

شاخص های تن سنجی و سبک زندگی سالم در زنان شاغل: طرح زنان سالم

دکتر بتول احمدی^۱، دکتر محمد ازمل^۲، دکتر لیلا جانانی^۳، مهتاب بیات ریزی^۴،

دکتر فاطمه نوغانی^۵

چکیده

زمینه و هدف: سنگ بنای پیشگیری اولیه، اتخاذ شیوه ی زندگی سالم شامل: عدم استعمال دخانیات، حفظ وزن متعادل بدن و عادات غذایی مناسب است. هدف این مطالعه تبیین شاخص های تن سنجی و سبک زندگی سالم در زنان شاغل می باشد. **روش بررسی:** مطالعه ی حاضر توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. تعداد ۶۸۲ نفر از بانوان شاغل دانشگاهی بصورت داوطلبانه شرکت نمودند. بمنظور جمع آوری داده ها از چک لیست سلامت بانوان ایرانی استاندارد شده توسط وزارت بهداشت استفاده شد که مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیکی، شاخص های تن سنجی و سبک زندگی سالم بود. از آمار توصیفی و استنباطی برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: بیش از نیمی از شرکت کنندگان در طول یک سال محدودیت رژیم غذایی داشتند. عادت غذایی زنان شرکت کننده مطلوب نبود و ۴۷/۶٪ مصرف سبزی داشتند ولی ۵۲٪ نوشابه و غذاهای آماده مصرف می نمودند. فعالیتهای بدنی تنها در ۲۸٪ افراد مناسب بود. داده های نمایه توده بدنی نشان داد که نیمی از افراد اضافه وزن و ۴۲٪ افراد چاقی شکمی داشتند.

نتیجه گیری: یافته ها حاکی از نامناسب بودن شاخص های سبک زندگی و خطرات بالقوه ی تهدید کننده ی سلامتی زنان شاغل است؛ لذا استقرار برنامه های آموزشی و تسهیلات در اتخاذ شیوه های زندگی سالم برای زنان شاغل ازجمله اصلاح عادات تغذیه ای، انجام فعالیتهای بدنی روزانه جهت ارتقای وضعیت سلامتی آنها نه تنها عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی و بهره وری از نیروی کار آنها را بهبود می بخشد، بلکه فرهنگ سلامت جامعه را ارتقا خواهد داد.

واژه های کلیدی: شاخص های تن سنجی، سبک زندگی سالم، سلامت زنان

دریافت مقاله: مهر ۱۳۹۵

پذیرش مقاله: بهمن ۱۳۹۵

*نویسنده مسئول:

دکتر بتول احمدی؛

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی
تهران

Email:
ahmadiba@tums.ac.ir

^۱دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۴دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۵استادیار گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

در جامعه ی معاصر، تغییر قابل توجهی در نقش زنان رخ داده است. امروزه، زنان علاوه بر مسئولیت پرورش کودکان، به صورت فزاینده ای برای کسب موقعیت های تحصیلی، حرفه ای و کارهای خارج از خانه تلاش می کنند (۱). ترکیبی از وظایف قبلی زنان با وظایف جدید، دستاوردهایی را برای زنان و جامعه به عنوان یک کل به ارمغان آورده است. با این حال، خستگی ناشی از سنگینی این وظایف، سطوح بالای استرس و قرار گرفتن در معرض رفتارهای پرخطر را برای سلامت زنان به همراه داشته است (۲). اگرچه زنان امید به زندگی بالاتری دارند، اما به طور کلی بیش از مردان بیماری را تجربه نموده و وضعیت سلامت نامناسب تری دارند. شیوع بسیاری از بیماری های حاد و مزمن از جمله بیماری های خودایمنی و متابولیک، افسردگی، پوکی استخوان و برخی سرطان ها در این گروه شایع تر است. به علاوه به دلیل تغییر سبک زندگی افراد، نسبت زنانی که سیگار می کشند، الکل می نوشند، و حتی مواد مخدر مصرف می کنند، افزایش یافته است (۳). مشابه بسیاری از دیگر کشورهای در حال توسعه، ایران نیز فاز سریعی از شهرنشینی و صنعتی شدن را تجربه نموده است (۴). افزایش شهرنشینی و تغییرات سبک زندگی، همراه با کاهش فعالیت فیزیکی ناشی از امکانات زندگی شهری، و چاقی که در زنان شایع تر است، به عنوان مساله اصلی سلامت در سراسر جهان تبدیل شده است (۵).

چاقی و اضافه وزن، از مشکلات مهم دنیای کنونی است که تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و سطح سلامت جامعه می گذارد (۶). در همین راستا موانع اصلی اصلاح الگوی زندگی، نداشتن اراده ی کافی برای انجام فعالیت هایی از قبیل ترک سیگار، کاهش مصرف چربی، نمک و قندها و داشتن فعالیت بدنی مناسب می باشد (۷).

شکل بدن انسان یک منبع غنی از اطلاعات در مورد سلامت و خطر ابتلا به بیماری است. با این حال، تنها چند شاخص تن سنجی به طور منظم در کار بالینی یا اپیدمیولوژی استفاده می شود، که در درجه اول بر شاخص توده بدنی (BMI) تکیه می کنند (۸). مرگ و میر کلی نیز با افزایش سطح نمایه توده بدنی BMI بیشتر از ۲۵ (خطر نسبی ۱/۱) آغاز می گردد و در سطح BMI معادل ۳۰، مرگ و میر به صورت چشمگیری زیاد می شود (خطر نسبی ۱/۵). برای مثال در این سطح مرگ و میر تا ۲/۵ برابر می گردد (۹). به علاوه اندازه دور کمر (WC) نشانه ی واضح تری از شکل نسبی شکم به دست می دهد. با ترکیب این

دو متغیر می توان پیش آگهی بهتری از وضعیت متابولیک افراد به دست آورد (۱۰). هر چند عوامل ژنتیکی و محیط بر قد تاثیر می گذارند، اما تغذیه ی مناسب و شرایط زندگی، برای رسیدن به قد مطلوب مهم است (۱۱).

