بررسی عوامل موثر بر شیوع چاقی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام، ۱۳۸۳

مصیب مظفري[۱]، صغری نصرتی[۲]، گیتی پورمنصور[۲]، مهدی رضایی[۲]

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۸۵/۲/۱۵

چکیده

مقدمه : شیوع چاقي در سالیان اخیر و به خصوص در کشورهاي در حال توسعه، افزایش چشمگیری یافته است. چاقی از آن جهت اهمیت دارد که می تواند سبب بیماری های قلبی، دیابت، فشار خون بالا، ناهنجاری های زنان و زایمان و عوارض بسیار دیگری گردد. این مطالعه به منظور تعیین شیوع چاقی و اضافه وزن، تعیین الگوی تحرک و الگوی تغذیه ای در زنان ایلام انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی۴۲۰ نفر خانم ۴۹-۱۵ ساله متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری ایلام در سال ۱۳۸۳ به روش دو مرحله ای خوشه ای- تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه حاوی اطلاعات فردی و فعالیت های روزانه، پرسشنامه استاندارد بلاک جمع آوری گردید. قد، وزن، دور کمر، دور باسن، ضخامت چین پوستی سه سر بازو، ضخامت چین پوستی پهلو اندازه گیری گردید. داده ها برحسب ضرایب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و آزمون تی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش: شیوع چاقی عمومی و اضافه وزن بر حسب نمایه توده بدنی برابر ۲۲/۳% و ۴۸/۵% و شیوع چاقی مرکزی بر حسب ضخامت چین پوستی برابر ۱۶/۴% بود.۵۱/۴% دارای دور کمر بالاتر از ۰/۸۵ (به عنوان عدد بحرانی) بودند .مصرف میوه و سبزی با میانگین۲۲۰ گرم روزانه در محدوده پایین دامنه جهانی قرار داشت. ۳۱/۲% دارای رژیم غذایی پرچرب و ۶۳/۶ % دارای رژیم کم فیبر بودند و ۳۹/۲% از الگوی کم تحرک برخوردار بودند. شاخص تودهٔ بدنی دارای همبستگی معنی دار مستقیم (P<۰/۰۰۱) با سن (r=%۳۸/۳) و الگوی تغذیه پر چرب (r=%٤٦) و همبستگی معنی دار معکوس (P<۰/۰۰۱) با تحصیلات(r=%۲۹)، تحرک (r= -%۵۷) و الگوی تغذیه پرفیبر (r= -%٤۲) بود. بین سن و شاخص مصرف میوه و سبزی همبستگی معنی دار معکوس (P<۰/۰۰۵،r=%20) دیده شد.

نتیجه گیری نهایی: افزایش شیوع چاقی و اثرات آن، بهبود رفتار های تغذیه ای و بهبود الگوی تحرک از طریق اجرای راهبرد های جمعیتی و راهبرد گروه های در معرض خطر را ضروری می سازد.

واژه های کلیدی: نمایه توده بدنی، ضخامت چین پوستی، چاقی

۱- عضو هیات علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایلام- نویسنده مسوول

۲- کارشناسان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایلام

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

مقدمه

تعيين چاقي و افزايش وزن يك جنبه مهم از طب پيشگيري و سلامت اجتماعي است، زيرا چاقي مانعي براي سلامت فيزيكي، رواني و اجتماعي بوده و زمينه‌ساز بيماريها و اختلالات جدی تري به شمار مي‌رود (۱). چاقي در ساليان اخير و به خصوص در كشورهاي در حال توسعه افزايش يافته است. آمار منتشر شده از طرح سلامت و بيماري سال ۱۳۷۸ وزارت بهداشت و درمان نشان داد كه در گروه سني ۱۵ سال به بالا شيوع اضافه وزن و چاقي در استان ايلام به ترتيب برابر ۲۰/۹% و ۶/۳% می باشد و اين ميزان در كشور به ترتيب برابر ۲۵/۲% و ۱۰/۳% بود(۲). همان آمار نشان مي‌دهد شيوع اضافه وزن و چاقي در زنان بالای ۱۵ سال ساكن در استان ايلام نسبت به مردان بيشتر بود (۲۴/۴% در برابر ۱۷% براي اضافه وزن و ۹/۸% در برابر ۲/۳% براي چاقي). نتايج اكثر مطالعات نيز حاكی از آن است كه ميزان چاقی و اضافه وزن در زنان بيش از مردان است. به طور كلي اين آمار نشان مي‌هد كه ميزان چاقي در كشور رو به افزايش است، به طوريكه هم اكنون بيماري هاي قلب و عروق در صدر عوامل مرگ و مير قرار گرفته اند. ۲۹/۷% از كل مرگ ها ناشي از بيماري هاي قلبي و ۱۸/۶% از مرگ هاي قلبي ناشي از انفاركتوس ميوكارد و بيماري هاي ايسكميك مي‌باشند(۲). از طرفي سن شيوع بيماري هاي ايسكميك، ديابت و فشارخون به عنوان شايع ترين عوارض چاقي نيز كاهش يافته است و نتيجه آن درگير شدن گروه هاي سني فعال و بارور جامعه، افزايش سال هاي عمر از دست رفته، كاهش كيفيت زندگي، افزايش هزينه‌هاي زندگي، صرف هزينه‌هاي بهداشتي و كاهش توليد و اثرات ثانويه آن است.

