

# تأثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد سلامتی بر شناخت مادران دانش آموزان پسر درباره چاقی کودکانشان: مدارس ابتدایی منطقه ۱۷ شهر تهران

فرید عبادی فرد آذر<sup>۱</sup> / مهناز صلحی<sup>۲</sup> / امیر پاکپور حاجی آقا<sup>۳</sup> / میرسعید یکانی نژاد<sup>۴</sup>

## چکیده

**مقدمه:** با توجه به شیوع بالای چاقی در کودکان، پیشگیری، و کنترل آن؛ نقش شناخت مادران بر رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده کودکان، اهمیت بسزایی دارد. چون یکی از بهترین مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌ها به ویژه چاقی، مدل اعتقاد سلامتی (Health Belief Model) می‌باشد، هدف این پژوهش بکارگیری مدل اعتقاد سلامتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده از بیماری چاقی در مادران کودکان چاق منطقه ۱۷ شهر تهران در سال ۱۳۸۶ بود.

**روش بررسی:** این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی است. از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از دبستان‌های پسرانه منطقه ۱۷ شهر تهران ۱۰۰ دانش آموز ۵ دبستان، که نمایه توده بدن آنان بالاتر از مقدار استاندارد برای سن و جنس بود، انتخاب شدند. دانش آموزان به طور تصادفی به دو گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. روش گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴۰ سؤال در ۷ قسمت دموگرافیک، ابعاد مدل اعتقاد سلامتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و نیز راهنمای عمل) بود. این پرسشنامه توسط مادران دانش آموزان تکمیل شد. بعد از تکمیل پرسشنامه، مداخله آموزشی برای گروه تجربی بر اساس مدل اعتقاد سلامتی در ۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای انجام؛ و ۲ هفته بعد نیز اطلاعات، مجدداً گردآوری شد. برای مقایسه میانگین نمرات ابعاد مدل اعتقاد سلامتی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها از آزمون آنالیز کوواریانس و برای مقایسه میانگین نمرات ابعاد مدل اعتقاد سلامتی با عوامل دموگرافیک از آزمون مجذور کای استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی مادران گروه‌های تجربی و شاهد به ترتیب ۳۲/۲ و ۳۲/۲ سال و میانگین سن کودکان آنان در گروه تجربی ۹/۹۴ سال و در گروه شاهد ۹/۱۲ سال بود. مشخصات دموگرافیک بین دو گروه تجربی و شاهد تفاوت معنی‌دار نداشت. میانگین نمره حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی قبل از مداخله آموزشی ضعیف بود. بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمرات حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی در گروه تجربی در مقایسه با گروه شاهد افزایش معنی‌دار یافت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۱۱ درصد مادران کودکان چاق در هر دو گروه قبل از آموزش معتقد بودند که کودکان آنها چاق نیستند. ولی ۸۲/۳ درصد از مادران (گروه مورد) که قبل از آموزش اعتقادی به چاقی کودکانشان نداشتند پس از آموزش می‌دانستند که کودکان آنها چاق هستند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این بررسی تأثیر و کارایی مدل اعتقاد سلامتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده در مادران کودکان چاق را تأیید می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** چاقی کودکان، آموزش بهداشت، مدل اعتقاد سلامتی، شناخت مادران