چاقی به طور خاص به داشتن نسبت بالا و غیر طبیعی چربی بدن یا بافت چربی در مقایسه با توده ی عضلانی اشاره دارد. چاقی یک بیماری مزمن، عود کننده، جدی و یک اختلال شایع است. تغییر شیوه ی زندگی، رژیم درمانی و افزایش فعالیت فیزیکی، مهم ترین گام های یک درمان اساسی است. نشان داده شده که رژیم درمانی همراه با ورزش منظم و کافی، پاتوفیزیولوژی سندرم متابولیک را به تعویق انداخته و باعث بهبود نشانگرهای زیستی خطر، و درمان بیماری های همراه آن می گردد (۱۲). عوامل متعددی در شکل گیری اضافه وزن و چاقی نقش دارند که از مهم ترین آنها می توان به الگوی مصرف و عادات غذایی در جامعه اشاره کرد. عدم تعادل میان دریافت و مصرف انرژی با توجه به الگوی غذایی و همچنین استفاده از غذاهای آماده به همراه مصرف نوشابه های سرشار از شکر، افزایش وزن و چاقی را سبب می شود (۱۳). روند چاقی در میان زنان ایرانی در سال های اخیر سیر صعودی داشته است، به طوری که گزارش شده، ۶۷٪ زنان بالای بیست سال به نوعی دچار چاقی می باشند (۱۴).

سازمان بهداشت جهانی، فعالیت فیزیکی را هر حرکت جسمی که توسط عضلات اسکلتی انجام می شود و نیاز به مصرف انرژی دارد، تعریف می کند. آن چیزی که در مورد سلامت صدق می کند، تعریف این واقعیت است که عدم فعالیت بدنی عامل خطر مستقلمی برای بیماری های مزمن است و به طور کلی تخمین زده می شود که عامل مرگ و میر ۱/۹ میلیون نفر در سطح جهان باشد. فعالیت بدنی منظم برای بهینه سازی جسمی و سلامت روانی همه زنان، حیاتی است. برای به دست آوردن منافع سلامتی، نیاز است فعالیت فیزیکی با شدت متوسط انجام شود و توصیه می شود که زنان و مردان حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت فیزیکی با شدت متوسط، ترجیحاً در همه روزهای هفته انجام دهند (۱۵). مطالعات ملی پیمایشی قبلی نشان داده که نزدیک به ۹۰٪ زنان ایرانی فعالیت فیزیکی مناسب ندارند. عدم فعالیت بدنی به خوبی می تواند یک عامل عمده ی استعداد زنان در ابتلای بیشتر به چاقی، در مقایسه با مردان محسوب شود (۱۶).

گزارش شده که در حدود ۴۰٪ ایرانیان بیش از نیازشان غذا مصرف می کنند و به طور متوسط ۴۰٪ کربوهیدرات و ۳۰٪

از اندازه گیری قد و وزن افراد حاصل گشت. وزن نیز با استفاده از مقیاس های با دقت ۱۰۰ گرم با پوشش لباس های معمول و سبک، اندازه گیری شد. قد نیز در حالت ایستاده، بدون کفش با استفاده از خط کش مطمئن، با دقت نزدیک ۵ میلی متر اندازه گیری شد. داده ها بر اساس طبقه بندی WHO به چهار گروه طبقه بندی شد: BMI بزرگتر یا مساوی ۲۵ کیلوگرم/متر مربع به عنوان اضافه وزن، BMI بزرگتر از ۳۰ کیلوگرم/متر مربع به عنوان چاقی و BMI کمتر از ۱۹ کیلوگرم/متر مربع به عنوان کمبود وزن در نظر گرفته شد (۲۱). دور کمر نیز در حد میلی متر، در سطح میانی، بین حاشیه دنده پایینی و استخوان خاصره اندازه گیری شد. اندازه گیری دور کمر نیز برای طبقه بندی زنان در دو گروه استفاده شد: شکم طبیعی (دور کمر تا ۸۵ سانتی متر) و چاقی شکمی (دور کمر بیشتر از ۸۵ سانتی متر) (۲۲).

در خصوص سبک زندگی سالم نیز وضعیت تغذیه (رژیم و محدودیت غذایی، مصرف مواد غذایی مثل لبنیات، سبزی و میوه، غذاهای آماده، روغن جامد، نمک و نوشابه های گازدار و مصرف مکمل ها)، فعالیت جسمانی و ورزش منظم (حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت در بیشتر یا همه روزهای هفته) و استفاده از دخانیات ارزیابی گردید.

در مجموع ۶۸۲ خانم شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران طی فراخوانی به صورت داوطلبانه، برای معاینات مراجعه نمودند. معیارهای ورود در این مطالعه، خانم های شاغل داوطلب مشارکت، از حوزه ی ستادی دانشگاه بود. معیارهای خروج نیز، بانوان شاغل در حوزه هایی غیر از ستاد دانشگاه و نیز افرادی که تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند، بود. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت مستمر بود. بدین ترتیب که ابتدا، اطلاعات مربوط به سی نفر از داوطلبان، توسط پزشک کلینیک در چک لیست ثبت گردید و پس از ورود داده ها در نرم افزار SPSS، مقدار واریانس گویه ها برابر ۰/۶۶ محاسبه شد. سپس با جایگزین کردن این عدد در فرمول، حجم نمونه ای برابر ۶۸۲ نفر به دست آمد. تکمیل چک لیست به صورت متوالی تا زمان رسیدن به این حجم نمونه ادامه یافت.

ابزار جمع آوری داده ها، چک لیست سلامت بانوان ایرانی (سبا) تهیه و استاندارد شده توسط اداره سلامت میان سالان وزارت بهداشت بود که بر اساس ادبیات موجود و نیز کسب نظر متخصصان حوزه ی سلامت زنان طراحی، تایید اعتبار و استاندارد گردید. بدین ترتیب که ابتدا روایی صوری آن با نظر

چربی را بیش از نیازشان دریافت می کنند. به علاوه، مردم به رژیم های سبک غربی، متشکل از غذاهای آماده و غذاهای با ارزش غذایی کم تمایل زیادی دارند. سبک زندگی غیرفعال ناشی از فقدان تحرک بدنی، ورزش کافی و کاهش پیاده روی و شرایط پرتنش زندگی را نیز باید به این موارد اضافه نمود. همه این عوامل در ایجاد اپیدمی چاقی در ایران کمک کرده است (۱۲). به طور کلی، سنگ بنای اصلی پیشگیری اولیه اتخاذ شیوه زندگی سالم شامل صرف نظر کردن از سیگار کشیدن، حفظ وزن مطلوب بدن (BMI ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ با دور کمر کمتر یا مساوی ۸۵ سانتیمتر در زنان)، ورزش منظم (حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت در بیشتر یا همه روزهای هفته) و عادات غذایی سالم (مصرف کمتر از ۱۰ درصد کالری چربی های اشباع شده، کمتر از ۳۰۰ میلی گرم کلسترول و جانشینی اسیدهای چرب ترانس با میوه ها، سبزی ها و غلات را شامل می شود) (۱۷).