سبك زندگي و مؤلفه‌هاي متعدد آن، خواسته يا ناخواسته زمينه‌ساز بروز چاقي است. زندگي ماشيني، خستگي ناشي از كارهاي دوشيفته و بيشتر، الگوهاي غيرفيزيولوژيك شغل نظير شب‌كاري، كار ۲۴ ساعته، عدم فرصت و يا تمايل كافي براي ورزش، بي‌تحركي، وابستگي به اغذيه آماده كه حاوي مقادير بالاي چربي و كالري هستند، كاهش تنوع دريافت‌هاي غذايي نظير رژيم‌هاي پرچرب يا پركربوهيدرات، عوامل تربيتي و فرهنگي نظير استفاده از شيرخشك، استفاده از شيشه شير براي تغذيه، تراكم رفتارهاي ساكن در افراد نظير كار با كامپيوتر، تماشاي مفرط تلويزيون و .... همگي از جمله زمينه‌هاي بروز چاقي اكتسابي است(۳).

كشورهاي در حال توسعه، از نظر شيوع چاقي در رتبه‌هاي پايين تري نسبت به كشورهاي توسعه يافته قرار دارند، اما رشد چاقي در ساليان اخير در آنها بسيار سريع بوده است. درحالي كه در كشورهاي توسعه يافته رشد چاقي كاهش و در برخي موارد (بلژيك- فرانسه) رشد منفي داشته است (۴). يكي از دلايل اين رشد سريع، اثر دوران گذار بر جمعيت است. دوران گذار در حقيقت تغييرات اقتصاد سنتي به اقتصاد مدرن و گسترش تكنولوژي است. مشخصة اين تغييرات، افزايش رفاه عمومی و اجتماعي ناشي از افزايش توليد، سرانه ملي، درآمد ناخالص، صادرات و سرمايه در گردش است و رفاه اجتماعي باعث مصرف گرايي، تمايل به مصرف فرآورده‌هاي غذايي گران تر (پروتئين- چربي)، ماشينی شدن زندگی و كاهش تحرك مي‌گردد(۴). بديهي است اگر در بستر توسعه اقتصادي اجتماعي، آموزش بهداشت و سبك زندگي سالم فراموش گردد، چاقي به عنوان يك پيامد توسعه، به معضلي بزرگ تبديل خواهد شد.

گرچه تاكنون مطالعات متعددي راجع به شيوع چاقي و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است، اما گروه سني زنان ۴۹-۱۵ ساله كمتر مورد بررسي قرار گرفته اند، اين گروه سني از زنان علاوه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

بر اینکه خود در معرض چاقي و عوارض آن قرار دارند، به دليل آنکه بالقوه و بالفعل مادر محسوب مي‌شوند، سلامت نوزادان آنان و تربيت نسل سالم و تندرست نيز مدنظر قرار مي‌گيرد.
هدف از انجام اين مطالعه تعيين شيوع چاقي (مركزي و عمومي) در اين گروه سني، بررسي الگوي تغذيه‌اي و بررسي الگوي تحرك در آنان است.

مواد و روش‌ها

اين پژوهش يك مطالعه توصيفي- تحليلي بود كه به صورت مقطعي انجام گرديد. تعداد ۴۲۵ نفر زن ۴۹-۱۵ ساله متاهل تحت پوشش برنامه خدمات بهداشتي درماني كه به پايگاه ها و درمانگاه هاي شهر ايلام مراجعه می کردند مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گيري به صورت تصادفي خوشه‌اي بود و از هر مرکز بهداشتی درمانی به عنوان يك خوشه برحسب سهمية مشخص شده، نمونه لازم به صورت تصادفي انتخاب گرديد. در مجموع از هر مرکزبهداشتی درمانی۳۰ نفر و از هر پايگاه بهداشتی درمانی ۴۰ نفر انتخاب گرديد.

