی آنان یکی از بهترین راههای ارتقای رفتارهای غذایی سالم در جامعه خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، رفتارهای غذایی، چاقی، زنان

مقدمه

چاقی اختلال عمده تغذیه ای در سراسر دنیا بوده (۱)که از عواقب نامطلوب تغییر در رفتار، شیوه زندگی، افزایش شهرنشینی و عدم تحرک فیزیکی در سال های اخیر می باشد (۲). شیوع چاقی در همه گروه های سنی و در اغلب کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است (۳) به طوری که چاقی را می توان به عنوان فراگیرترین همه گیری قرن حاضر محسوب نمود که با سرعت بالایی در حال رشد است (۴).

چاقی ارتباط نزدیکی با افزایش ناتوانی و مرگ داشته (۵) و عامل خطر بسیاری از بیمار ی های مزمن مانند دیابت، بیماری های قلبی و عروقی، فشارخون و انواع سرطان می باشد (۶) علاوه بر این ، اثرات مستقیم و غیر مستقیم بیماری های مرتبط باچاقی، بار سنگینی به هزینه های بهداشتی کشورها تحمیل می نمایند (۷).

امروزه بیش از ۱/۱ میلیارد فرد بالغ در سراسر دنیا اضافه وزن دارند و ۳۱۲ میلیون نفر از آنها چاق هستند(۴). در ایالات متحده حدود ۵۴/۹٪ افراد ۲۰ سال به بالا دچار چاقی یا اضافه وزن می باشند (۲). مطالعات انجام شده حکایت از آن دارند که شیوع چاقی و اضافه وزن به میزان هشداردهنده ای در ایران رو به افزایش بوده (۸) به طوریکه شیوع چاقی و اضافه وزن را در بزرگسالان ایرانی به ترتیب ۲۳ و ۴۰٪ درصد گزارش نموده اند (۹).

نتایج بررسی انجام شده در کل کشور نشان داده است که ۴۸٪ زنان ۱۵ سال به بالا به اضافه وزن یا چاقی مبتلا هستند (۱۰)، این افزایش روزافزون، منعکس کننده تأثیر قوی عوامل مربوط به شیوه زندگی، از جمله رژیم غذایی بر اتیولوژی چاقی است (۱۱) به طوریکه در مطالعه رضازاده و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

همکاران (۱۳۸۸) نشان داده شد که نمایه توده بدن (Body Mass Index (BMI) و دور کمر با الگوی غذایی سالم رابطه معکوس و با الگوی غذایی ناسالم رابطه مثبتی داشته است (۱۲).

در مطالعه ای که آذربایجانی و همکاران انجام دادند، شیوع چاقی و اضافه وزن را در ارتباط مستقیم با خوردن غذا هنگام تماشای تلویزیون، خوردن نوشابه، چیپس و غذاهای آماده و همچنین مقدار خواب مطرح نمودند (۱۳). در بررسی میرمیران و همکاران بر روی زنان بالای ۱۶ سال، مصرف کم لبنیات علت بالاتر بودن شاخص توده بدنی مطرح شد(۱۴). همچنین نتایج تحقیق مهربانی و همکاران ارتباط قابل توجه مصرف صبحانه با کاهش خطر ابتلا به چاقی و چاقی شکمی را مطرح نمود (۱۵) و محمدی و همکاران مصرف شیرینی وقندهای ساده بیشتر در زنان را نسبت به مردان علت بالاتر بودن شیوع چاقی در زنان مطرح نمودند (۱۶).

عوامل متعددی بر الگوی مصرف مواد غذایی در افراد تاثیرگذار هستند که از میان آنها ویژگیهای روان شناختی و محیط اجتماعی فرد به عنوان مهمترین عوامل محسوب می شوند (۱۷) به عبارت ساده تر، رفتارها و عادات غذایی فرد به صورت مستقیم ویا غیر مستقیم، آگاهانه یا ناخودآگاه تحت تاثیر افرادی قرار می گیرد که در محیط اجتماعی پیرامون او زندگی می کنند(۱۸). خانواده و دوستان، نقش مهمی در دلگرم کردن فرد برای رسیدن به اهداف بهداشتی ایفا می کنند. کمک آنها، مهمترین جزء حمایت اجتماعی است (۱۹).

حمایت اجتماعی طبق تعریف کاپلان شامل دلبستگی هایی می شود که به واسطه آن مهارت افراد افزایش یافته، راهنمایی ارائه می گردد و بازخورد تایید کننده ای در رابطه با رفتار صورت می گیرد (۲۰). به عبارت دیگر حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد برمی گردد (۲۱).

بررسی‌های انجام شده نشان می دهد که حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر جنبه های گوناگون فعالیت‌های خود مراقبتی دارد (۲۲) و به طور معنی داری بر سلامت افراد و پیامدهای آن تاثیرگذار می باشد (۲۳). بسیاری از پژوهشگران برای مثال، کلارک، تامپسون، اگدن، دیویدسون و نیل حمایت اجتماعی را به عنوان یکی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده سلامت جسمانی و روان شناختی در افراد می دانند که دوره کودکی تا بزرگسالی را دربرمی گیرد (۲۴). یارچسکی، ماهون و یارچسکی و مک نیکولاس نیز بین حمایت اجتماعی و رفتارهای بهداشتی مثبت، همبستگی معنی داری را گزارش نموده اند (۲۵).