در کشور، مطالعات زیادی به منظور بررسی وضعیت چاقی انجام شده است. با این حال مطالعات کمی وجود دارد که شاخص های تن سنجی را با سبک زندگی شامل فعالیت فیزیکی، عادات تغذیه ای و سوء مصرف مواد ترکیب نماید. شاخص توده ی بدنی در ترکیب با عادات تغذیه ای به منظور یک تعیین کننده ی وضعیت سلامت ارائه شده و به کار می رود (۱۹ و ۱۸).

این مطالعه به منظور تبیین شاخص های تن سنجی و نیز سبک زندگی زنان شاغل، طراحی و اجرا گردید. نتایج حاصل از آن، می تواند راهنمای مفیدی در جهت شناسایی مشکلات سلامت جامعه زنان شاغل بوده و راهکارهای لازم را جهت برنامه ریزی در راستای ارتقای سلامت زنان ارائه نماید.

روش بررسی

مطالعه حاضر، به صورت توصیفی - تحلیلی به منظور بررسی وضعیت سلامت زنان شاغل در یکی از دانشگاه های کشور به صورت مقطعی از تیر ماه تا پایان شهریور سال ۱۳۹۳ انجام شد. به منظور جمع آوری داده ها از چک لیست طراحی شده سلامت بانوان ایرانی (سبا)، طراحی و استاندارد شده در اداره سلامت میان سالان وزارت بهداشت استفاده شد که مشتمل بر سه بخش می باشد که سلامت زنان را می سنجد. بخش های این چک لیست عبارتند از: مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه، شاخص های تن سنجی و سبک زندگی سالم (۲۰).

مشخصات دموگرافیکی شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان بود. شاخص تن سنجی BMI



گردید. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی میانگین، میانه، انحراف معیار و واریانس و در قالب جداول و نمودار توصیفی و نیز آمار استنباطی شامل آزمون های آنالیز واریانس برای بررسی ارتباط شاخص ها با میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل، آزمون T برای مقایسه ی میانگین شاخص ها با گروه های مستقل جنسی و ضریب همبستگی پیرسون نیز برای ارتباط شاخص ها با متغیر کمی سن و تعداد فرزندان استفاده شد.

یافته ها

در مجموع ۶۸۲ خانم در فاصله زمانی تیر تا پایان شهریور ۱۳۹۳ در محدوده زمانی سه ماه مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد.

متخصصان تایید شد و به منظور تایید روایی محتوایی نیز چک لیست برای پانزده نفر از کارشناسان و پزشکان حوزه سلامت زنان فرستاده شد و نظر هر یک از آن ها در خصوص آیتم های چک لیست به لحاظ اهمیت، ضرورت و ارتباط با موضوع، بررسی و نهایتاً چک لیست تایید شد. پس از ارائه توضیحات لازم برای دو تیم سلامت زنان، مرکب از یک پزشک عمومی و یک نفر کارشناسی ارشد پرستاری یا مامایی و کسب مجوزهای لازم، این چک لیست ها به تعداد کافی در اختیار دو پزشک عمومی مسئول تیم های مستقر در کلینیک های دو بیمارستان شریعتی و بیمارستان یاس (زنان سابق) دانشگاه قرار گرفت. پزشک و پرستار یا ماما در هر تیم پس از مصاحبه، مشاهده، معاینه و بررسی آزمون ها، نتایج را در چک لیست مذکور ثبت نمودند. پس از پایان فرایند، چک لیست ها که به صورت بی نام تکمیل شده بود، جمع آوری گردید. داده ها، وارد نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۲۹ ساله	۵۴ / ۸/۵
	۳۰-۳۹	۲۲۵ / ۳۵/۴
	۴۰-۴۹	۲۵۰ / ۳۹/۳
	۵۰-۵۹	۹۶ / ۱۵/۱
	بیشتر از ۶۰ سال	۱۱ / ۱/۷
تحصیلات	بی سواد	۲ / ۰/۳
	زیر دیپلم	۵۹ / ۹/۵
	دیپلم	۱۰۶ / ۱۷/۱
شغل	کاردانی و کارشناسی	۴۰۰ / ۶۴/۵
	تحصیلات تکمیلی	۵۳ / ۸/۶
	کارمند اداری	۲۷۲ / ۴۲/۶
	بهداشتی درمانی	۲۴۱ / ۳۷/۸
	خدماتی	۷۹ / ۱۲/۸
وضعیت تاهل	سایر	۲۵ / ۶/۸
	متاهل	۳۸۶ / ۶۷/۴
	مجرد	۱۶۰ / ۲۷/۹
تعداد فرزندان	مطلقه	۲۷ / ۴/۷
	بدون فرزند	۴ / ۱/۳
	۱	۱۳۸ / ۴۳/۵
	۲	۱۳۳ / ۴۲/۰
	۳	۳۳ / ۱۰/۴
بیش از سه	۹ / ۲/۸	

بالاترین سطح مربوط به کاردانی و کارشناسی با ۶۴/۵٪ و کمترین سطح تحصیلات هم زنان بی سواد بوده اند. بیشتر شرکت کنندگان در این مطالعه متاهل بوده و بیشتر آنان یک و دو فرزند داشته اند.

بر اساس یافته ها، بیشترین گروه سنی زنان ۴۰ تا ۴۹ ساله و کمترین گروه سنی مربوط به زنان بالای ۶۰ سال می باشد. میانگین سنی نیز $40/96 \pm 8/50$ بود. به لحاظ میزان تحصیلات،

جدول ۲: مشخصات تن سنجی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
قد(سانتی متر)		
< ۱۵۰ سانتی متر	۲۸	۴/۴
۱۵۱-۱۵۵	۶۸	۱۰/۷
۱۵۶-۱۶۰	۲۳۲	۳۶/۵
۱۶۱-۱۶۵	۱۹۴	۳۰/۵
۱۶۶-۱۷۰	۹۰	۱۴/۲
> ۱۷۰ سانتی متر	۲۴	۳/۸
وزن(کیلوگرم)		
< ۵۰ کیلوگرم	۳۳	۵/۲
۵۱-۶۰	۲۰۳	۳۱/۹
۶۱-۷۰	۲۲۱	۳۴/۷
۷۱-۸۰	۱۲۳	۱۹/۳
۸۱-۹۰	۴۱	۶/۴
۹۱-۱۰۰	۱۳	۲
< ۱۰۱ کیلوگرم	۳	۰/۵
نمایه توده بدنی		
< ۱۹ (کمبود وزن)	۱۶	۲/۵
۱۹-۲۵ (وزن مطلوب)	۳۲۳	۵۰/۷
۲۵-۳۰ (اضافه وزن)	۲۱۶	۳۳/۹
< ۳۰ (چاق)	۸۲	۱۲/۹
دور کمر(سانتی متر)		
۲۰-۴۰	۸	۲/۴
۴۰-۶۰	۱	۰/۳
۶۰-۸۰	۱۴۷	۴۳/۳
۸۰-۱۰۰	۱۶۶	۴۹
> ۱۰۰	۱۷	۵
دور شکم(سانتی متر)		
طبیعی	۱۷۷	۵۸
چاقی شکمی(بالاتر از ۸۵ سانتی متر)	۱۲۸	۴۲