زنان غيرباردار و زنان بارداری که کمتر از ۳ ماه از حاملگی آنها گذشته بود در مطالعه پذيرفته شدند. هم چنين در صورت داشتن كودك شيرخوار، سن كودك بيش از ۶ ماه بوده و حداقل يك ماه از آغاز تغذيه تكميلي گذشته بود. زنان مورد مطالعه فاقد بيماري شناخته شده مؤثر نظير بيماري هاي قلبي عروقي- كليوي، COPD، متابوليك و ديابت بوده و دارو های مربوط به تيروئيد و دخانيات مصرف نمی کردند.
براي گردآوري داده‌ها از ابزارهای زير استفاده گرديد:
۱- كوليس هارپندن جهت اندازه‌گيري ضخامت چين‌هاي پوستي
۲- ترازوي عقربه‌اي براي اندازه‌گيري وزن. اين ترازو دقيقاً با چند ترازوي معتبر ديجيتالي و عقربه‌اي مقايسه و اعتماد آن تأييد گرديد. پس از هر ۱۰ بار استفاده با يک وزنه استاندارد صحت اندازه گيری ترازو مجدداً ارزيابی گرديد. وزن کشی بدون کفش و لباس های اضافه انجام گرديد.
۳- پرسشنامه ای شامل سوالاتی در خصوص وضعيت دموگرافيك و الگوي تحرك و شيردهی.
۴- الگوي تغذيه‌اي (شامل الگوي مصرف فيبر و سبزيجات، الگوي مصرف چربي ها و گوشت ها)، با استفاده از پرسشنامه غربال گری بلاك كه يك پرسشنامه استاندارد و معتبر مي‌باشد، اندازه گيري گرديد (۵).
اين پرسشنامه شامل:
الف- شاخص مصرف فيبر، سبزی و ميوه جات ب- شاخص مصرف چربي ها و انواع گوشت ها بود(۵).
بخش الف دارای ۹ آيتم و بخش ب دارای ۱۴ آيتم و هر آيتم بر حسب دفعات مصرف در دوره زمانی خاصی (هفته ، ماه ،...) از کم به زياد امتياز دهی شد(۵-۰). نمره هر شخص حاصل مجموع جبری امتيازات آيتم ها و تفسير نمرات به شرح زير بود:
الف) در شاخص گوشت و چربی ها:
بيش از ۲۷ = رژيم غذايی پر چرب
۲۷-۲۵ = رژيم غذايی کمی پرچرب
۲۴-۲۲ = رژيم معمولی که می توان چربی آن را کاهش داد.
۲۱-۱۸= صاحب اين نمره انتخاب های بهتری از ميان غذا های کم چرب انجام می دهد.
۱۷وکمتر= صاحب اين نمره بهترين انتخاب را از ميان غذا های کم چرب انجام می دهد. اين نمره برای اين ابزار غربال گری ايده آل است .
ب) در شاخص مصرف فيبر،سبزی و ميوه:
نمره۳۰ و بيشتر = امتياز ايده آل
۲۹-۲۰= استفاده بيشتر از ميوه و سبزی توصيه می شود.
کمتر از ۲۰= رژيم کم فيبر است و احتمالاً مواد مغذی آن اندک است.
۵- از نوارمتر پلاستيکی جهت تعيين دور باسن و دورکمر استفاده شد. اين نوارمتر پس از هر۱۰۰ مورد اندازه‌گيري

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

مجدداً از نظر طول با ابزار استاندارد مقایسه گردید، تا هر گونه تغییر احتمالي از نظر دور نماند.
۶- برای اندازه گیری قد، از قد سنج متصل به ترازوی عقربه ای استفاده شد (standiometer). قد بدون کفش و در حالت کاملاً قائم به صورتی که پشت سر، باسن، پشت ساق پا و پاشنه، با متر فلزی متصل به ترازو تماس داشته باشد، اندازه گیری گردید.
در این مطالعه نمایه توده بدنی بالاي kg/m^2 ۳۰، یا ضخامت چین پوستي بیش از ۶۰mm یا نسبت دور کمر به باسن بیش از ۰/۸۵ متر ملاك هاي چاقي تعیین گردیدند.
نمایه توده بدني kg/m^2 ۲۹/۹-۲۵یا ضخامت چین پوستي ۶۰mm-۴۰ نشان دهنده اضافه وزن تعیین شدند. ضمناً دور کمر cm ۸۸-۸۰ برای زنان به عنوان سطح عمل ۲ (نیاز به پیشگیری از افزایش به سطوح بیشتر) و دور کمر cm ۸۸ و بیشتر به عنوان سطح عمل ۱ (نیاز به کاهش دور کمر) تعیین گردید. دور کمر کمتر از cm ۸۰ طبیعی تلقی شد.
نمایه توده بدني حاصل تقسیم وزن(kg) بر قد به توان ۲ برحسب متر مي باشد، مقادیر کمتر از kg/m^2 ۲۰ نشان دهنده کمبود وزن، مقادیر kg/m^2 ۲۵- ۲۰ نشان دهنده میزان طبیعی، مقادیر kg/m^2 ۲۹/۹- ۲۵ و مقادیر بالاي kg/m^2 ۳۰ به ترتیب نشانه اضافه وزن و چاقی هستند. ضخامت چین پوستي حاصل جمع چین‌هاي پوستي عضله سه سر بازو و چین پهلوها مي‌باشد.
چك لیست‌هاي تغذیه‌اي توسط افراد مورد مطالعه و در صورت بیسواد بودن با انجام مصاحبه تکمیل شدند. شاخص‌هاي تن سنجي توسط دو نفر از محققین همجنس اندازه گیري گردیدند. پرسشنامه نیز توسط افراد مورد مطالعه و در صورت بي سواد بودن با انجام مصاحبه تکمیل شدند. نمونه‌گیری در هر مرکز بهداشتي درماني طي ۲ بار در دو روز هفته انجام گردید و هر بار نیمي از سهمیه مشخص شده آن مرکز انتخاب گردید.
اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از ضرایب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و آزمون تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته هاي پژوهش

بر حسب نتایج، گروه سنی ۳۴-۲۵ سال با ۴۳/۳% دارای بیشترین فراوانی و گروه سنی ۴۹-۳۵ سال با ۷/۳۸% دارای کمترین فراوانی بودند. خانم های دارای تحصیلات دیپلم با ۳۱/۷% دارای بیشترین فراوانی بودند. گروه دارای قد ۱۷۱-۱۶۳ سانتی متر به میزان ۳۱/۳% و گروه با وزن ۷۰- ۶۱ کیلو گرم به میزان ۴۷/۴% دارای بیشترین فراوانی بودند.۷۶/۶% نمونه ها ورزش معینی انجام نمی دادند، ۳۹/۳% دارای تحرک روزانه کمتر از ۱ ساعت و ۴۵/۲% دارای تحرک بین ۲-۱ ساعت در روز بودند.۳۶/۶% دارای دور کمر بیش از ۸۸ سانتی متر و ۵۲/۴% دارای دور کمر به باسن بیش از ۰/۸۵ بودند. ۴۸/۵% دارای نمایه توده بدنی kg/m^2 ۲۹/۹۹-۲۵ (اضافه وزن) و۶۳/۶% دارای رژیم کم فیبر و۳۱/۲% دارای رژیم غذایی پر چرب بودند .