◇ وصول مقاله: ۸۷/۲/۲۵، اصلاح نهایی: ۸۷/۴/۱، پذیرش نهایی: ۸۷/۸/۲۶

## مقدمه

با پیشرفت علم و فناوری و به موازات آن کنترل بیماری های واگیر، بیماری های غیرواگیر ظهور و بروز بیشتری پیدا نموده اند. عادات نامطلوب شیوه زندگی کودکان و نوجوانان به ویژه کم تحرکی علاوه بر اینکه تهدیدی برای سلامتی این گروه آسیب پذیر تلقی می شود، کشور را در معرض خطر اپیدمی بیماری عروقی - قلبی، دیابت، پوکی استخوان، اختلالات روانشناسی و حتی برخی بدخیمی ها قرار می دهد. یکی از مهمترین عوامل بروز این گروه از بیماری ها چاقی است که خود معلول متعددی از جمله عادات نامناسب غذایی و کاهش فعالیت فیزیکی می باشد. [۱] در سال های اخیر شیوع چاقی به طور مشخصی در کشورهای صنعتی و غیرصنعتی افزایش یافته است و با توجه به شروع ناخوشی های وابسته به چاقی از سنین پایین و شیوع بالای آن، تقاضا برای سیستم های ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یافته است به طوری که چاقی به عنوان یک مشکل تغذیه ای شایع بین کودکان در ایالات متحده می باشد و تخمین زده شده است که ۱۵ درصد از بچه های ۱۱-۶ ساله در ایالات متحده اضافه وزن دارند. [۲] شیوع چاقی کودکان همچنین در بسیاری از قسمت های مختلف جهان در سال های اخیر مشکل بزرگی است که محدود به کشورهای پیشرفته و صنعتی نیست و در کشورهای جهان سوم نیز دیده می شود. در مطالعه ای که روی کودکان چینی انجام شد، شیوع چاقی در سال ۱۹۹۸، ۵ درصد بود و این میزان در سال ۱۹۸۶ به ۲/۱ درصد رسیده بود. [۳] همچنین بعضی از مقایسه ها نشان می دهد که شیوع چاقی در کشورهای آسیایی در گروه هایی با وضعیت اقتصادی اجتماعی مناسب شبیه ایالات متحده و دیگر کشورهای پیشرفته می باشد. [۳] درصد چاقی در کشور ایران به طور کلی ۱۵ درصد بیان شده است. [۴] طبق مطالعه ای که توسط کلیشادی در سال ۱۹۹۳ و ۱۹۹۹ در شهر اصفهان انجام شد، شیوع چاقی در دختران و پسران ۱۲-۶ ساله شهر اصفهان در سال ۱۹۹۳، ۰/۲ درصد و در سال ۱۹۹۹، ۰/۳۵ درصد بود. بروز اضافه وزن در همین گروه از ۴ درصد در سال ۱۹۹۳ به ۸ درصد در سال ۱۹۹۹ افزایش پیدا کرد. [۵]

درستی و همکاران در سال ۲۰۰۲، شیوع چاقی را در ۴۳۱۵ کودک ۲ تا ۵ ساله ایرانی اندازه گیری کردند که ۶/۴ درصد کودکان ۲ تا ۳ ساله و ۸ درصد کودکان ۴ تا ۵ ساله چاق بودند و با افزایش سن شیوع چاقی نیز در کودکان افزایش داشت. [۶] اسلامی نیز در سال ۱۳۸۰، شیوع چاقی را در دانش آموزان دبستانی مناطق ۳ و ۱۹ تهران، ۱۰/۵ درصد برآورد کرد. [۷] در بررسی قند و لیپید تهران که بر روی ۱۵۴۱ پسر و ۱۷۲۴ دختر ۱۹-۱۰ ساله تهران در سال های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۰ انجام گرفت، بر اساس شاخص نمایه توده بدن ۶/۹ درصد از پسران و ۴ درصد از دختران چاق بودند. [۸] چاقی کودکان سبب بروز مشکلات پزشکی در کودکی و بزرگسالی شده و تمایل به پایداری داشته که در این صورت چاقی مزمن شناخته می شود و خطرهای متعددی برای سلامتی فرد در بزرگسالی ایجاد خواهد کرد. چاقی متوسط تا شدید می تواند باعث هیپرلیپیدمی، بلوغ زودرس، آپنه انسدادی، پانکراتیت، بیماری های کیسه صفرا، دیابت نوع ۲، هایپرتانسیون و سندرم تخمدان پلی کیستیک شود. مسأله ایی مهمتر اینکه چاقی کودکان می تواند در طولانی مدت سیستم قلبی - عروقی را درگیر کند. [۹] مطالعه هانسان داده اند که آرتو اسکروزیس که یک علت اصلی برای بیماری های قلبی - عروقی است به اوایل کودکی بر می گردد و عوامل خطرزای آرتواسکلروزیس در کودکان چاق پیدا شده است که سطح لیپید سرم بالا و فشار خون بالا داشته اند. [۱۰] علاوه بر مشکلات جسمی، کودکان چاق از مشکلات روانی و اجتماعی مانند: تحصیلات پایین تر، اضطراب، دوستان کمتر، منزوی شدن کاهش اعتماد به نفس و تحقیر شدن توسط دوستان و هم کلاسی ها رنج می برند. در مطالعه ایی که توسط ویلیامز در سال ۲۰۰۵ انجام شد مشخص گردید، چاقی و اضافه وزن کودکان بر کیفیت زندگی آنها اثر می گذارد و کیفیت زندگی آنها را کاهش می دهد. [۱۱] اضافه وزن در دوران کودکی می تواند ناشی از چند عامل باشد: از جمله عادات غذایی و فعالیت نامناسب الگوی فعالیت و عادات غذایی در کودکی شکل می گیرد و تحت تأثیر عملکرد والدین و محیط خانواده است. [۱۲] از آنجایی که بسیاری از بیماری های سال های اولیه زندگی و