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، داده های نمایه توده بدنی نشان می دهد که تقریباً کمتر از نیمی از آن ها اضافه وزن یا چاقی داشته اند و در مجموع ۴۲٪ افراد دارای چاقی شکمی بوده اند. میانگین قد شرکت کنندگان $160/58$ با انحراف معیار $8/11$ ، میانگین وزن $65/58$ و انحراف معیار $10/97$ ، میانگین نمایه توده بدنی برابر $25/99$ و انحراف معیار $10/43$ و میانگین دور کمر $82/11$ و انحراف معیار $12/33$ و دور شکم $82/11$ و انحراف معیار $12/33$ بود. بالاترین میانگین قد مربوط به دامنه ی ۱۶۱ تا ۱۶۵ سانتیمتر، بیشترین میانگین وزن نیز در محدوده ی ۶۱ تا ۷۰ و بیشترین میانگین دور کمر نیز در محدوده ی ۸۰ تا ۱۰۰ سانتی متر بود. حدود نیمی از زنان ($50/7$ ٪)، نمایه توده بدنی مطلوب بین ۱۹ تا ۲۵ داشتند. 58 ٪ شرکت کنندگان نیز به لحاظ دور شکم حالت طبیعی داشتند.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، داده های نمایه توده بدنی نشان می دهد که تقریباً کمتر از نیمی از آن ها اضافه وزن یا چاقی داشته اند و در مجموع ۴۲٪ افراد دارای چاقی شکمی بوده اند. میانگین قد شرکت کنندگان $160/58$ با انحراف معیار $8/11$ ، میانگین وزن $65/58$ و انحراف معیار $10/97$ ، میانگین نمایه توده بدنی برابر $25/99$ و انحراف معیار $10/43$ و میانگین دور کمر $82/11$ و انحراف معیار $12/33$ و دور شکم $82/11$ و انحراف معیار $12/33$ بود. بالاترین میانگین قد مربوط به دامنه ی ۱۶۱ تا ۱۶۵ سانتیمتر، بیشترین میانگین وزن نیز در محدوده ی ۶۱ تا ۷۰ و بیشترین میانگین دور کمر نیز در محدوده ی ۸۰ تا ۱۰۰ سانتی متر بود. حدود نیمی از زنان ($50/7$ ٪)، نمایه توده بدنی مطلوب بین ۱۹ تا ۲۵ داشتند. 58 ٪ شرکت کنندگان نیز به لحاظ دور شکم حالت طبیعی داشتند.

جدول ۳: بررسی شیوه ی زندگی زنان شرکت کننده در مطالعه بر اساس عادات تغذیه ای، فعالیت فیزیکی و سوء مصرف مواد

تغذیه	وضعیت	فراوانی	درصد
ممنوعیت یا محدودیت رژیم غذایی در یک سال گذشته	بلی	۸۱	۱۱/۹
	خیر	۶۰۱	۸۸/۱



۲۳/۸	۱۶۲	بلی	مصرف مکمل
۷۶/۲	۵۲۰	خیر	
۷۰/۲	۴۲۸	مطلوب	مصرف روزانه ی لبنیات
۲۹/۸	۱۸۲	نامطلوب	
۴۷/۴	۲۸۷	مطلوب	مصرف روزانه ی سبزی ها
۵۲/۶	۳۱۹	نامطلوب	
۷۳/۰	۴۴۱	مطلوب	مصرف روزانه ی میوه
۲۷/۰	۱۶۳	نامطلوب	
۴۰/۳	۲۷۵	نامطلوب(هرگز)	مصرف معمول هفتگی ماهی
۵۹/۷	۴۰۷	مطلوب (بیش از یک بار)	
۱۷/۲	۱۱۷	نامطلوب(هرگز)	مصرف معمول هفتگی سایر
۸۲/۸	۵۶۵	مطلوب(بیش از یک بار)	گوشت های سفید
۱۸/۲	۱۲۴	نامطلوب(هرگز)	مصرف معمول هفتگی گوشت قرمز
۸۱/۸	۵۵۸	مطلوب(بیش از یک بار)	
۲۶/۳	۱۷۹	بلی	مصرف هفتگی سوسیس و کالباس
۷۳/۷	۵۰۱	خیر	
۲۵/۸	۱۷۵	بلی	مصرف هفتگی نوشابه گازدار
۷۴/۲	۵۰۳	خیر	
۲۰/۷	۱۴۱	بلی	مصرف روغن جامد
۷۹/۳	۵۴۱	خیر	
۳۸/۴	۲۶۱	بلی	استفاده از نمکدان سر سفره
۶۱/۶	۴۱۹	خیر	
درصد	فراوانی	وضعیت	فعالیت جسمانی
۷۱/۹	۴۴۶	ندارد	فعالیت جسمانی
۲۸/۱	۱۷۴	مطلوب(حداقل نیم ساعت پیاده روی در روز)	
درصد	فراوانی	وضعیت	سوء مصرف مواد
۹۸/۵	۶۶۹	ندارد	استعمال دخانیات
۱/۵	۱۰	دارد	
۹۹/۶	۶۷۷	ندارد	الکل و مواد مخدر
۰/۴	۳	دارد	

بوده است. همچنین در خصوص فعالیت های بدنی، تنها ۲۸٪ آنان فعالیت های خود را مطلوب دانسته اند. مصرف دخانیات، الکل و سوء مصرف مواد نیز قابل توجه نبوده است. نمودار ۱، نمایه توده بدنی در گروه های مختلف سنی را نشان می دهد. جدول ۴ رابطه ی متغیرهای دموگرافیکی و اندازه توده بدنی خام شرکت کنندگان را نشان می دهد.

بر اساس یافته های جدول ۳، شرکت کنندگان در این مطالعه گرچه درصد بالایی از شرکت کنندگان برخی مواد غذایی مورد نیاز مانند میوه(۷۳٪)، لبنیات(۷۰٪) و گوشت سفید(۸۲/۸٪) مصرف نموده اند، اما درخصوص عادات غذایی ضعف هایی نیز وجود داشت. به طوری که مصرف سوسیس و کالباس(۷۳/۷٪)، نوشابه گازدار(۲۵/۸٪)، روغن جامد(۲۰/۷٪) و نمک نیز(۳۸/۴۸٪)

جدول ۴: مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	ضریب / ملاک آزمون	سطح معنی داری
سن	$I= ۰/۸۶$	۰/۰۰۸

۰/۴۲۶	F= ۱/۰۲	تحصیلات
۰/۹۸۶	F= ۰/۷۲	شغل
۰/۲۳۳	F= ۱/۱۱	وضعیت تاهل
۰/۰۳۰	r= ۰/۱۴	تعداد فرزندان

مردان بوده و چاقی شکمی در زنان (۶۷/۲) بیش از مردان (۳۳/۰) گزارش شده است که با سن افزایش می یابد (۲۹).