بنابر این حمایت اجتماعی یک تاثیر محافظتی مهم در ارتباط بین بیماری و سلامت است (۲۶) به گونه ای که افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند از سلامت بهتری نیز برخوردار می‌باشند (۲۷).

رفتار غذایی در بزرگسالان چاق ممکن است به طور همزمان به وسیله فاکتورهای متعددی که در حصول به سلامتی و یا عدم سلامت مشارکت دارند، تاثیر پذیرد. در متون ادبی به طور مکرر بر توجه به نقش مهمی که فاکتورهای اجتماعی در رفتار غذایی بزرگسالان دارند تاکید شده است (۲۸). کریمی و همکاران در زمینه بررسی وضعیت دریافت صبحانه در دانش آموزان نشان دادند که خانواده به ویژه مادر، عامل تعیین کننده ای در تنوع مصرف صبحانه در کودکان می باشد و همچنین اجتماعی تر شدن و الگوپذیری دانش آموزان از دوستان و اجتماع در امر تغذیه بر رفتارهای غذایی تاثیر گذار خواهد بود (۲۹).

در مطالعه ای که توسط Goldblatt و همکاران در زمینه فاکتورهای اجتماعی موثر در چاقی انجام گرفت نشان داده شد که میزان احتمال کمتر چاقی در یک زن با حضور طولانی تر خانواده زن در همان شهری که او زندگی می کرد در ارتباط می باشد (۳۰) و Ball و همکاران نشان دادند که فاکتورهای اجتماعی پیش بینی کننده های معنی دار BMI می باشند و ارتباط میان BMI و رفتارهای وابسته به وزن را تعدیل می کنند(۳۱).

بنابراین با توجه به نتایج مطالعات متعدد که نقش مهم حمایت اجتماعی در سلامتی و انجام رفتارهای بهداشتی را در افراد مورد تاکید قرار داده

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

اند ما در این مطالعه بر آن شدیم تا ارتباط این عامل را با انجام رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان مورد ارزیابی قرار دهیم تا با شناسایی میزان ارتباط منابع حمایتی متعدد در خانواده و جامعه، با انتخابهای رفتاری زنان در زمینه تغذیه سالم، برنامه ریزی جامع تری را در زمینه کنترل و پیشگیری از افزایش وزن و چاقی در جامعه انجام دهیم.

روش کار

مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر به صورت مقطعی و در جمعیت زنان ۱۸ تا ۶۴ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری ارومیه در سال ۱۳۹۱ انجام شد. ۲ مرکز بهداشتی درمانی به صورت خوشه ای تصادفی از میان مراکز موجود در ۲ منطقه متوسط از مناطق ۴ گانه شهر ارومیه انتخاب شدند. حجم تمونه در این مطالعه با در نظر گرفتن میزان شیوع چاقی ۲۹٪ در زنان (۳۲)، خطای نوع اول ۵٪، سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان دقت ۸٪ ، ۱۲۴ نفر تعیین شد که انتخاب این تعداد نمونه به روش تصادفی و پس از کسب رضایت نامه داوطلبانه در زمینه شرکت در مطالعه، صورت گرفت. معیارهای دیگر ورود به مطالعه، تاهل و داشتن سواد خواندن و نوشتن در نظر گرفته شد.

داده ها در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، حمایت اجتماعی زیمت و چک لیست رفتارهای غذایی محقق ساخته جمع آوری گردید. برای تعیین اعتبار علمی چک لیست رفتار غذایی از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. بدین گونه که پس از تدوین سوالات بر اساس منابع علمی معتبر، در اختیار ده نفر از اساتید متخصص در رشته آموزش بهداشت و ارتقا سلامت و تغذیه قرار گرفت و پس از اعلام نظرات اصلاحی صاحبنظران، تغییرات در پرسشنامه اعمال شد. طبق نظر والتس و باسل برای تعیین شاخص روایی محتوا عباراتی با ۷۰ درصد نمره و بیشتر، در شاخص روایی محتوا حفظ شده و عباراتی که امتیازی کمتر از ۷۰ درصد داشتند حذف گردیدند (۳۳) که در این مرحله تعداد گویه های پرسشنامه از ۱۸ به ۱۴ گونه تقلیل یافت. کسب مقادیر ۰/۹۰ و بیشتر در متوسط شاخص اعتبار محتوا، نشانگر روایی محتوا بوده (۳۴) که در پرسشنامه مذکور متوسط شاخص اعتبار محتوی ابزار S-CV1 ۰/۹۳ محاسبه گردید. برای تعیین پایایی چک لیست رفتار غذایی از شاخص ثبات درونی استفاده شد که با استفاده از فرمول آلفا کرونباخ محاسبه گردید.

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که مشتمل بر ۱۳ سوال در رابطه با خصوصیات فردی و اقتصادی- اجتماعی بود.

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده زیمت (MSPSS) که این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی درک شده از سوی اعضای خانواده، دوستان و نزدیکان مهم دیگر در زندگی افراد ساخته شد که شامل ۱۲ سوال که بر اساس مقیاس لیکرت قرار داشته و در طیف ۷ گزینه ای کاملا مخالف تا کاملا موافق و از صفر تا ۶ نمره گذاری آن صورت گرفته است. این پرسشنامه در ایران پس از ترجمه و انطباق فرهنگی گویه ها، در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفت که از آن جمله می توان به مطالعه سلیمی و همکاران اشاره نمود (۳۵).