کودکان توسط پژوهشگر اندازه گیری شد. به این ترتیب که همگی بایک ترازوی مشخص و کنترل شده و با حداقل لباس و بدون کفش، وزن شدند. سپس قد آنها اندازه گیری شد. از آنجا که رایج ترین روش مورد استفاده برای اندازه گیری وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان نمایه توده بدنی است و همچنین در کارگاهی که به همت انجمن بین المللی چاقی در سال ۱۹۹۹ برپا شد نتیجه گرفته شد که نمایه توده بدنی معیار قابل قبولی جهت بیان چاقی در کودکان و نوجوانان است، از این معیار استفاده شد و نمایه توده بدنی آنها محاسبه گردید. افرادی که نمایه توده بدنی آنها با توجه به سن و جنس بالاتر از استاندارد بود به عنوان کودکان دارای اضافه وزن یا چاق به حساب آمدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که توسط مادران تکمیل گردید.

پرسشنامه مشتمل بر ۴۰ سؤال در ۷ قسمت مشخصات دموگرافیک (۸ سؤال)، ۳۲ سؤال ابعاد مدل اعتقاد سلامتی (شامل حساسیت (۵ سؤال)، شدت (۷ سؤال)، موانع درک شده (۷ سؤال)، منافع درک شده (۵ سؤال)، خود کارآمدی (۶ سؤال) و راهنمای عمل (۲ سؤال)]. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد بدین طریق که پرسشنامه از طریق کتب، نشریات و مقالات تهیه گردید و سپس محتوای آن توسط ۱۰ تن از اساتید صاحب نظر در این حوزه مورد مطالعه و ارزشیابی گردید و پس از جمع آوری اطلاعات و نظرات، تغییرات و اصلاحات لازم در آن داده شد و مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز از طریق آزمون مجدد، بررسی و تعیین شد، به این صورت که پرسشنامه توسط ۱۰ مادر دارای کودک چاق (به غیر از گروه های شرکت کننده در مطالعه) تکمیل و پس از یک هفته مجدداً پرسشنامه ها به همان افراد داده شده و هر نوبت با اطمینان ۹۰ درصد تطبیق داده شد و اشکالات آن نیز برطرف شد (آزمون آلفا کرانباخ). مقیاس در نظر گرفته شده برای تجزیه و تحلیل داده ها در رابطه با سؤال های ابعاد مدل اعتقاد سلامتی نمره ای از ۲۰ بود که برای سؤال های ابعاد مدل اعتقاد سلامتی از مقیاس نگرش سنج ۴ گزینه ای لیکرت استفاده شد.

دوران کودکی و نوجوانی بر تمام طول عمر تأثیر دارد و الگوهای فراگرفته شده در طی کودکی در تمام عمر بر سبک زندگی مؤثر است، می توان با شناخت عوامل چاقی و حذف یا کاهش آنها و همچنین تقویت الگوهای صحیح زندگی از طریق آموزش الگوهای صحیح تغذیه و فعالیت با این پدیده مقابله کرد و از میزان بروز آن کاست. متخصصان برای پیشگیری و درمان چاقی در کودکان، قبل از هر اقدامی باید درک والدین را در مورد چاقی کودکانشان، همچنین اطلاعات و آگاهی آنها در مورد خطرات سلامتی مربوط به چاقی، بررسی کنند. [۱۳] شواهد نشان می دهد که بعضی از والدین معتقدند بچه های چاق و تپل از نظر سلامتی وضعیت بهتری دارند. تا زمانی که والدین اعتقادی به چاقی و اضافه وزن بچه هایشان ندارند در هیچ کدام از برنامه های تنظیمی برای درمان چاقی شرکت فعال ندارند و درمان کودکان آنها با شکست مواجه می شود و گاهی می تواند باعث بدتر شدن وضعیت کودکان آنها شود. از آنجا که پیشگیری و درمان چاقی در کودکان منوط به همکاری والدین و هماهنگی آنها با درمانگر است و این خود مستلزم آگاهی و درک واقعی والدین از چاقی می باشد. [۱۴] همان گونه که ذکر گردید عوارض ناشی از چاقی در ابعاد گسترده فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متجلی می گردد لذا در این مطالعه به دلیل آنکه مدل اعتقاد سلامتی یکی از مؤثرترین مدل ها در روانشناسی اجتماعی، جهت تعیین رفتارهای مربوط به سلامت بوده و در سطح وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است، از مدل اعتقاد سلامتی استفاده گردید.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می باشد. جامعه پژوهش شامل مادران کودکان پسر چاق دبستانی مدارس ابتدایی منطقه ۱۷ شهر تهران بودند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند. در این بررسی، روش کار بدین گونه بود که ابتدا به روش چند مرحله ای، ۵ مدرسه ابتدایی در منطقه ۱۷ انتخاب شد. سپس با ارائه معرفی نامه و رعایت تمامی ملاحظات به مدارس مراجعه و وزن و قد کلیه