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

جدول ۱ : شاخص های آماري زنان ۴۹-۱۵ ساله مورد مطالعه برحسب سن، وزن، مصرف چربي، مصرف فيبر، ميوه و سبزي، اندكس توده بدني، مجموع ضخامت چين‌هاي پوستي و نسبت كمر به باسن

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
سن (سال)	۳۲/۱۳	۸	۴۹	۱۷
وزن (کیلوگرم)	۷۱/۵۶	۱۲	۱۰۷	۴۷
قد (سانتیمتر)	۱۶۳/۵	۷/۲۶	۱۸۲	۱۴۲
شاخص مصرف چربی و گوشت (بدون واحد)	۲۱/۳۱	۶/۷۲	۴۶	۲
شاخص مصرف میوه، فیبر و سبزی	۱۸/۷۷	۴/۹۵	۳۲	۳
اندکس توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۶/۷۵	۴/۱۴	۴۳/۱	۱۶/۲۲
نسبت کمر به باسن (متر)	۰/۸۵	۰/۰۷۵	۱/۲۶	۰/۵۶
ضخامت چین های پوستی (میلی متر)	۴۳/۳۸	۱۷/۷۲	۹۸	۳
دو کمر (سانتیمتر)	۸۴	۱۱/۴۳	۱۲۰	۵۸

جدول ۲: ماتريكس همبستگي بين متغيرهاي پژوهش در زنان ۴۹-۱۵ ساله مراجعه‌كننده به درمانگاههای شهري ايلام– ۱۳۸۳

	شاخص توده بدني	شاخص مصرف چربي و گوشت	شاخص مصرف ميوه، فيبر و سبزي	نسبت دور كمر به باسن	شغل	تحصيلات	ميزان تحرك روزانه	درآمد ماهانه خانوار	سن	ضخامت چين پوستي	دور كمر
اندكس توده بدني	۱										
شاخص مصرف چربي و گوشت	**-%۴۶	۱									
شاخص مصرف ميوه، فيبر و سبزي	**%۴۲	**%۴۰	۱								
نسبت دور كمر به باسن	*%۳۷/۵ *	**%۳۸	-%۴۰ **	۱							
شغل	%۱۰	%۰/۰۰۸	%۰/۰۲	%۰/۰۳	۱						
تحصيلات	**-%۲۹	*%۱۹/۴	%۰/۰۱	-%۲۴/۵ *	%۴۷/۱ **	۱					
ميزان تحرك روزانه	**-%۵۷	%۰/۰۸	*%۱۹	**-%۳۸	-% ۰/۰۹۳	%۳۲/۳ **-.	۱				
درآمد ماهانه خانوار	**%۳۲	*%۲۸/۳	*%۱۹	%۱۴	%۴۶/۲ **	%۲۵/۴ *	۰/۰۲ %	۱			
سن	*%۳۸/۳ *	%۰/۰۷	*-%۲۰	*%۳۲/۴ *	-	-	-%۲۱ *	-	۱		
ضخامت‌چين پوستي	**%۳۷	*%۳۰	*-%۲۶	%۱۹/۲۴ *	%۶	*-%۲۷	-%۲۹ *	-	%۲۸ *-	۱	
دور كمر	**%۶۶	**%۲۵	*-%۳۲	**%۶۲	%۰/۷۶	-%۲۲ **	-%۶۵ **	۰/۰۲۲ %	۴۱/۵ **%	-%۵۰ **	۱

** معنی دار در سطح ۰۱/. * معنی دار در سطح ۰۵/.

اعداد ذكر شده در جدول نشانگر ميزان و جهت همبستگی می باشند. همبستگی بين شغل و تحصيلات با ساير متغير ها برحسب ضريب همبستگی اسپيرمن محاسبه شده است و ساير همبستگی ها با استفاده از ضريب همبستگی پيرسون محاسبه گرديده است .

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که به طور کلی میزان شیوع چاقی و اضافه وزن برحسب نمایه توده بدنی در جمعیت مورد مطالعه برابر ۲۰/۵% و ٤٨/٥% می باشد و در مجموع بر حسب نمایه توده بدنی، ٦٩% جمعیت مورد مطالعه دارای میزان بالاتر از حد طبیعی بودند. در مطالعه آزاد بخت و همکاران (٦) میزان چاقی و اضافه وزن در زنان تهرانی به ترتیب ۲۹/۱% و ۳۷% ذکر شده است. عزیزی و همکاران (۷) شیوع چاقی در زنان تهرانی دچار بیماری های ایسکمیک قلبی را۳۰% اعلام نمودند. از طرفی میانگین نمایه توده بدنی در کل نمونه ها برابر۱۴/ ۴± ۷۵ /۲٦ بود که این میزان نیز بالاتر از محدوده طبیعی می باشد.