در پژوهش حاضر نیز نسخه فارسی پرسشنامه مذکور پس از محاسبه آلفا کرونباخ به منظور تعیین پایایی، مورد استفاده قرار گرفت که میزان آن برای سه بعد حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و نزدیکان خاص دیگر به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۴ محاسبه گردید که با توجه به مقادیر به دست آمده پایایی آن در این مطالعه تایید شد.

امتیاز کامل در این بخش ۷۲ بود که بر مبنای ۱۰۰ در نظر گرفته شد به طوریکه افرادی که امتیازشان بیشتر از ۷۵٪ از حداکثر امتیاز بود به عنوان درک بالا از حمایت اجتماعی، افرادی که در محدوده ۷۵-۵۰٪ از حداکثر امتیاز قرار داشتند به عنوان درک متوسط و افرادی که کمتر از ۵۰٪ حداکثر امتیاز را کسب نموده بودند، به عنوان ادراک ضعیف از حمایت اجتماعی در نظر گرفته شدند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

۳- چک لیست رفتارهای غذایی محقق ساخته به منظور بررسی وضعیت رفتار غذایی نمونه های مطالعه طراحی شده است. این چک لیست بر اساس پرسشنامه ای که توسط دمیرچی و مهربانی در زمینه شیوع چاقی، اضافه وزن و پرفشاری خون و عوامل خطرزای مرتبط با آنها در مردان بزرگسال انجام گرفت(۳۶) تهیه شد . این چک لیست با افزودن بخش‌هایی که در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، و پس از محاسبه آلفا کرونباخ قبل از اجرای پیش آزمون به منظور تعیین پایایی، در این پژوهش به کار گرفته شد. آلفا کرونباخ به دست آمده پس از تکمیل چک لیست توسط ۱۵ نفر از زنان دارای اضافه وزن و چاقی و استخراج داده ها، ۰/۷۰۱ بوده که مبین پایایی چک لیست می باشد.

چک لیست حاضر دارای ۱۴ آیتم می باشد که در این قسمت به پاسخ‌های صحیح امتیاز ۱ و به پاسخ‌های غلط امتیازی تعلق نمی گرفت. حداکثر امتیاز ممکن در این قسمت بر اساس تعداد گویه های چک لیست، ۱۴ امتیاز بود که محاسبه نمره وضعیت رفتارهای غذایی زنان به منظور تسهیل در امر محاسبه و انطباق نمره حاصل از این بخش با پرسشنامه حمایت اجتماعی زیمت، بر مبنای ۱۰۰ در نظر گرفته شد به طوریکه اگر نمره افراد بین ۰-۳۳ قرار داشت، از لحاظ وضعیت رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در سطح ضعیف، ۳۴ تا ۶۶ به عنوان متوسط و ۶۷ تا ۱۰۰، به عنوان افرادی که از نظر رفتارهای غذایی صحیح در شرایط خوبی می باشند، در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده های حاصله از پژوهش از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و شاخص های مرکزی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون خطی ساده در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتیجه تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که از کل زنان مورد مطالعه۵۲ نفر(۴۱/۹٪) در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند، ۱۱ نفر(۸/۹٪) دارای وزن نرمال (BMI=۱۸ -۲۴/۹۹)، ۸۴ نفر(۶۷/۷٪) دارای اضافه وزن (BMI=۲۵-۲۹/۹۹) و ۲۹ نفر(۲۳/۴٪) چاق (BMI ≥ ۳۰) بودند. ۱۱۴ نفر (۹۱/۹٪) زنان تحت مطالعه خانه دار بوده و ۵۶ نفر(۴۵/۲٪) دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۸ نفر(۳۸/۷٪) دبیرستان و دیپلم و۲۰ نفر(۱۶/۱٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

از نظر تحصیلات همسران زنان، ۵۰ نفر(۴۰/۳٪) در حد ابتدایی و راهنمایی، ۳۳ نفر(۲۶/۶٪) دبیرستان و دیپلم،۴۰ نفر(۳۲/۲٪) دانشگاهی و ۱ نفر(۰/۸٪) هم بی سواد بودند. ۵۸ نفر(۴۶/۸٪) از مردان شغل آزاد داشتند. از نظر سطح درآمد خانواده،۶۱ نفر (۴۹/۲٪) بین ۳۰۰ تا۶۰۰ هزار تومان و ۵۶ نفر(۴۵/۲٪) بالای ۶۰۰ هزار تومان در ماه درآمد داشتند.

نتایج حاصل از انجام آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده ی کلی و مولفه های آن که شامل حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان و حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دیگر نزدیکان دیگر می باشد با رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان تحت مطالعه، ارتباط معنی داری وجود دارد که این مقادیر به ترتیب برابرند با: ۰/۶۵۲ برای حمایت اجتماعی درک شده ی کلی و ۰/۶۲۲، ۰/۴۳۳ و ۰/۵۰۴ برای مولفه های آن.