## یافته ها

میانگین سنی گروه مورد و شاهد به ترتیب ۳۳/۲ و ۳۲/۲ سال و میانگین سن کودکان آنها در گروه مورد ۹/۹۴ سال و در گروه شاهد ۹/۱۲ سال بود.

با توصیف داده های گردآوری شده در این پژوهش علاوه بر مشخصات دموگرافیک هر دو گروه مورد و شاهد (جدول ۱) یافته ها نشان دادند که هیچ گونه اختلاف معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد از لحاظ تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، شغل مادر، شغل پدر، رتبه تولد، تعداد فرزندان وجود ندارد.

نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که ۱۱ درصد از مادران کودکان چاق در هر دو گروه قبل از آموزش، نسبت به چاقی کودکانشان درک غیرواقعی داشتند و معتقد نبودند که کودکانشان چاق اند یا اضافه وزن دارند (جدول ۲). همچنین ۸۳/۳ درصد از گروه مورد بعد از آموزش، متقاعد شدند که کودکانشان اضافه وزن دارند و برای کنترل وزن آنها باید اقدامی کنند. به عبارت دیگر نسبت به چاقی

قبل از انجام مداخله آموزشی، پرسشنامه مذکور در هر دو گروه تکمیل و سپس مداخله مدنظر برای گروه مورد شامل برگزاری ۲ جلسه ای آموزشی به صورت های سخنرانی، پرسش و پاسخ و نشان دادن نمودار به دلایل زیر انتخاب و اجرا شد: روش سخنرانی به دلیل صرفه جویی در وقت و منابع و امکانات، پرسش تعداد زیادی از فراگیران و ارائه مطالب زیاد تئوریک در یک جلسه همچنین ایجاد احساس امنیت و مفید بودن در فراگیران انتخاب شد. روش پرسش و پاسخ بیشتر به منظور مشارکت فراگیران در جریان یادگیری بکار برده شد. هر جلسه ۳۰ دقیقه بود.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS برای مقایسه میانگین نمره ابعاد مدل اعتقاد سلامتی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه با هم از آزمون آنالیز کوواریانس و برای مقایسه میانگین نمره ابعاد مدل اعتقاد سلامتی با متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای دو استفاده گردید.

جدول ۱: توزیع مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب رتبه تولد، تعداد فرزندان، تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر و پدر

مشخصات دموگرافیک	گروهها		مورد		شاهد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
رتبه تولد دانش آموز	۱	۲۳	۱۹	۴۶	۳۸	۴۲	۴۲	۴۲
	۲	۱۶	۲۰	۳۲	۴۰	۳۶	۳۶	۳۶
	۳ و بیشتر از آن	۱۱	۱۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
تعداد فرزندان	۲ و کمتر از آن	۳۲	۶۴	۳۲	۶۶	۶۵	۶۶	۶۶
	بیشتر از ۲	۱۸	۳۶	۱۷	۳۴	۳۵	۳۵	۳۵
تحصیلات مادر	بی سواد و ابتدایی	۲۶	۵۲	۱۵	۳۰	۴۱	۴۱	۴۱
	سیکل	۱۳	۲۶	۱۷	۳۴	۳۰	۳۰	۳۰
	دیپلم و بالاتر از دیپلم	۱۱	۲۲	۱۸	۳۶	۲۹	۲۹	۲۹
تحصیلات پدر	بی سواد و ابتدایی	۲۰	۴۰	۱۹	۳۸	۳۹	۳۹	۳۹
	سیکل	۱۶	۳۲	۱۶	۳۲	۳۲	۳۲	۳۲
	دیپلم و بالاتر از دیپلم	۱۴	۲۸	۱۵	۳۰	۲۹	۲۹	۲۹
شغل پدر	کارگر	۱۶	۳۲	۱۰	۲۰	۲۶	۲۶	۲۶
	کارمند	۱۲	۲۴	۱۵	۳۰	۲۷	۲۷	۲۷
	آزاد	۱۹	۳۸	۱۹	۳۸	۳۸	۳۸	۳۸
	بیکار	۳	۶	۶	۱۲	۹	۹	۹
شغل مادر	خانه دار	۴۷	۹۴	۴۶	۹۲	۹۳	۹۳	۹۳
	شاغل	۳	۶	۴	۸	۷	۷	۷