بالابودن نمایه توده بدنی در این مطالعه با یافته های متعددی تأیید می شود. طبق آمار سال ۱۳۷۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جمعیت زنان بالای ۱۵ سال استان ایلام ۲۴/۴% اضافه وزن و ۹/۸% چاقی گزارش شده است، که البته تفاوتهای موجود را می توان تا حدودی به فاصله زمانی و نیز محدود بودن مطالعه حاضر به گروه سنی ۴۹-۱۵ سال و شهرنشین بودن نمونه های مورد پژوهش مرتبط دانست. در حالی که آمار وزارت بهداشت از هر نظر وسیع تر و لذا دارای پراکندگی کمتری بوده است.

مجیبیان و همکاران نیز میزان چاقی را در زنان ۶۵-۱۵ سال شهر یزد بر اساس نمایه توده بدنی ۲۶/۳% اعلام نمودند (۸).

طبق نتایج، شیوع چاقی مرکزی بر حسب ضخامت چین های پوستی در مطالعه حاضر برابر ۱۶/۴% بود. این نتیجه می تواند نشان دهنده چاقی و یا اضافه وزن باشد چرا که نمایه توده بدنی تنها متغیر وزن را در برابر قد می سنجد، درحالی که متغیر وزن می تواند در ورزشکاران و یا در خانم هایی که چاقی غیراندوئید دارند بالا باشد اما مضر نباشد. در

نتایج مطالعه جعفرنژاد(۹)، نمایه توده بدنی پایین با چاقی شکمی و بیماری ایسکمیک قلبی همراه بود، بنابراین ارزش نمایه توده بدنی به تنهایی در ارزیابی چاقی محل بحث و تأمل به شمار می رود.

میانگین مجموع ضخامت چین های پوستی در کل نمونه ها نیز برابر ۱۷/۷۲ ± ٤۳/۳۸ میلی متر بود که در محدوده خطر (٦٠-٤١ میلی متر) قرار دارد و نتایج حاصل از نمایه توده بدنی را تأیید می کند. بر حسب این شاخص ۳۷/۷% نمونه ها دارای اضافه وزن بودند. میانگین نسبت دور کمر به باسن به عنوان برآوردی از چاقی مرکزی نیز در حد مرز خطر (۰/۰۷۵cm/. ± ۰/۸۵) قرار داشت، گرچه برخی مطالعات حد خطر برای خانم ها را عدد ۰/۸ متر ذکر کرده اند (۷). ۵۱/۴% زنان دارای نسبت بالاتر از عدد بحرانی (۸۵/. متر) بودند در حالی که در مطالعه میرمیران (۱۰) در جمعیت زنان تهرانی ۶۷/۲% دارای نسبت بالاتر از حد بحرانی بودند. به عقیده دنک افزایش ۱۵% در دور کمر احتمال خطر مرگ را۶۰% افزایش می دهد(۱۴).

میانگین دور کمر برابر (۸۴±۱۱/۴۳cm) با میانه ۸۴ بود. ۲۸/۷% افراد در سطح عمل ۱(بالاتر از ۸۸cm-۸۰) و ۳۶/۶% در سطح عمل ۲ (بالاتر از ۸۸ cm) قرار داشتند، این میزان مبین شیوع چاقی شکمی است. در مطالعه میرمیران و همکاران ۵۰/۳% زنان دور کمر در سطح ۲ داشتند. سطح ۲ به معنای آن است که نیاز ضروری به کاهش وزن وجود دارد و سطح ۱ معرف آن است که دور کمر نبایستی از این میزان فراتر رود. به هر حال میزان به دست آمده در این مطالعه بالاتر از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

میانگین پذیرفته شده برای زنان ایرانی به میزان حداکثر ۸۱ cm است (۱۰). میانگین دور کمر در مطالعه حاضر با شاخص مصرف گوشت و چربی (r=%25) و سن (r= %٤١/٥)دارای همبستگی معنی دار مستقیم (P<۰/۰۰۱) و با میزان تحرک روزانه(r=- %65)میزان مصرف فیبر (r=- %32 و تحصیلات (r=- %22) دارای همبستگی معنی دار معکوس (p<۰/۰۰۱) بود، به این معنا که دور کمر با افزایش سن و مصرف چربی افزایش و با افزایش تحرک روزانه و تحصیلات و مصرف فیبر کاهش یافته بود. در مطالعه آزاد بخت میانگین دور کمر cm(۸۷/۵±۱۲/۹) گزارش گردید که با نتایج این مطالعه قابل مقایسه است. ضمناً وی بین میانگین دور کمر با سن و تأهل همبستگی معنی دار مستقیم و با تحصیلات همبستگی معنی دار معکوس گزارش نمود(۶).