در این مطالعه سن با نمایه توده بدنی رابطه ی معنی داری داشت. با بررسی نمایه توده بدنی در گروه های سنی، مشخص شد که روند آن در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال کمی کاهش و سپس افزایش یافت. این روند با مطالعه ی احمد نیا و همکاران در سال ۱۳۸۲ در زنجان قدری متفاوت بود. در این مطالعه شیوع چاقی با افزایش سن، افزایش یافته و در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴/۹ سال به حداکثر مقدار خود رسیده است (۳۰). به نظر می رسد افزایش چاقی در سنین بالاتر به دلیل تحرک کمتر یا افزایش میزان کالری دریافتی آنان و در مجموع سبک زندگی آنان باشد. همچنین در این مطالعه میان تحصیلات و نمایه توده بدنی رابطه معنی داری مشاهده نشد که یافته های ما با یافته های Tucker و Newby متفاوت می باشد (۳۱). در مطالعه ی عزیزی و همکاران نیز میانگین توده بدنی در زنان ۲۷/۵ و بیش از مردان گزارش شده است (۲۹). تحقیقات مشخص کرده است که شیوع چاقی، شاخص توده بدنی بالا و چاقی شکمی از جمله عوامل اصلی خطر در بروز بیماری های قلبی در جمعیت ایرانی است که با تغییر سریع در سبک زندگی از جمله تغییر عادات غذایی و افزایش فراهمی و دسترسی به غذاهای فرآوری شده و چرب، همراه با کاهش فعالیت بدنی می باشد و پیش بینی می شود که در آینده ی نزدیک این تغییرات به افزایش شیوع چاقی، بی تحرکی بیشتر و در نتیجه موج فزاینده ی ابتلا به بیماریهای مزمن را به دنبال داشته باشد. در این مطالعه ضعف هایی نیز در خصوص عادات تغذیه ای زنان شاغل مشاهده شد. بیش از نیمی از آن ها مصرف سبزی را در حد نامطلوب ذکر نموده اند. حدود ۴۰٪ افراد در طول هفته مصرف ماهی نداشته و حدود ۲۶٪ سوسیس و کالباس و نزدیک به یک چهارم شرکت کنندگان نوشابه ی گازدار مصرف می کردند. قریب به ۲۰٪ افراد، روغن جامد مصرف نموده اند و حدود ۴۰٪ عنوان داشته اند که بر سر سفره شان نمکدان وجود داشته است. با وجود آن که عادات تغذیه ای مصرف سبزی (۴۷٪)، میوه (۷۳٪)، لبنیات (۷۰٪) و گوشت سفید (۸۲/۸٪)، در حد نسبتاً قابل ملاحظه و خوب گزارش شده است، ولی میزان مصرف نوشابه، کالباس و نمک اضافی، نشان دهنده ی نقاط ضعف

بر اساس یافته های جدول ۴، سن با اندازه ی خام نمایه توده بدنی ارتباط مثبت و معنی دار دارد (p-value=0.008). میان سایر متغیرهای دموگرافیکی از جمله تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان با اندازه ی توده ی بدنی ارتباط معنی داری وجود ندارد (p-value>۰/۰۵).

در این مطالعه همچنین، با بررسی نمایه توده بدنی در گروه های سنی، این شاخص در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴/۹ ساله ۲۵/۹۳ بوده، سپس در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴/۹ به ۲۵/۳۷ کاهش، در گروه سنی ۴۵ تا ۵۴/۹ به ۲۶/۲۰ و در نهایت در گروه سنی ۵۵-۶۴/۹ به بالاترین حد خود (۲۷/۱۸) می رسد.

بحث

این پژوهش، با هدف شناخت سبک زندگی زنان شاغل با ارزیابی شاخص های تن سنجی، وضعیت تغذیه، فعالیت فیزیکی و مصرف مواد و دخانیات انجام شده است. یافته های این مطالعه نشان می دهد که ۵۰/۷٪ شرکت کنندگان دارای وزن مناسب بوده و کمتر از نیمی از آن ها اضافه وزن یا چاقی داشته اند. در مجموع یافته های تن سنجی زنان شاغل از وضعیت مطلوب فاصله دارد. یافته های پژوهش حاضر با یافته های بهرامی و همکاران، بر اساس داده های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ استان گلستان، که نمایه توده بدنی ۲۵/۳ بود، مطابقت دارد (۲۳). اما بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت این میزان از متوسط نمایه توده بدنی زنان در کشورهای آمریکایی و اروپایی و برخی کشورهای آمریکای لاتین بیشتر است (۲۴). در مطالعه ی عباس زاده و همکاران در سال ۲۰۱۲ در ایران (۲۵) و سال ۲۰۰۸ استقامتی و همکاران در ۲۷۵۲ نمونه زن و مرد جامعه ایرانی (۲۶) نیز شاخص دور کمر به ترتیب برابر ۹۱ و ۸۵/۵ به دست آمده که قدری بالاتر است. این امر شاید به دلیل شاغل بودن نمونه مطالعه می باشد که ممکن است این اختلاف به دلیل فعالیت بیشتر جسمی این زنان باشد. در این مطالعه، در مجموع ۴۲٪ زنان دارای چاقی شکمی بوده اند. مطالعات نشان داده اند که شیوع چاقی شکمی محدوده ای بین ۵۴/۵ تا ۶۳/۷ درصد در زنان ایرانی را به خود اختصاص می دهد (۲۷ و ۲۸). در مطالعه عزیزی و همکاران در تهران در فاصله سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱، نیز شیوع چاقی در زنان بیش از دو برابر