**جدول ۲: توزیع فراوانی درک مادر نسبت چاقی کودکش قبل و بعد از آموزش در دو گروه مورد و شاهد**

گروه‌ها	نظر مادر			قبل از آموزش			بعد از آموزش		
	چاق است	چاق نیست	بی‌اطلاع	جمع	چاق است	چاق نیست	بی‌اطلاع	جمع	
مورد	تعداد	۳۷	۶	۷	۴۸	۲	۰	۵۰	
	درصد	۷۴	۱۲	۱۴	۹۶	۴	۰	۱۰۰	
شاهد	تعداد	۳۹	۵	۶	۳۹	۵	۶	۵۰	
	درصد	۷۸	۱۰	۱۲	۷۸	۱۰	۱۲	۱۰۰	

$P < 0.001$   $DF = 4$

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که در مورد ابعاد مدل اعتقاد سلامتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی) قبل و بعد از آموزش بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ( $P < 0.001$ ). به طوری که در تمام ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی، قبل و بعد از آموزش بین مورد و شاهد نتیجه آزمون آنالیز کوواریانس  $P < 0.001$  است. (جدول ۳).

کودکانشان درک واقعی پیدا کردند در حالی که در گروه شاهد بعد از آموزش ۲۲ درصد از مادران درک غیرواقعی نسبت به چاقی داشتند که هیچ تغییری در مرحله پس از آزمون بوجود نیامد. با استفاده از آزمون مجذور کای دو ارتباط معنی داری نسبت به درک چاقی کودک توسط مادر در گروه مورد قبل و بعد از آموزش مشاهده گردید ( $P < 0.001$ )، (جدول ۲).

### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش مقایسه میانگین نمرات ادراکات مربوط به حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی مادران دانش آموزان در دو گروه مورد و شاهد صورت گرفت. در این مقایسه که بر حسب متغیرهای سن، رتبه تولد، تعداد فرزندان، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شغل مادر انجام شده بود هیچ نوع اختلاف معنی داری وجود نداشت.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که ۵۹ درصد از مادران دانش آموزان چاق در هر دو گروه اطلاعات درباره چاقی کودکان نداشتند. در ارتباط با مهمترین راهنمای عمل نیز نتایج نشان داد که تلویزیون (۳۳ درصد) مهمترین راهنما برای عمل در مادران هر دو گروه است و پزشک (۲۳ درصد)، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی (۱۰ درصد)، اقوام و آشنایان (۸ درصد)، روزنامه و مجله (۷ درصد)، کتاب (۵ درصد) و ضعیف ترین راهنما برای عمل استفاده از اینترنت (۳ درصد) بود.

**جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات حساسیت، شدت، منافع، موانع خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مورد و شاهد**

F	P-value	بعد از آموزش		قبل از آموزش		شاخص	گروه
		میانگین (Mean)	انحراف معیار (SD)	میانگین (Mean)	انحراف معیار (SD)		
۲۲۶/۶۲۵	$P < 0.001$	۱۲/۳۳	۳/۴	۴/۷۴	۷/۵۰	مورد	حساسیت درک شده
		۸/۵۹	۲/۲	۲/۴	۸/۷۶	شاهد	
۴۶۳/۸۰۳	$P < 0.001$	۱۳/۹۳	۲/۲۹	۲/۹۶	۱۱/۴۸	مورد	شدت درک شده
		۱۳/۴۹	۲/۳۷	۲/۳۸	۱۳/۴۸	شاهد	
۷۹۹/۶۷۶	$P < 0.001$	۱۵/۹۰	۲/۴۶	۲/۹۱	۱۳/۱۶	مورد	منافع درک شده
		۱۴/۱۰	۳/۵۱	۳/۵	۱۴/۱۲	شاهد	
۲۶۷/۷۹۶	$P < 0.001$	۱۳/۵۰	۲/۷۲	۲/۹۴	۱۰/۳۰	مورد	موانع درک شده
		۱۱/۷۰	۳/۱۱	۳/۱۳	۱۱/۶۸	شاهد	
۱۹۱/۴۳۱	$P < 0.001$	۱۴/۱۰	۲/۱۵	۲/۷۱	۱۰/۷۰	مورد	خودکارآمدی
		۱۲/۳۰	۳/۰۸	۳/۰۶	۱۲/۲۸	شاهد	