از دیگر نتایج این مطالعه ارتباط معنی دار مستقیم نمایه توده بدنی با شاخص مصرف گوشت و چربی (r=%46)، درآمد خانوار(r=%32) وسن (r=%3/38) بود.نمایه توده بدنی دارای همبستگی معنی دار معکوس (p<۰/۰۰۱) با شاخص مصرف میوه و سبزی (r=-%42)، میزان تحرک روزانه (r=-%57)و تحصیلات (r=-%29) بود. در مطالعه مظفری نیز بین نمایه توده بدنی و مدت پیاده روی روزانه همبستگی معنی دار معکوس و با درآمد خانوار همبستگی معنی دار مستقیم دیده شد(۱۱). در مطالعه مجیبیان و همکاران نیز بین نمایه توده بدنی و تحصیلات همبستگی معنی دار معکوس و با سن همبستگی معنی دار مستقیم دیده شد(۸). در مطالعه میرمیران و همکاران بین نمایه توده بدنی با سطح تحصیلات همبستگی معنی دار معکوس و با نسبت دور کمر به باسن همبستگی معنی دار مستقیم گزارش شد(۱۰). در مطالعه فوق کمترین میزان شیوع چاقی در سطح بالاتر از دیپلم دیده شد(p<۰/۰۰۵). در مطالعه آزاد بخت و همکاران تحصیلات و تحرک دارای همبستگی معنی دار معکوس با چاقی بودند(٦). در پژوهش مجیبیان نیز این نتیجه دیده می شود. در عین حال با افزایش تحصیلات، ضخامت چین های پوستی کاهش یافته (p<۰/۰۰۵) که شاید ناشی از آگاهی و توجه بیشتر گروه های تحصیل کرده به سلامت، تغذیه، تناسب اندام و ورزش باشد(۸).

در مطالعه حاضر بالاترین میزان میانگین نمایه توده بدنی در گروه سنی ٤٩- ٤٥ سال و پایین ترین آن در گروه سنی ٢٤- ١٥ سال دیده شد. بیشترین میزان شیوع چاقی در زنان در مطالعه عزیزی (۷) و آزاد بخت (٦) مربوط به گروه سنی ٥٩-٥٠ سال بود (p<۰/۰۰۱) که با نتایج مطالعه حاضر قابل مقایسه است . از نظر الگوی تغذیه ای، ٣١/٢% دارای الگوی غذایی پر چرب و ٦٣/٦% دارای الگوی غذایی کم فیبر بودند. در کل، میانگین مصرف چربی با عدد ٦/٧٢ ± ٢١/٣١ در محدوده متوسط و میانگین مصرف فیبر با عدد٤/٩٥ ± ١٨/٧٧ در محدوده کم فیبر قرار داشت. این الگوی غذایی زمینه مناسبی برای اضافه وزن و چاقی به شمار می رود. به هر حال بالا رفتن مصرف فیبر با کاهش نمایه توده بدنی همراه بود. مصرف میوه و سبزی در این مطالعه با میانگین٢٢٠ گرم در روز، در محدوده پایین دامنه جهانی (٤٥٥-١٨٩ گرم روزانه) قرار داشت. بین سن و شاخص مصرف میوه همبستگی معنی دار معکوس دیده شد، به این معنا که با افزایش سن میزان مصرف میوه و سبزیجات کاهش یافته بود (p<۰/۰۰۵).

میزان تحرک روزانه به عنوان یک متغیر مهم در کنترل وزن، با نمایه توده بدنی دارای همبستگی معنی دار معکوس بود

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

(p<۰/۰۰۱) و نیز با تحصیلات دارای همبستگی معنی دار معکوس (p<۰/۰۰۱) بود، به این معنا که افزایش تحرک سبب کاهش در نمایه توده بدنی شده بود. در مطالعه مظفری (۱۱) و آزاد بخت (٦) چنین نتیجه ای گزارش شد. به طور کلی ۳۹/۲% افراد تحت مطالعه از الگوی کم تحرک (روزانه کمتر از ۱ ساعت) برخوردار بودند. برآورد جهانی از عدم فعالیت فیزیکی در میان بالغین ۱۷% و در مناطق مختلف از ۱۱%تا ٢٤% است. کم فعالیتی (کمتر از ۲/۵ ساعت در هفته) بین ۳۱% تا ۵۱%متغیر است و میزان جهانی آن ٤۱% است. عدم فعالیت فیزیکی عامل ۱/۹% مرگ در جهان می باشد (۱۲). با این وصف در این مطالعه میزان کم فعالیتی به طور معنی دار بیش ازاندازه جهانی است (p<۰/۰۰۱) . این الگو در ایجاد چاقی و عوارض ناشی از آن بسیار مؤثر است.