داده های جدول شماره ۱ بیان کننده این مطلب می‌باشد که اکثریت زنان تحت مطالعه (۶۹/۴٪) در سطح متوسطی از رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی قرار دارند. رفتارهای غذایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند عبارت بودند از: مصرف صبحانه، میزان مصرف آب در طول شبانه روز، سرعت صرف غذا، نظم در مصرف وعده های غذایی، مصرف لبنیات، حذف یکی از وعده های غذایی، مصرف شیرینیجات، غذاهای سرخ کردنی و همچنین غذاهای آماده، فاصله صرف شام تا زمان خواب و تماشای تلویزیون در هنگام صرف غذا. نمره کامل در این بخش ۱۴ امتیاز بود که همانگونه که مشاهده می شود زنان به طور متوسط به میزان ۲/۳۴±۷/۲۲ از این امتیاز کسب نمودند.

جدول شماره ۲ که به منظور توصیف دقیق

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی

وضعیت رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی	تعداد	درصد
ضعیف	۱۱	۸/۹
متوسط	۸۶	۶۹/۴
خوب	۲۷	۲۱/۸
جمع	۱۲۴	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار میزان رفتارهای غذایی صحیح		۷/۲۲±۲/۳۴

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان حمایت اجتماعی درک شده

میزان حمایت اجتماعی	تعداد	درصد
کم	۳	۲/۴
متوسط	۵۱	۴۱/۱
زیاد	۷۰	۵۶/۵
جمع	۱۲۴	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار میزان حمایت اجتماعی		۵۶/۰۹±۹/۱۸

جدول ۳- مشخصه های آماری رگرسیون برای پیش بینی رفتار غذایی زنان بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده کل و مولفه های آن

متغیر پیش بینی کننده	متغیر وابسته رفتار غذایی			
	R^2	Adj.R^2	ß	sig
حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده			۰/۴۷۱	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان	۰/۴۱۳	۰/۲۸۹	۰/۱۱۰	۰/۲۶۸
حمایت اجتماعی ادراک شده از دیگر نزدیکان مهم			۰/۱۵۱	۰/۰۴۶
حمایت اجتماعی ادراک شده به طور کلی	۰/۴۲۵	۰/۳۱۷	۰/۶۲۵	۰/۰۰۰

Total R^2= ۰/۴۲۵, Adj. R^2= ۰/۳۱۷, t=۹/۴۸۷, df= ۱, F= ۹۰/۰۰۲, p<۰/۰۰۱

میزان حمایت اجتماعی درک شده توسط زنان ترسیم شده است بر این مطلب دلالت دارد که بیش از نیمی از زنان (۵۶/۵٪) ادراک بالایی از حمایت اجتماعی توسط دیگران داشتند و این در حالی است که تنها ۲/۴٪ از آنان حمایت اجتماعی را در سطح پایینی ادراک نمودند.

داده های جدول شماره ۳ نتیجه ی اجرای تحلیل رگرسیون بر اساس نمره ی کل و مولفه های مقیاس حمایت اجتماعی درک شده می باشد. همانگونه که مشاهده می شود از میان متغیرهای پیش بینی کننده‌ی رفتارهای غذایی، مولفه حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده (β=۰/۴۷۱،p<۰/۰۰۱)، مولفه حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم (β=۰/۱۵۱،P=۰/۰۴۶)، و همچنین متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده کلی (β=۰/۶۲۵،p<۰/۰۰۱)، پیش بینی کننده های نسبتا خوبی برای رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی بودند اما مقادیر محاسبه شده در رابطه با مولفه حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان (β=۰/۱۱۰،P=۰/۲۶۸)، دلالت بر معنی دار نبودن پیش بینی بر اساس این مولفه دارد. مقدار R^2 تنظیم شده در بخش تحلیل رگرسیون مولفه های حمایت اجتماعی (۰/۲۸۹) بدین معنی می باشد که تقریبا ۲۸/۹٪ از پراکندگی مشاهده شده در متغیر رفتار غذایی را این مولفه ها پیش بینی می نمایند و مقدار R^2 تنظیم شده‌ی محاسبه شده در بخش تحلیل رگرسیون متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی کلی (۰/۳۱۷)، میزان این پیش بینی را ۳۱/۷٪ تخمین می زند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر در راستای تعیین ارتباط میان حمایت اجتماعی و توانمندی در زمینه انجام رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان شهر ارومیه انجام گرفت که نتایج حاصل از

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

آزمونهای آماری انجام شده بر روی داده های به دست آمده از تحقیق نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده کلی قادر است رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی را در زنان پیش بینی نماید. در زمینه بررسی نقش پیش بینی کننده ی مولفه های حمایت اجتماعی که شامل حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده، دوستان و نزدیکان مهم دیگر در رابطه با رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی بود نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده از خانواده و نزدیکان مهم دیگر پیش بینی کننده ی معنی داری برای رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان می باشند اما مولفه حمایت اجتماعی درک شده از دوستان نتوانست رفتارهای غذایی را پیش بینی نماید. همچنین در بررسی ارتباط و همبستگی میان حمایت اجتماعی درک شده کلی و مولفه هایش با رفتارهای غذایی، نتایج بیانگر وجود رابطه معنی دار در مورد متغیرهای ذکر شده و رفتارهای غذایی بود.