موجود در عادات غذایی این گروه نمونه زنان است که باید برای اصلاح آن ها برنامه ریزی کرد. به علاوه، این وضعیت منطبق بر الگوی غذایی ایرانی که مشتمل بر سیب زمینی، چای، غلات سبوس دار، روغن جامد، حبوبات، و مایع است که ترکیباتی از الگوی غذایی غربی از جمله نوشابه های گازدار و فست فودها اضافه شده است. در مطالعه ی بختیاری و همکاران در بابل نیز به طور کلی سطح الگوی مصرف غذایی خانم های باردار یعنی استفاده از مقادیر مناسب گروه های مختلف غذایی در حد متوسط برآورده شده است (۱۸). در مطالعه ی حمزه و همکاران در کرمانشاه در سال ۱۳۹۰، ۷۶/۶٪ افراد شرکت کننده امتیاز لازم برای مصرف صحیح مواد غذایی را کسب نکردند (۱۹). الگوی غذایی هر فرد بیانگر رفتار تغذیه ای افراد بوده و در نتیجه می تواند اطلاعات بیشتری در مورد علل مشکلات تغذیه ای و بیماری های مزمن فراهم کند (۳۱). بنابراین توسعه ی فرهنگ تهیه و تغذیه با غذای سالم و برنامه های آموزشی سلامت و اتخاذ الگوی صحیح پخت و مصرف مواد غذایی می تواند علاوه بر پیشگیری از بیماری ها از بروز چاقی نیز که خود زمینه ساز بیماری های گوناگون در زنان بوده، جلوگیری نماید. بهترین استراتژی برای جلوگیری از چاقی حمایت از سبک زندگی سالم است؛ روشی که از طریق آن بر تعادل رژیم غذایی سالم، مصرف بیشتر سبزی، میوه، فعالیت بدنی کافی و منظم، انجام ورزش های هوازی و حفظ وزن ایده آل تاکید می گردد. در این راستا بر آموزش جامعه در ارتقای فرهنگ سلامت، تهیه و مصرف غذای سالم، تاکید بر ترویج تحرک بدنی بیشتر و سبک زندگی سالم با گروه هدف زنان مورد تاکید می گردد.

در خصوص فعالیت های بدنی، تنها ۲۸٪ افراد فعالیت های خود را مطلوب دانسته اند. در مطالعه ی حمزه و همکاران نیز ۴۷٪ از پاسخ دهندگان، فعالیت بدنی سبک داشتند، هرچند ارتباطی معنی دار میان فعالیت بدنی و متغیرهای ترکیب بدن یافت نشد (۱۹). در مطالعه ی استاد رحیمی و ضرغامی در تبریز در سال ۸۳-۸۲ نیز تنها ۲۷/۲٪ زنان برنامه ی ورزشی منظم داشته اند (۳۲). فعالیت فیزیکی به ویژه ورزش های هوازی، یکی از راه های موثر مدیریت وزن در دراز مدت به شمار می رود که علاوه بر تناسب وزن فواید سلامتی زیادی دارند از جمله: کاهش خطر توسعه بیماری هایی مانند دیابت (۳۳). فعالیت بدنی یک مسئله جنسیتی است، زیرا بستر زندگی و نقش های متعدد خانوادگی و اجتماعی زنان می تواند بر روی توانایی و تمایل آن ها برای شرکت در فعالیت بدنی منظم تأثیر بگذارند. زنان برای انجام و عادت به فعالیت فیزیکی منظم، با موانع زیادی از جمله:

مسئولیت مراقبت از فرزندان و دیگر اعضای خانواده، تصویر بدن و ادراکات ایمنی روبرو هستند (۳۴).

بنابراین با توجه به نقش های جنسیتی آنان لازم است که تغییرات مناسبی در سطح جامعه به لحاظ فرهنگی، اجتماعی و سیاسی اتفاق بیفتد تا زنان قادر باشند ضمن غلبه بر این موانع، فعالیت های خود را افزایش داده و سلامتی خود را حفظ نمایند. ایجاد محیط های مناسب برای فعالیت و ورزش، استفاده از روش های حمل و نقل فعال مانند پیاده روی و استفاده از دوچرخه و نیز فعالیت های محل کار را می توان در نظر گرفت. در این خصوص اتخاذ استراتژی هایی جهت حذف محدودیت های فعالیت فیزیکی بانوان، فراهم نمودن تسهیلات مخصوص و مورد نیاز آنان، ایجاد فرهنگ ترویج و تشویق به ورزش ضروری می باشد.

در این مطالعه، تنها ۱/۵٪ افراد مصرف دخانیات داشته و تنها سه نفر از آن ها سوء مصرف الکل و مواد داشته اند. یافته های ما با مطالعه ی بهرامی و همکاران (۳۵)، صرافزادگان و همکاران در اصفهان سال ۲۰۰۴ (۳۶) و مطالعه ی عزیززی و همکاران (۲۹) مطابقت دارد که در آنها به ترتیب تنها ۲/۲ و ۱/۳ و ۲/۱ درصد خانم ها مصرف دخانیات داشته اند، اما با مطالعه ی مرکز ملی آمار بهداشتی آمریکا که ۲۰٪ بوده سازگار نیست (۳۷). شیوع کلی استعمال سیگار در میان زنان در جهان ۱۲٪ است که این میزان در زنان کشورهای توسعه یافته ۲۵٪، در مقایسه با ۷٪ برای زنان کشورهای در حال توسعه می باشد (۳۸). در جامعه ی ما دلیل این امر باورهای فرهنگی و مذهبی زنان ایرانی است که به مصرف دخانیات برای بانوان، نگرش منفی وجود دارد. گرچه با افزایش روند مصرف دخانیات به ویژه در دختران ۱۳ تا ۱۹ ساله نگرانی هایی وجود دارد (۳۱). در این راستا، لازم است برنامه های پیشگیری لازم برای این گروه سنی و نیز پایش آنان از سوی خانواده ها، مدارس، ستاد مبارزه با مصرف مواد مخدر و سایر دست اندکاران اتخاذ گردد. در مجموع، این مطالعه حاکی از آن است که با توجه به شاخص های تن سنجی و سبک زندگی، سلامت زنان شاغل در معرض آسیب پذیری و بروز بیماری های مزمن و متابولیک قرار دارد و به تدارک برنامه های پیشگیری و درمانی برای کنترل مشکلات سلامتی ناشی از آن در جمعیت زنان نیاز است.

دستیابی و حفظ رژیم غذایی سالم برای زنان به خصوص بعد از یائسگی می تواند آنان را در برابر چاقی مرکزی محافظت کند (۳۹). به همین ترتیب حفظ سطح بالای فعالیت فیزیکی در طول زمان با عملکرد بهتر اندام های حرکتی همراه است.