بین شغل و شاخص های تن سنجی همبستگی معنی دار دیده نشد، اما کارگران دارای نمایه توده بدنی بیشتری ۰/۹۱ ± (۲۸/۷۳) نسبت به کارمندان ۰/۲۲ ± (۲۸/۳۸) بودند و در رده سوم زنان خانه دار ٤/۲۳ ± (۲٦/۹) قرار داشتند اما این تفاوتها معنی دار نبود. در توجیه این تفاوتها می توان به مفهوم نمایه توده بدنی استناد کرد، در واقع نمایه توده بدنی حاصل تقسیم وزن بر مجذور قد بر حسب متر است. با این وصف می توان گفت هر عاملی که منجر به افزایش وزن توده بدن شود می تواند منجر به افزایش نمایه توده بدنی گردد، لذا فعالیت های ورزشی و غیر ورزشی، اندازهٔ اسکلتی و جثه، بی تحرکی، چاقی، بارداری و ...علیرغم منشأ متفاوت می توانند به افزایش نمایه توده بدنی منجر گردند. از طرفی برخی افراد به لحاظ شغل و یا وضعیت خود (مشاغل و افراد غیر فعال و....)ممکن است علیرغم نمایه توده بدنی طبیعی، دارای ذخیره چربی بیش از حد و یا حتی چاقی مرکزی باشند که در شاخص نمایه توده بدنی منعکس نگردیده است. در مجموع می توان گفت قضاوت صحیح درباره نمایه توده بدنی منوط به ارزیابی بالینی است چرا که افراد چاق قطعاً دارای نمایه توده بدنی بالا هستند اما افرادی که نمایه توده بدنی متوسط به بالا دارند لزوماً نمی توانند چاق تلقی شوند مگر آنکه سایر شاخص های تن سنجی چاقی آنها را تایید نماید. از طرفی به نظر می رسد فراوانی ۳/۱% کارگران این مطالعه در برابر فراوانی ٧٧/٤% زنان خانه دار، سبب شده است جامعه زنان خانوار از توزیع نرمال پیروی کند در حالی که در مورد جامعه کارگران این مطالعه ،چنین الگویی صادق نیست. نمایه توده بدنی با درآمد خانوار نیز همبستگی معنی دار داشته است به طوریکه با افزایش درآمد ماهانه، نمایه توده بدنی افزایش داشته است ، در مطالعه مظفری چنین نتیجه ای گزارش شد (۱۱).

نکته مهم دیگر ارتباط نمایه توده بدنی با فعالیت ورزشی است. در زنانی که فعالیت خاصی نداشتند نمایه توده بدنی بالاتر بود، اما در زنان دارای فعالیت ورزشی، افراد دارای فعالیت منظم و یا حرفه ای، دارای نمایه توده بدنی بیشتری نسبت به افراد دارای فعالیت نامنظم و یا غیرحرفه ای بودند، این امر ممکن است ناشی از افزایش توده عضلانی و سایر اثرات هیپرتروفیک ورزش باشد، این نکته به وضوح نارسایی نمایه توده بدنی در ارزیابی چاقی را خاطرنشان می سازد. با توجه به نتایج این مطالعه و سایر مطالعات(۱۰،۱۳،۱٤)، به نظر می رسد در ارزشیابی شیوع چاقی حتماً بایستی از شاخص های معتبرتری مانند ضخامت چین های پوستی و نسبت دور کمر به باسن در کنار نمایه توده بدنی استفاده نمود، به عقیده

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

سیگل نسبت دور کمر به باسن در مقایسه با نمایه توده بدنی شاخص بهتری برای پیشگویی خطر بیماری های وابسته به چاقی است(۱۵).
با توجه به شیوع بالای چاقی لازم است نکات زیر مد نظر دست اندرکاران بهداشتی استان قرار گیرد:
۱- با توجه به نقش آگاهی در بهبود رفتار های تغذیه ای و نیز بهبود الگوی تحرک، اقدامات لازم در جهت ایجاد نگرش و آگاهی صورت گیرد . اجرای راهبرد های جمعیتی و راهبرد گروه های در معرض خطر در برخی کشور های غربی در طول چند دهه گذشته، موجب کاهش چاقی و مرگ و میر ناشی از بیماری های قلب و عروق تا ۵۰%گردیده است (۱۲). این رویکرد را می توان در استراتژی های بهداشتی به طور جدی مورد توجه قرار داد. در برنامه ای به نام ۲ وعده میوه، ۵ وعده سبزی روزانه که در انگلستان و استرالیای غربی انجام پذیرفت از راهبردهای چند گانه ای شامل تبلیغات فشرده و کوتاه و آموزش همگانی از طریق تسهیلات بهداشتی و خرده فروشان و ارایه کنندگان خدمات غذایی استفاده گردید(۱۲).

صاحب نظران موارد زیر را به عنوان پیشگیری اولیه توصیه می نمایند(۱۳):
-کاهش کل چربی به کمتر از ۳۰% کالری مصرفی روزانه ،کاهش چربی اشباع شده تا حد ۸ تا ۱۰% کالری روزانه و کاهش مصرف کلسترول به کمتر از ۳۰۰ میلی گرم در روز .
- افزایش مصرف میوه و سبزی های تازه تا حداقل ۵ وعده در روز
- افزایش فعالیت های بدنی تا حداقل ۳۰ دقیقه با شدت متوسط ، حداقل ۳ بار در هفته
- حفظ نمایه توده بدنی بین ۲۵-۲۱
- اندازه گیری کلسترول و LDL در افراد ۲۰ سال به بالا
۲- با ایجاد زمینه های لازم برای فعالیت های ورزشی بانوان، تهیه برنامه های کاربردی رسانه‌ای با جمعیت هدف مشخص در جهت تهیه و فرآوری غذاها و ....، اقداماتی مانند برگزاری کلاس های آموزشی در کانونهای تجمع انسانی (کارخانجات، مدارس ،....) و نیز تمرکز بیشتر مراکز بهداشتی درمانی بر وزن و شاخص های تن سنجی می توان روند پیشرفت چاقی را تا حدود زیادی کنترل کرد.