این یافته ها با نتایج حاصل از مطالعه Evans و همکاران در زمینه نقش پیش بینی کننده حمایت خانواده هم‌خوانی دارد. مطالعه آن‌ها نشان داد که اگرچه دوستان تشویق بیشتر و اعضای خانواده انتقادات بیشتری را برای تغذیه سالم فراهم می آورند اما در مدل رگرسیون نهایی تنها انتقاد و ترغیب‌های خانواده برای تغذیه سالم و ترجیحات غذایی پیش بینی کننده ی تداوم عادات غذایی کم چرب در زنان می باشد و تجربه حمایت خانوادگی زنان به عنوان یک عامل موثر معنی دار در عادات غذایی می باشد (۳۷).

یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی Vander Wal که به بررسی نقش حمایت اجتماعی از سوی خانواده و همسالان در ارتباط با شاخص توده بدنی و رفتارهای کنترل وزن ناسالم در میان نوجوانان پرداخت موید این مطلب است که پسران و دخترانی که ارتباط مشکل دار با والدینشان و سطوح پایین حمایت یا درگیری مکرر با اولیا مدرسه را تایید نمودند با احتمال بیشتری رفتارهای کنترل وزن ناسالم را نسبت به گروه‌های مقایسه، بر عهده گرفتند (۳۸). این مطالعه از لحاظ وجود ارتباط منفی و معنی دار میان مولفه های حمایت اجتماعی (خانواده و نزدیکان) با رفتارهای کنترل وزن ناسالم، همسو با مطالعه حاضر می باشد.

در مطالعه دیگری که با هدف بررسی ارتباطات میان منابع اولیه حمایت اجتماعی در پیرامون نوجوانان (خانواده و دوستان) و رفتارهای غذایی (مصرف فیبر و چربی) توسط Stanton و همکاران در نمونه ای از جوانان روستایی به اجرا گذاشته شد مشاهده شد که حمایت خانواده و دوستان پیش بینی کننده ی معنی داری برای مصرف چربی و فیبر می باشد (۳۹). این مطالعه از لحاظ نقش پیش بینی کننده ی حمایت خانواده، همسو و از جهت نقش پیش بینی کننده حمایت دوستان، ناهمسو با مطالعه حاضر است. با در نظر گرفتن این مهم، گاهی رفتارهای غذایی فقط به منظور قابل پذیرش بودن بین دوستان و همسالان، به ویژه بین نوجوانان شکل می گیرد (۴۰).

بنابراین هم چنان که مشاهده شد در مطالعه فوق شرکت کنندگان در دوره ی نوجوانانی قرار داشتند و در این دوره نسبت به دوره ی بزرگ‌سالی تاثیر دوستان و همسالان در زندگی فرد بیشتر می باشد بنابراین شاید یکی از دلایل عدم هم‌خوانی با مطالعه حاضر از لحاظ نقش حمایتی دوستان، تفاوت سنی موجود باشد چرا که ما در این مطالعه نقش حمایتی دوستان را در متابعت از رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان معنی دار نیافتیم.

خانواده به عنوان کوچک ترین و اساسی ترین واحد از یک جامعه، مهمترین ساختار اجتماعی است که بیشترین تاثیر را براعضای خود دارد (۴۱). در جوامع اسلامی از جمله کشور ایران از وظایفی که اسلام برای خانواده توصیه نموده است تفاهم و هم‌دردی، تلاش در رفع و برآوردن خواسته ها و توقعات اعضای خانواده و شرکت در غم و شادیهای یکدیگر است (۴۲). در این راستا حیدری و همکاران (۴۳) در مطالعه خود بر ارتباط معنی دار میان تاهل و حمایت اجتماعی تاکید داشتند. که بیانگر نقش همسر به عنوان یکی از مهمترین اعضای خانواده در حمایت از فرد می

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

باشد. بنابراین همچنانکه Kyngas بیان نمود، یکی از مهمترین منابع دریافت حمایت اجتماعی در واقع خانواده ی فرد است (۴۴). رمضانی تهرانی و همکاران نیز مطرح نمودند که علاقه و ترجیحات غذایی فرزندان بر الگوی تغذیه ای اعضای خانواده به ویژه زنان تاثیرگذار می باشد (۴۵) و مطالعات متعدد نیز نشان داده اند که اعضای خانواده و دوستان می توانند نقشهای محوری در تسهیل تغییرات رفتاری در زمینه کنترل وزن داشته باشند (۴۶).

در مطالعه حاضر نیز ارتباط معنی دار و نقش پیش بینی کننده ی حمایت اجتماعی خانواده در پیروی از الگوهای رفتاری سالم جهت پیشگیری از چاقی در زنان مشارکت کننده در پژوهش تایید گردید.

نتیجه مطالعه McKinley نشان داد که حمایت اجتماعی نقش معنی داری را در توضیح رفتارهای غذایی در دانشجویان بازی می کند (۴۷). در این مطالعه به طور ویژه ای ارزیابی به وسیله افراد دیگر را عامل پیش بینی کننده ی غیرمستقیمی در رفتارهای غذایی سالم مطرح نمود که با مطالعه حاضر از نظر تاکید بر نقش حمایت اجتماعی درک شده از سوی نزدیکان دیگر بر رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی همخوان می باشد اما Gulact در مطالعه ای که به انجام رسانیدند اگرچه بر نقش حمایت اجتماعی درک شده از خانواده تاکید داشتند اما مشاهده نمودند که حمایت اجتماعی درک شده از افراد ویژه و دوستان تاثیری بر سطح بهزیستی شرکت کنندگان ندارد (۴۸) که این نتیجه با مطالعه حاضر در زمینه نقش حمایتی دوستان مغایر می باشد.