عوامل مختلفی از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، قومی و نژادی می‌تواند در درک والدین از چاقی بچه‌ها مؤثر باشد. به نظر می‌رسد که بعضی از والدین درجه‌ای از چاقی را برای کودکان قابل قبول می‌دانند و آن را نشان دهنده سلامت و طول عمر کودکان می‌دانند. به همین دلیل اگر کودکان آن‌ها تا حدودی اضافه وزن دارد هیچ اقدامی برای کنترل وزن آنها انجام نمی‌دهند و احتمالاً اختلافی که بین درصد افراد با درک غیر واقعی در این مطالعه و مطالعه دیگر بوده است، مربوط به عوامل فرهنگی و نژادی باشد.

همچنین نتایج آزمون آنالیز کوواریانس (ANCOVA) میان میانگین نمرات ادراکات مربوط به حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی مادران دانش آموزان نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود داشت ( $P < 0.001$ ).

در مطالعه‌ای که توسط Kartal و همکاران در کشور ترکیه انجام گرفت، در رابطه با پایایی و روایی پرسشنامه مدل اعتقاد سلامتی مشخص گردید آموزش در خصوص چاقی باعث افزایش نمرات اجزاء مدل اعتقاد سلامتی می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر مشابه تحقیق kartal می‌باشد که افزایش معنی‌داری در اجزاء مدل اعتقاد سلامتی بعد از برنامه آموزشی مشهود است. [۱۸]

در مطالعه‌ای که توسط Ottis Elliott انجام گرفت مشخص گردید که در افرادی که آموزش از طریق رسانه در ارتباط با کنترل چاقی شان می‌دیدند خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده، موانع درک شده و همچنین کیفیت زندگی بهتری نسبت به کسانی که هیچ آموزشی نمی‌دیدند داشتند. [۱۹]

در تحقیقی که توسط فرشته آیین در سال ۱۳۷۹ در شهرکرد انجام گرفت، مشخص گردید که آموزش به طور مؤثری توانسته است نگرش والدین دانش آموزان را در مورد نحوه رفتار با کودک مثبت کند. [۲۰]

در مطالعه‌ای که توسط Miller و همکاران به منظور پیشگیری و کنترل چاقی در کودکان انجام پذیرفت،

در مطالعه‌ای که توسط نسرين اکبری و همکاران تحت عنوان بررسی درک والدین کودکان ۶ تا ۱۲ ساله چاق نسبت به چاقی کودکانشان و تأثیر آموزش بر آن انجام شد بین جنس کودک، شغل و تحصیلات مادر با درک مادر نسبت به چاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. [۱۵]

در مطالعه‌ای که توسط Campbel و همکاران انجام گرفت بین متغیرهای دموگرافیک و ادراک مادر هیچ ارتباطی مشاهده نشد. [۱۷]

این در حالی است که مطالعه‌ای که توسط Amy E و همکاران انجام گرفته، مشخص شده است که سطح تحصیلات پایین مادر با درک کمتر او از چاقی کودک در ارتباط بوده است و چاقی بیشتر کودکان در مادران با تحصیلات پایین تر دیده می‌شود همچنین بچه‌های این افراد بیشتر چاق بودند. [۱۶]