منابع

۱ – روی، ام؛ پیت، کین. *تغذیه در دوران بارداری*. ترجمه دکتر مریم شمس الدین خرمی با نظر دکتر عباس افلاطونیان، یزد: انتشارات آرمان ،۱۳۷٦.
۲ - مرکز ملی تحقیقات، معاونت تحقیقات و فناوری، دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت. *سیمای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام*. تهران: نشر تبلور، ۱۳۸۱.
۳- میرمیران، پروین؛ محمدی نصرآبادی، فاطمه؛ اله وردیان ،سیما؛ عزیزی ، فریدون. *رابطه میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با دریافت های غذایی، چاقی و سایر عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی* . مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۲۶، شماره ۴، ۱۳۸۱ (۸-۲۷۱).
4- who.org ; Annual report of who in EMRO region 2002.
۵- فرانسیس ای، تامپسون؛ بایرز، تیم. *راهنمای ارزیابی مصرف غذایی*. ترجمه نسرین امیدوار، علیرضا استاد رحیمی، زمزم پاکنهاد؛ تبریز: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی فص، ۱۳۷٦ .

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

٦- آزادبخت، لیلا؛ میرمیران، پروین؛ عزیزی، فریدون. *بررسی شیوع و عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی : مطالعه قند و لیپید تهران*. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، سال پنجم، ضمیمه شماره ۴ ،۱۳۸۲ ، (۳۸۷_۳۷۹).
۷- عزیزی، فریدون؛ اسماعیل زاده، احمد؛ میرمیران، پروین. *ارتباط چاقی با عوامل خطرساز بیماریهای قلبی عروقی: یک مطالعه اپیدمیولوژیک در تهران*. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، سال پنجم، ضمیمه شماره ۴، ۱۳۸۲، (۳۹۷_۳۸۹).
۸- مجیبیان، مهدیه؛ غیلیان، زهرا. *شیوع چاقی در زنان شهر یزد*. مجله دانشگاه علوم پزشکی یزد، دوره نهم، شماره ۴،۱۳۸۰.
۹- جعفرنژاد، مجید؛ مادرشاهیان، فرح؛ صفریان محبی ،جواد و دیگران. *مقایسه ایندکسهای مختلف چاقی در بیماران ایسکمیک قلبی با افراد غیر مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی*. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ششم ،شماره ۱و۲، ۱۳۷۸ .
۱۰- میرمیران، پروین؛ محمدی نصرآبادی، فاطمه؛ محرابی، یداله؛ عزیزی، فریدون. *تعیین مناسب ترین حدود مرزی دور کمر برای تشخیص چاقی و چاقی شکمی در جامعه شهرنشین تهران: مطالعه قند و لیپید تهران*. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، سال پنجم، ضمیمه شماره ۴ ،۱۳۸۲ (۴۰۷_۳۹۹).
۱۱- مظفری، حبیبه ؛ نبئی، بهروز. *بررسی شیوع چاقی و اضافه وزن در دانش آموزان دختر مقطع ابتدائی شهر تهران*. فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی (پایش)، دوره اول، شماره چهارم، ۱۳۸۱
۱۲- حاتمی، حسین؛ رضوی، سید منصور؛ افتخار اردبیلی، حسن و همکاران. *کتاب جامع بهداشت عمومی(جلد ۱)*. تهران: نشر ارجمند، ۱۳۸۳ .
۱۳- حاتمی، حسین؛ رضوی، سید منصور؛ افتخار اردبیلی، حسن و همکاران. *کتاب جامع بهداشت عمومی(جلد۲)*. تهران: نشر ارجمند، ۱۳۸۳.
14-Denek MA, Sempos CT , Grundy SM. Excess body weight .An under recognized contributer to dyslipidemia in white American women. Arch Intern Med. Co 2000;PP: 401-10.
15-Seagle HM , Wyatt H, Hill JO. Obesity :overview of treatment and interventions .California Academic press ;2001;pp:465-77.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]

Journal Of Ilam University Of Medical Sciences Vol.14,No: 1,Spring 2006

Factors affecting the prevalence of obesity among 15- 49- years old women referred to urban health clinics in Ilam in -2004

Mozafari M[1]., Nosrati S[2]., Purmansour G[2]., Rezaei M[2].

Abstract:

Introduction: The prevalence of obesity tends to increase especially in developing countries. Obesity as a health problem is important because of its complications such as diabetes mellitus ,hypertension ,gynecologic disorders and ischemic heart diseases. The purpose of this descriptive study was to estimate the prevalence of general and central obesity ,overweight,and the patterns of nutrition and mobility in the population of women aged from 15 to 49.

Materials & Methods : This descriptive study was conducted on 420 women who reffered to urban health clinics in Ilam. Sampling was based on a cluster randomized method and the needed data were collected using a questionnaire including demographic, physical activity and nutritional sections . In addition ,the weight ,height ,triceps and subscapular skinfold thickness,circumference of waist and hip were measured .

Finiding: According to BMI, %20/5 of the subjects had general obesity ,%48/5 overweight and based on skinfold thickness, %16/4 had central obesity , %51/4 more than 0/85 WHR as critical cutpoint .

Conclusion : An increase in obesity prevalence and its complications necessitate the improvement of nutritional and physical activity patterns through administering population based and high risk group strategies .

Key words: Body mass index –skinfold thickness – obesity

[1.] Faculty member, nursing DEp., Ilam Medical University
[2.] BSc. in nursing, Ilam Medical University

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-06]