در مطالعه ای Tamers و همکاران مشخص نمودند افراد با سطح بالاتر شبکه حمایت اجتماعی ۱۴/۳٪ نمره فعالیت فیزیکی بالاتر از میانگین و ۴٪ مصرف میوه جات و سبزیجات بیشتر از میانگین در مقایسه با افرادی که به میزان یک واحد سطح حمایت کمتری داشتند، دارند (۴۹) و همچنین Tamers و همکاران در بررسی ارتباطات میان حمایت اجتماعی و روابط (خانوادگی، دوستانه و نزدیکان) شخصی و مشترک با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی در میان جمعیت کم درآمد و متنوع نژادی به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی کلی به طور معنی داری با مصرف بیشتر گوشت سفید و قرمز در هر روز ارتباط داشت. داشتن دوستان بیشتر به طور معنی داری با مصرف روزانه میوه و سبزی بیشتر و سطوح بالاتری از شدت فعالیت فیزیکی در ارتباط بود. کسانی که روابط خانوادگی بیشتری را گزارش نمودند مصرف روزانه بالاتری از نوشیدنیهای شیرین و فست فود را مطرح نمودند. روابط اجتماعی بیشتر با نزدیکان با مصرف بیشتر فست فود در هر روز در ارتباط بود و در نتیجه اینکه ارتباطات اجتماعی می تواند هر دو رابطه مثبت و منفی را با رفتارهای سالم داشته باشد (۵۰) که البته در مطالعه ی حاضر این ارتباط مثبت و معنی‌دار بود.

مطالعات متعدد دیگری از جمله مطالعه Marshall Hoerr و همکاران، Andajani-Sutjahjo و همکاران و Amiri و همکاران، فقدان حمایت اجتماعی را به عنوان مهمترین مانع به ترتیب برای تغییر در رفتارهای غذایی و کاهش وزن، تغذیه سالم و سبک زندگی سالم گزارش نمودند (۵۳-۵۱) که با نتیجه ی حاصل از این مطالعه در زمینه نقش تاثیر گذار و ارتباط مثبت حمایت اجتماعی درک شده با انجام رفتارهای غذایی پیشگیری کننده از چاقی در زنان همسو می‌باشند.

بنابراین بر طبق یافته های به دست آمده و با توجه به نقش پر اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده کلی و همچنین مولفه هایش در ارتقا رفتارهای غذایی سالم و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در افراد، پیشنهاد می گردد که مداخلاتی در جهت ارتقا سطح آگاهی و حمایت اجتماعی و با تاکید بر جایگاه خانواده در امر سلامت اجتماعی برای دستیابی و تداوم وزن سالم و پیشگیری از عوارض اضافه وزن و چاقی صورت پذیرد.

مطالعه حاضر همانند بسیاری از مطالعات محدودیتهایی را دارا می باشد که از آن جمله می توان به محدودیت موجود در مدت زمان انجام پژوهش اشاره نمود که به دلیل این مساله به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

ناچار جامعه پژوهش محدودتر در نظر گرفته شد. در صورتی که با صرف زمان و امکانات و همچنین نیروی انسانی بیشتر می شد این مطالعه را در ابعاد وسیع تر و با نمونه های بیشتری انجام داد تا تعمیم نتایج به جامعه با دقت بیشتری صورت گیرد و هم چنین از آن جا که در این مطالعه زمان جمع آوری داده ها با امتحانات مدارس هم‌زمان شده بود در زمینه حضور زنان در مراکز بهداشتی به منظور تکمیل پرسشنامه های پژوهش با مشکلاتی مواجه شدیم که پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی با توجه به گروه هدف، این موضوع مد نظر قرار گیرد البته ارتباط حمایت اجتماعی و رفتارهای غذایی برای نخستین بار و در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته که این امر از نقاط قوت این مطالعه بوده و نتایج این تحقیق می تواند آغازی برای انجام مطالعات دیگری در این راستا باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح شماره ۱۶۹۷۵مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۰ می باشد که با حمایت مرکز مبتنی بر مشارکت جامعه اجرا شده است.

در پایان لازم می دانیم از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱۳ و شهید نیکخواه شهر ارومیه و همچنین آقای دکتر جواد اسحاقی راد و خانم ها مهندس سعیده و فرزانه متاجی امیررود و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نموده اند، کمال تشکر را نماییم.

منابع

1. Pradhan A.D, Skerrett, P.J, Manson J.E. Obesity, diabetes, and coronary risk in women. J cardiovasc risk; 2002.9: 323-30.

2. Mirmiran P, Azizi F. Obesity: Epidemiology Control of common diseases in Iran Authors: Azizi F, Hatami H, Janghorban M. EDI Second, Tehran, spreading enthusiasm; 2001. P. 56- 62. (Persian)

3. de Onis M, Blossner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. Am J Clin Nutr; 2000. 72:1032-9.

4. Hossain P, Kawar B, El Nahas M. [Obesity and diabetes in the developing world--a growing challenge]. N Engl J Med 2007. 356; 213-215. (Persian)

5. James W.P.T, Jachson-Leach R, Mhurchu C.N, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby N.J, et al. WHO. Overweight and Obesity (High BMI). In: Ezzati M, Lopez A.D, Rodgers A, Murray C.J.L, editors. Comparative Quantifation of Health Risks. Geneva: WHO; 2004. 497-596.