با استفاده از چک لیست های معتبر می تواند داده های معتبری برای تصمیم گیران حوزه ی سلامت فراهم آورده تا بر اساس آن اقدامات و پیگیری های موثری صورت دهند. توسعه و ترویج برنامه غذایی سالم با استفاده از الگوی غذای ایرانی پرفیبر، کم چربی و کم نمک و فاصله گرفتن از الگوهای غربی با ارزش غذایی پایین و ناسالم، می تواند موثر واقع شود. همزمان می توان راهبردهایی برای افزایش فعالیت فیزیکی بانوان به کار بست؛ از جمله: ایجاد محیط های مناسب ورزشی و ترویج ورزش همگانی، استفاده از روش های حمل و نقل فعال مانند پیاده روی و استفاده از دوچرخه و نیز فعالیت های محل کار. شایان ذکر است برطرف کردن موانع فعالیت آنان و نیز ایجاد فرصت های برابر و حتی بیشتر ضروری به نظر می رسد. یکی دیگر از راه های ارتقای سلامت بانوان و داشتن سبک زندگی سالم، پرهیز از مصرف دخانیات و مواد با ایجاد برنامه های فرهنگی و مشاوره ای و نیز تقویت و حمایت از بنیان خانواده می باشد.

با توجه به نتایج این مطالعه، اهمیت روز افزون ارتقای آگاهی ها و سواد سلامت به ویژه در جمعیت زنان درباره ی سبک زندگی سالم بسیار مورد تأکید است. با این ویژگی که بهبود شیوه ی زندگی زنان نه تنها بر سلامت آنان بلکه بر سلامت خانواده و جامعه نیز تأثیر خواهد گذاشت؛ زیرا زنان در گسترش فرهنگ سلامت نقش بی بدیلی را ایفا می نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری مسئولان وقت دفتر سلامت میان سالان وزارت بهداشت، معاونت درمان دانشگاه و دفتر امور زنان دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان های شریعتی و یاس (میرزا کوچک خان قدیم) و همچنین مرکز بهداشت جنوب دانشگاه تهران و نیز کلیه شرکت کنندگانی که داوطلبانه در این مطالعه شرکت کردند، سپاسگزاریم.

یافته های ما همراستا با دیدگاهی است که فعالیت فیزیکی معمولی نقش مهمی در حفظ وضعیت عملکردی در هنگام پیری در زنان دارد (۴۰). بنابراین اتخاذ رویکرد سبک زندگی سالم می تواند کیفیت زندگی بهتری برای بانوان در ادامه زندگی به ارمغان آورد.

محدودیت مطالعه حاضر این بود که شرکت کنندگان، زنان شاغل عمدتاً با تحصیلات دانشگاهی و ساکن شهر تهران بوده اند که اکثراً در محدوده سنی ۲۵-۶۵ قرار داشته اند. بنابراین در تصمیم یافته های این مطالعه به عموم جامعه ی زنان شاغل باید احتیاط نمود. به علاوه شرکت کنندگان در این مطالعه به صورت داوطلبانه مشارکت داشته اند که ممکن است افراد دارای بیماری یا شرایط خاص تمایلی برای شرکت در مطالعه نداشته اند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این مطالعه، می توان گفت که سبک زندگی زنان شاغل در مجموع با وضعیت مطلوب فاصله داشته و نیازمند اقدام در جهت بهبود می باشد. درصد قابل توجهی از زنان، دارای اضافه وزن و یا چاقی شکمی بوده، ضعف هایی در وضعیت تغذیه ای داشته و درصدی از آنان نیز فعالیت فیزیکی مطلوب نداشته اند. این ها علایم هشدار دهنده ای است که ممکن است ناشی از تغییرات در شیوه ی زندگی زنان، تغییر در الگوهای غذایی و یا کمی تحرک بدنی به واسطه صنعتی شدن و زندگی شهرنشینی باشد. اضافه وزن و چاقی، از عوامل خطر پیشرو برای بیماری های عمده ی غیرواگیر هستند که می تواند پیامدهایی مانند فشار خون بالا و افزایش چربی خون، بیماری عروق کرونر قلب، سکته ی قلبی، دیابت نوع دو، انواع خاصی از سرطان را در جمعیت زنان به همراه داشته باشد.

استقرار برنامه های پیش وضعیت سلامت زنان از جمله کنترل روند شاخص های تن سنجی و وضعیت تندرستی آنان

منابع

1. Lahelma E, Arber S, Kivela K & Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: The influence of socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine* 2002; 54(5): 727-40.
2. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA & Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine* 2002; 54(5): 783-98.
3. Van der Wilk EA & Jansen J. Lifestyle-related risks: Are trends in Europe converging? *Public Health* 2005; 119(1): 55-66.
4. Ghassemi H, Harrison G & Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. *Public Health and Nutrition* 2002; 5(1): 149-55.
5. Mack KA & Ahluwalia IB. Observations from the CDC: Monitoring women's health in the United States: Selected chronic disease indicators, 1991-2001 BRFSS. *Journal of Women's Health (Larchmt)* 2003; 12(4): 309-14.



6. Coutinho T, Goel K, de Sá DC, Carter RE, Hodge DO, Kragelund C, et al. Combining body mass index with measures of central obesity in the assessment of mortality in subjects with coronary disease role of “normal weight central obesity”. *Journal of the American College of Cardiology* 2013; 61(5): 553-60.
7. Imamura F, Jacques PF, Herrington DM, Dallal GE & Lichtenstein AH. Adherence to 2005 dietary guidelines for Americans is associated with a reduced progression of coronary artery atherosclerosis in women with established coronary artery disease. *The American Journal of clinical nutrition* 2009; 90(1): 193-201.
8. Wells JC, Treleaven P & Cole TJ. BMI compared with 3-dimensional body shape: The UK national sizing survey. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2007; 85(2): 419-25.
9. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. Body weight and mortality among women. *New England Journal of Medicine* 1995; 333(11): 677-85.
10. Lin JD, Chiou WK, Weng HF, Tsai YH & Liu TH. Comparison of three dimensional anthropometric body surface scanning to waist-hip ratio and body mass index in correlation with metabolic risk factors. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002; 55(8): 757- 66.
11. Aghamollai T. Principles of health services. Tehran: Andisheh Rafie; 2005: 146[Book in Persian].
12. Malekzadeh R, Mohamadnejad M, Merat S, Pourshams A & Etemadi A. Obesity pandemic: An Iranian perspective. *Archives of Iranian Medicine* 2005; 8(1) : 1-7.
13. Mullerova D, Matejkova D, Brazdova Z & Kovarova K. Comparison of dietary habits in obese and thin women using the food frequency questionnaire. *Sbornik Lekarsky* 2002; 103(4): 495-8.
14. Azadbakht L, Mirmiran P, Shiva N & Azizi F. General obesity and central adiposity in a representative sample of Tehranian adults: Prevalence and determinants. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research* 2005, 75(4): 297-304.
15. World Health Organisation. Physical activity. Available at: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>. 2009.
16. Firdaus M, Mathew MK & Wright J. Health promotion in older adults: The role of lifestyle in the metabolic syndrome. *Geriatrics* 2006; 61(2): 18-22.
17. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update: Consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular disease. *Circulation* 2002; 106(3): 338-91.
18. Bakhtiari A, Sajjadi P & Hajian K. The evaluation of food intake in pregnant women referring to health centers in Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2007; 9(2): 31-7[Article in Persian].
19. Hamzeh B, Izadi N, Pasdar Y & Niazi P. Dietary habits of overweight and obese women at reproductive age. *Daneshvar Journal* 2011; 19(97): 8[Article in Persian].
20. Iranian Ministry of Health. Middle-aged health department. Iranian women's health checklist (SABA). Available at: <http://mboh.umsha.ac.ir/uploads/form%20sabt%20moragebat.pdf>. 2014.
21. NCEP. Third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III) final report. *Circulation* 2002; 106(25): 3143-421.
22. Abate N, Garg A, Peshock RM, Stray-Gundersen J & Grundy SM. Relationships of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men. *Journal of Clinical Investigation* 1995; 96(1): 88-98.
23. Bahrami H, Sadatsafavi M, Pourshams A, Kamangar F, Nouraei M, Semnani S, et al. Obesity and hypertension in an Iranian cohort study; Iranian women experience higher rates of obesity and hypertension than American women. *BMC Public Health* 2006; 6(1): 158.
24. Farley DM, Choi J, Dudley DJ, Li C, Jenkins SL, Myatt L, et al. Placental amino acid transport and placental leptin resistance in pregnancies complicated by maternal obesity. *Placenta* 2010; 31(8): 718-24.

25. Abbaszadeh SA, Kashani H, Forouzanfar MH, Meybodi HA, Larijani B, Aalaa M, et al. Waist circumference, weight, and body mass index of iranians based on national non-communicable disease risk factors surveillance. *Iranian Journal of Public Health* 2012; 41(4): 35.
26. Esteghamati A, Ashraf H, Rashidi A & Meysamie A. Waist circumference cutoff points for the diagnosis of metabolic syndrome in Iranian adults. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008; 82(1): 104-7.
27. 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* 2007; 15(11): 2797-2808.
28. Kelishadi R, Alikhani S, Delavari A, Alaedini F, Safaie A & Hojatzadeh E. Obesity and associated lifestyle behaviours in Iran: Findings from the first national non-communicable disease risk factor surveillance survey. *Public Health Nutrition* 2008; 11(3): 246-51.
29. 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 (phase 1). *Sozial-und Präventivmedizin* 2002, 47(6): 408-26.
30. Ahmadnia E, Emamghole Khooshehcheen T, Ahmadnia H & Falakalafake B. An investigation about anthropometric indicator for inhabitants of Zanjan in comparison with NCHS standards. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2010; 18(71): 70-80[Article in Persian].
31. Newby PK & Tucker KL. Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: A review. *Nutrition Reviews* 2004; 62(5): 177-203.
32. Ostadrahimi A & Zarghami N. The level of serum lipoprotein (A) and its relationship with the status and dietary habits in women AT reproductive age. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2009; 31(3): 7-12[Article in Persian].
33. Wei M, Gibbons LW, Mitchell TL, Kampert JB, Lee CD & Blair SN. The association between cardiorespiratory fitness and impaired fasting glucose and type 2 diabetes mellitus in men. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130(2): 89-96.
34. Yeats B. Women and physical activity: Gender impact assessment. Available at: http://whv.org.au/static/files/assets/5cdddc1f/Women_and_physical_activity_GIA.pdf. 2010.
35. Bahrami H, Sadatsafavi M, Pourshams A, Kamangar F, Nouraei M, Semnani S, et al. Obesity and hypertension in an Iranian cohort study; Iranian women experience higher rates of obesity and hypertension than American women. *BMC Public Health* 2006; 6(1): 158.
36. Sarrafzadegan N, Boshtam M, Shahrokhi S, Naderi GA, Asgary S, Shahparian M, et al. Tobacco use among Iranian men, women and adolescents. *The European Journal of Public Health* 2004; 14(1): 76-8.
37. U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2004. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/health/us04trend.pdf#069>. 2005.
38. Halimi L, Haghdoost AA & Alizadeh SM. Prevalence of cigarette smoking among Iranian women: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2013; 27(3): 132[Article in Persian].
39. Cespedes Feliciano EM, Tinker L, Manson JE, Allison M, Rohan T, Zaslavsky O, et al. Change in dietary patterns and change in waist circumference and DXA trunk fat among postmenopausal women. *Obesity* 2016; 24(10): 2176-84.
40. Laddu DR, Wertheim BC, Garcia DO, Brunner R, Groessl E, Shadyab AH, et al. Associations between self-reported physical activity and physical performance measures over time in postmenopausal women: The women's health initiative. *Journal of the American Geriatrics Society* 2017; 65(10): 1373-634.

Healthy Lifestyle and Anthropometric Measurements among Employed Women: The Women's Health Initiative

Ahmadi Batoul¹ (Ph.D.) - Azmal Mohammad² (Ph.D.) - Janani Leila³ (Ph.D.) - Bayatrizi Mahtab⁴ (M.S.) - Nooghani Fatemeh⁵ (Ph.D.)

1 Associate Professor, Health Economics and Management Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Ph.D. in Health Services Management, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

3 Assistant Professor, Biostatistics Department, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Ph.D. Candidate in Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

5 Assistant Professor, Psychiatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received: Sep 2016

Accepted: Jan 2017

Background and Aim: The cornerstone of primary prevention is adopting a healthy lifestyle including abstaining from smoking, maintaining appropriate body weight and appropriate eating habits. The aim of the study was to clarify anthropometric and healthy lifestyles measurements among the working women.

Materials and Methods: The cross sectional study was conducted in 2014. A total of 682 working women at TUMS voluntarily participated in this study. The data collecting tool was Women's Health initiative checklist (SABA) consisted of two parts anthropometric and lifestyle indices, were developed and validated by MOHME. Descriptive and analytic statistics was used for analyzing data.

Results: Most of the participants were on a diet (%88.1) in the past year. In general, women did not have satisfactory healthy eating habits. Vegetable consumption was only 47/6% and 52% took soft drinks and ate fast foods. Regarding physical activity only 28% of women had proper physical activities. Data for Body Mass Index (BMI) showed that less than half of them were overweight or obese, and 42% with central obesity.

Conclusion: According to findings of this study. Anthropometric indices and lifestyle for working women is far from satisfactory condition and make potential risks for their health, which needs to be improved. Establishing training programs and facilities for women to adopt healthy lifestyle including eating habits, and daily physical activity, not only can promote their health, but also improves their personal, family and social performances along with enhancing public health culture.

Keywords: Anthropometric Measurements, Healthy Lifestyle, Women's Health

* Corresponding Author:

Ahmadi B;

Email:

ahmadiba@tums.ac.ir