شاید بتوان اظهار داشت علت اینکه بین سطح تحصیلات مادر و درک او نسبت به چاقی کودک ارتباط وجود نداشته است، نداشتن آگاهی کافی مادران در زمینه تخصصی سلامتی و چاقی و تأثیر قوی عوامل فرهنگی در آنهاست.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از بین ۵۰ نفر از مادران کودکان چاق، ۱۱ درصد از آنها قبل از آموزش، نسبت به چاقی کودکانشان درک غیر واقعی داشتند و اعتقادی به چاقی کودکانشان نداشتند در این رابطه مطالعه‌ای توسط مایرز در سال ۲۰۰۰ در اسپانیا انجام شد مشخص گردید که از بین ۲۰۰ نفر مادران کودکان چاق در سن قبل از مدرسه، ۳۵/۵ درصد از والدین به چاقی بچه‌شان اعتقاد نداشتند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داده است که ۱۷/۷ درصد از کارکنان پرستاری نیز اظهار داشته‌اند که بچه‌ها چاق نیستند و این درک آنها بر اساس ظاهر بچه‌ها بوده است. [۱]

در مطالعه دیگری که توسط Amy E در سال ۲۰۰۰ انجام گرفت، مشخص گردید که از بین ۳۰۰ نفر از مادران کودکان چاق، ۷۹ درصد از مادران به اضافه وزن بچه‌های چاقشان اعتقاد نداشتند، در حالی که تقریباً همه مادران چاق معتقد بودند که خودشان اضافه وزن دارند. [۱۶]

## References

1. Myers S, Vargas Z. Parental Perceptions of the Preschool Obese Child. *Pediatr Nurs* 2000; 26: 29-30.
2. Ogden CL, Flegal KM. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288:1728-32.
3. Parizkova J, Hills AP. Childhood obesity prevention and treatment. Boca Raton, FL: CRC Press 2000.
4. Anonymous. [No title]. *Journal of Population and Science* 2000; 1:2-14. [Persian]
5. Kelishadi R, Hashemipour M, Sarraf-Zadegan N, Amiri M. trend of atherosclerosis risk factors in children of Isfahan. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2001; 9:36-40.
6. Dorosty AR, Siassi F, Reilly JJ. Obesity in Iranian Children. *BMJ* 2002; 87:388-91.
7. Eslami M. [Assessment prevalence obesity and associated factors in elementary students and comparison pattern of consumption nourishment in obesity samples in two districts of Tehran (19, 3)] [M.Sc. Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2002. [Persian]
8. Azizi F, Allahverdian S. Dietary factors and body mass index in a group of Iranian adolescents: Tehran lipid and glucose study. *International Journal of Vitamins Nutrition* 2001; 71: 123-7.
9. Hassan MK, Joshi AV, Madhavan SS, Amonkar MM. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1227-32.
10. Kiess W, Reich A, Muller G, Meyer K, Galler A, Bennek J, et al. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence--diagnosis, treatment and prevention. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25 (Suppl 1): S75-9.
11. Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA* 2005; 293: 70-6.

مشخص گردید که آموزش از طریق مدل اعتقاد سلامتی باعث افزایش حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع و منافع درک شده و در نهایت خودکارآمدی کودکان مبتلا به چاقی شده است. [۲۱]

هدف بسیاری از حرف بهداشتی مثل حرفه آموزش بهداشت بیشتر ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری است تا درمان آن، آموزش بهداشت یک عامل تغییر در ارائه مراقبت در سطوح اول و دوم و سوم پیشگیری است.

از آنجا که چاقی در کودکان امروز، مؤکد کیفیت پایین زندگی در بزرگسالان فردا و نیاز به صرف هزینه های بالاتر پزشکی در آینده خواهد بود و تشخیص چاقی در کودکی یکی از اصول طب پیشگیری اطفال در جهت پیشگیری از مشکلات عاطفی و اجتماعی و فیزیکی است. بنابراین یکی از وظایف مهم حرفه های بهداشتی و درمانی، پیشگیری از چاقی در کودکان است که برای دستیابی به این هدف مشارکت فعال والدین لازم و ضروری است و والدین برای اینکه بتوانند در این زمینه مشارکت فعال داشته باشند باید در مورد وزن مطلوب برای کودکشان و عواملی که باعث می شود کودک اضافه وزن پیدا کند آگاهی لازم را کسب کنند که این کار جز از طریق اجرای برنامه های آموزشی فردی و گروهی در جهت بالا بردن آگاهی و ادراکات والدین ممکن نیست. بنابراین با انجام این بررسی، تأثیر و کارایی مدل اعتقاد سلامتی بر ادراکات مادران کودکان چاق درباره پیشگیری و کنترل چاقی کودکان تأیید شد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری مسئولین آموزش و پرورش، مدیران، معاونین و معلمان دبستان های منطقه ۱۷ شهر تهران به ویژه آقای مجید سحربران و همچنین از دانش آموزان و والدین آنها قدردانی می نمایند.