6. Laquatra I. Nutrition for health and fitness In: Kraus's Food, Nutrition and Diet Therapy. Mahan LK, Escott-stump S. 11th Edition, WB Saunders: Philladelphia; 2004. 558-94.

7. Ogden C.L, Flegal K.M. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. Journal of American Medical Association; 2002: 288: 1728-32.

8. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. [An accelerated nutrition transition in Iran]. Public Health Nutr 2002; 5. 149-55. (Persian)

9. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hajipour R, Madjid M, et al. [Cardiovascular risk factors in an Iranian urban population: Tehran lipid and glucose study (phase1)]. Soz Praventiv med 2002. 47: 408-26. (Persian)

10. Kelishadi R, Alikhani S, Delavari A, Alaedini F, Safaie A, Hojatzadeh E. Obesity and associated lifestyle behaviours in Iran: findings from the first national noncommunicable disease risk factor surveillance survey. Public Health Nutr; 2008;11: 246-51.

11. Azadbakht L, Esmailzadeh A. Dietary and non- dietary determinants of central adiposity among Tehrani women. Public Health Nutr; 2008;11(3): 528-34.

12. Rezazadeh A, Rashidkhani B, Omidvar N. [Study of dietary patterns and general obesity and abdominal obesity in adult women North of Tehran in 1386]. Drpzshky Research (Medical Journal) Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2010.33(4); 246-257. (Persian)

13. Azerbaijan A, Alipoor S, Bakhshande H, Rezayeean S, Tejari F. [Relationship between daily physical activity and obesity in 11-year-old girls]. Journal of Medicine and purification 2010. No.74-75; 19- 26.(Persian)

14. Mirmiran P, Esmaillzadeh A, Azizi F. Dairy consumption and body mass index: an inverse relationship. International Journal of Obesity; 2005.29(1): 115-121.

15. Mehrabani H, Mirmiran P, Azizi F. [The relationship of breakfast consumption with obesity]. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2007.4 (41). (Persian)

16. Mohammadi F, Mirmiran P, A. Verdiyan S, Sarbazi N, Azizi F. Sex differences in nutrient intake and anthropometric indices in adults. Tehran

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

Lipid and Glucose Study. Journal of Medicine and purification 2003.47: 50-45. (Persian)

17. Stafleu A, Van staveren W.A, de Graaf G, Burema J. Family resemblance in energy, fat, and cholesterol intake: A study among three generations of women. Prev Med 1994; (23):474-480.

18. Feunekes G.I.J, stafleu A, de Graaf G, Van stavern WA.Family resemblance in fat intake in the Netherlands. Eur J clin Nutr; 1997.51:793-799

19. M Dimteo M.R. Health Psychology (Translated by M. Kaviani, M. Abbaspour, H. Mohammadi, Gh Taghizadeh, and A. A.GH. Kimiya).Tehran: Samt publisher; 1999. (Persian)

20. Taylor, G. An overview of self-help initiatives with in health care. Report prepared for Hemophilia program for Ontario hospital; 2000. Vancouver, B. C. V6J1W3

21. Sarafino E.P. Health Psychology (4th ed). New York 2002; John Wiley & Sons, Inc.

22. Zare Shahabadi A, Hajizadeh Meymandi M, Ebrahimi Sadrabad F. [The effect of the impact of social support and treatment of diabetes type II in Yazd]. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences 2010. 1894;277-283. (Persian)

23. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. Journal of Aging & Health; 2006. (18):359–384

24. Anari A, Tahmasiyan K, Fathabadi M. [Worry and Social Support in Adolescence]. Developmental Psychology: Iranian Psychologists 2011.8(29); 27-34. (Persian)

25. Alipoor A. [Relationship between social support and immune parameters in healthy subjects: a review of the overall model]. Journal of Psychology and Educational Sciences' thinking and behavior" 2006. (45); 134 -139. (Persian)

26. Khodapanahi M. K, Asghari A, Saleh Sedghpoor B, Katebaii J. [Preparing and Investigating The Reliability and Validation of The Family Social Support Questionnaire (FSSQ)]. Journal of Family Research 2009.5(4); 423-439. (Persian)

27. Bovier P.A, Chamot E, Perneger T. V. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Quality of Life Research; 2004.13:161-170

28. Rimer B Glanz K. Theory at a glance: A guide for health promotion practice, 2nd Ed. US

Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer

Institute; 2005 (Accessed August 31, 2007, at cancer.gov/aboutnci/oc/theory-at-a-glance/print)

29. Karimi B, Sadat Hashemi M, Habibiyan H. [Study of the breakfast habits and its relationship with some factors in Semnan (Iran) pupils]. koomesh 2008.9, 4 (28); 285-291. (Persian)

30. Goldblatt Ph. B, Moore M. E, Stunkard A. J. Social Factors in Obesity. JAMA; 1965. 192(12):1039-1044

31. Ball K, Mishra G. D, Crawford D. Social factors and obesity: an investigation of the role of health behaviors. International Journal of Obesity; 2003.27:394–403

32. 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, University of Medical Sciences and Health Services Shahid Beheshti 2003. 5(4): 379 -387. (Persian)

33. Develllis RF. Scale development: theory and applications applied social research methods services(2th ed). Sage Publications 2003: Thousand Oaks.

34. Polite D.F, Beck C.T, Owen S.V. 2007. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Research in Nursing and Health; 2007.30: 459–67

35. Salimi A, Djokar B, Nikpoor R. [Internet connections in life: The role of perceived social support and loneliness in Internet Use. School of Education and Psychology], University Alzahra. Psychological Studies 2009.5(3); 81-102. (Persian)

36. Damirchi A, Mehrabani J. [Prevalence of Obesity, Overweight and Hypertension and Related Risk Factors in Adults Men]. Olympic Fall 2009. 17(3 (47)):87-103. (Persian)

37. Evans G. L, McNeil L.H, Laufman L, Bowman S.L. Determinants of Low-fat Eating Behaviors among Midlife African American Women. Journal of Nutrition Education and Behavior, September–October; 2009.41(5): 327–333.

38. Vander Wal J. S. The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: The role of family and peer social support. Economics & Human Biology, December; 2012.10(4): 395–404.

39. Cassandra A, Stanton C. A, Green S. L, Fries E, A. Diet-specific Social Support among Rural Adolescents. Journal of Nutrition Education and Behavior; 2007.39(4): 214–218.

40. Azadbakht L, Mirmiran P, Momenan AA, Azizi F. [Knowledge, attitude and practice of guidance school and high school students in district-13 of Tehran about healthy diet]. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2004.5: 409-16. (Persian)

41. Kober R. Enhancing the quality of life of People with intellectual disabilities. New York; 2010.Springer press.

42. Helm seresht P, Del pishe A. Community Health Nursing; 1997.1(4):36-69.

43. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. [Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients]. KAUMS Journal (FEYZ) 2008.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

(12):15-22. (Persian)
44. Kyngas H. A theoretical model of compliance in young diabetics, J- Clin- Nurs; 1999.8(1): 73-80.
45. Ramezani Tehrani F, farahmand M, Amiri P, Paikari N, Azizi F. [Women's Perception Regarding to Healthy Nutrition Inhibitors: a Qualitative Research in Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS)]. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2011.13; 48-57. (Persian)
46. Renjilian D.A, Perri M.G, Nezu A.M, McKelvey W.F, Shermer R.L, Anton S.D. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 2001.69(4):717–721.
47. McKinley C. J. Investigating the Influence of Threat Appraisals and Social Support on Healthy Eating Behavior and Drive for Thinness. Health Communication 2009; 24(8): 735-745.
48. Gulact F. The effect of perceived social support on subjective well-being. Procedia Social and Behavioral Sciences; 2010.2: 3844–3849.
49. Tamers S. L, Beresford S. A. A, Cheadle A. D, Zheng Y, Bishop S K, Thompson B. The association between worksite social support, diet, physical activity and body mass index. Preventive Medicine, July–August 2011; 53(1-2):53–56.
50. Tamers S. L, Okechukwu C, Allen J, Yang M, Stoddard A, Tucker-Seeley R, Sorensen G. Are social relationships a healthy influence on obesogenic behaviors among racially/ethnically diverse and socio-economically disadvantaged residents? Preventive Medicine; 2013.56(1): 70–74.
51. Hoerr Sh. L. M, Nelson R. A, Essex-Sorlie D. Treatment and follow-up of obesity in adolescent girls. Journal of Adolescent Health Care; 1988.9(1): 28–37.
52. Andajani-Sutjahjo S, Ball K, Warren N, Inglis V, Crawford D. Perceived personal, social and environmental barriers to weight maintenance among young women: A community survey. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity; 2004.1:15, doi: 10.1186/1479-5868-1-15.
53. Amiri P, Ghofranipour F, Ahmadi F, Hosseinpanah F, Montazeri A, Jalali-Farahani S, Rastegarpour A. Barriers to a healthy lifestyle among obese adolescents: a qualitive stuady from Iran. Int J Public Health; 2011.56: 181-189.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]

The relationship between perceived social support and obesity preventive eating behavior in women of Urmia City in 2012

Maryam Mataji Amirrood, MSc of Health Education, Faculty of School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. m.mataji2009@gmail.com
***Mohammad Hossein Taghdisi,** PhD. Associate Professor, Department of Health Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). taghdisi.mh@gmail.com
Farzad Shidfar, PhD. Professor, Nutrition Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. farzadshidfar@yahoo.com
Mahmood Reza Gohari, PhD. Associate Professor, Department of Biostatistics, Research Center for Hospital Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. gohar_ma@yahoo.com

Abstract

Background: Social support is from the most important predictors of the people physical and mental health. The purpose of the present study is determination of the relationship between the perceived social support and obesity preventive eating behavior in women of Urmia City.
Methods: The present analytical and descriptive study was performed on 124 women covered by Urmia city health centers. Two health centers were selected by a cluster sampling method and a written consent for participation in the study was obtained. The data was collected by using the demographic information and Zimet social support questionnaires and also eating behaviors check list. Data analysis was performed with SPSS software version 18 using descriptive statistic, Pearson correlation coefficient, analysis of variance and simple Linear regression.
Results: The regression analyzes results indicated that the social support factors and full perceived social support could predict nearly 41/3%, and 42/5% of the observed scattering in eating behavior variable, respectively. . Also, the correlation between social support and it's factors with obesity preventive eating behavior in studied women was significant (p<0/001).
Conclusions: Family and close relatives are effective factors in shaping eating behaviors, therefore their social support would be one of the best ways to promote healthy eating behaviors in the community.

Keywords: Social support, Eating behaviors, Obesity, Women

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-21]