Efficacy, Health Belief Model, Resources, and Advocacy. Ambulatory Pediatrics 2005; 5: 157.

12. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obes Res* 2003; 11: 1362-8.

13. Afzal MN, Naveed M. Childhood obesity and Pakistan. *Coll Physicians Surg Pak* 2004; 14(3): 189-92.

14. Baur LA. Treatment of childhood obesity. *Aust Prescr* 2003; 26: 30-2.

15. Akbari N, Frozandeh N, Delaram M, Rahimi M. [Assessment of Perceptions obese mother's students elementary schools into their obesity children and impact education on it]. *Iranian Journal of Endocrine and Metabolism* 2006; 3:241-8. [Persian]

16. Amy E, Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal Perceptions of Overweight Preschool Children. *Pediatrics* 2000; 106: 1380-6.

17. Campbell MW, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Med J Aust* 2006; 184: 274-7.

18. Kartala A, Altug-Ozsoyb S. Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in obese patients. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 1447-58.

19. Elliott JO, Jacobson MP, Seals BF. Self-efficacy, health beliefs, quality of life in obese patients. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 9: 478-91.

20. Aein F, Delaram M, Frozandeh N, Deris F. [Assessment parent's attitudes of high school students girls about behavioral technique with children and impact education on changing their attitude in Shahrekord]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2001; 1:75-83. [Persian]

21. Perrin EM, Kori B, Flower MS, Garrett J, Ammerman AS. Preventing and Treating Obesity: Pediatricians' Self-





# ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب؛ ارائه الگو برای ایران

ایرج کریمی<sup>۱</sup> / امیر اشکان نصیری پور<sup>۲</sup> / محمدرضا ملکی<sup>۳</sup> / هادی مخترع<sup>۴</sup>

## چکیده

**مقدمه:** محدودیت منابع مالی، اکثر نظام‌های سلامت جهان را در زمینه کیفیت خدمات، کارایی و اثربخشی و عدالت با چالش‌های گوناگونی مواجه ساخته است. برای برخورد با این مقوله، دولت‌ها از روش‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت گوناگون استفاده می‌کنند.

**روش بررسی:** در این پژوهش توصیفی - تطبیقی، شیوه‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در بخش سلامت ۱۲ کشور استرالیا، انگلیس، آمریکا، ترکیه، سوئد، نروژ، ژاپن، هلند، کانادا، دانمارک، فرانسه و آلمان مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس سازوکارهای مشترک، مورد عمل در کشورهای فوق، الگویی برای ایران طراحی شده، و اعتبار آن با نظر سنجی از خبرگان به روش دلفی محرز گردید.

**یافته‌ها:** در کشورهای مورد مطالعه تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اغلب به شکل بودجه تخصیصی و به صورت کلی و سالانه انجام می‌گیرد. ملاک تخصیص به خصوص در بخش هزینه‌های جاری بر اساس کیفیت خدمات، هزینه خدمات و سطح عملکرد است. در این کشورها نظام مصوب محاسبه قیمت خدمات بر اساس برآورد هزینه است و نظام‌های پرداخت در سطح اول بیشتر بر اساس سرانه و کارانه بوده و در سایر سطوح بر اساس نظام سطح بندی به صورت کارانه می‌باشد. آزمون آماری مقایسه یک نسبت به نسبت جامعه معیار، معنی دار بودن نتایج را در کل تأیید کرد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به پایین بودن تولید ناخالص داخلی ایران و سهم کم بخش سلامت از آن، جهت تأمین مالی واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت در سطح اول، پرداخت بر اساس ترکیب کارانه و سرانه توصیه می‌شود. در سایر سطوح ارائه خدمات چنانچه پرداخت به شیوه کارانه باشد با تخصیص غیرمستقیم منابع مالی به مؤسسات ارائه‌کننده خدمات سلامت (از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه) و یکسان‌سازی تعرفه مابین بخش خصوصی و دولتی کارایی اثربخشی و رعایت عدالت در نظام سلامت ارتقاء می‌یابد.

**کلید واژه‌ها:** تأمین منابع مالی، نظام‌های پرداخت، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بخش سلامت

◇ وصول مقاله: ۸۷/۴/۱۵، اصلاح نهایی: ۸۷/۱۰/۸، پذیرش نهایی: ۸۷/۱۲/۱۸

- ۱- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
  - ۲- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
  - ۳- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
  - ۴- دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
- نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات