بررسی شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت ۲۵ ساله شهر خرم آباد، سال ۱۳۸۵

مقدمه: اضافه وزن و چاقی، شاخص اول از اختلالات متابولیسم در انسان است و به عنوان عامل خطری برای بسیاری از بیماری‌ها به شمار می‌رود. مطالعه حاضر با هدف تبعیض شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت ۲۵ ساله شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۵ انجام گردید.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۱۰۰۰ نفر از ساکنان ۲۵ ساله شهر خرم آباد با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و با مراحل به منازل مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات فردی توسعه پرستنامه و از طریق مصاحبه جمع آوری شد. وزن نمونه‌ها با ترازوی عفونیاتی ای استاندارد و قصد با استفاده از فلزیک نامه، نماهای توهیم بدنی محاسبه گردید و مقادیر بین ۲۵ تا ۲۹ اضافه وزن و ۳ تا ۴ توسط به عنوان چاقی در نظر گرفته شد. برای پرسیش چاقی شکمی، با مت نواری دور کمر و دور باسن اندازه‌گیری و نسبت دور کمر به دور باسن محاسبه و مقادیر ۹۵/۰ سانتی متر و بیشتر در مردان و ۸۵/۰ سانتی متر و بیشتر در زنان به عنوان چاقی شکمی تعیین گردید.

یافته‌ها: در شهر خرم آباد، شیوع اضافه وزن ۳۶/۸/۰ و شیوع چاقی ۱۱/۴/۰ بود. شیوع چاقی بطور معنی‌دار در زنان (۴/۲/۰) بیشتر از مردان (۳/۷/۰) و شیوع اضافه وزن در مردان (۳/۷/۰) و در زنان (۳/۷/۰) بوده است. شیوع چاقی با افزایش سن و ناهال نسبت مستقیم با سال زندگی سواد نسبت عکس داشت (P=0.001). شیوع چاقی شکمی در زنان (۳/۷/۰) و در مردان (۳/۷/۰) بوده که با افزایش سن ارتباط معنی دار نشان داد (P=0.001). در هر دو جنس با افزایش سطح تحصیلات، شیوع چاقی شکمی کاهش یافت.

نتیجه گیری: شیوع اضافه وزن و چاقی شکمی به ویژه در میان زنان شهر خرم آباد تأمیل برانگیز است و اطلاعات رسانان و افزایش آگاهی عمومی، ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: اضافه وزن، چاقی، نمایه توهیم، نسبت دور کمر به دور باسن

گروه بررسی ۱
نویسندگان: دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- کریمی، کیوان

گروه بررسی ۲
نویسندگان: دانشگاه علوم پزشکی لرستان
- محمدی، حسن

**نشانی:** شیراز، میدان نامی، دانشگاه پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) تلفن: ۸۷۷-۲۹۷۴۴۲۵۲، تلفن ثابت: ۸۷۷-۲۹۷۴۴۲۵۲، پست الکترونیک: momennasab@sums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۷/۰۷/۰۷
تاریخ درخواست اصلاح: ۸۷/۰۷/۲۲
تاریخ پذیرش: ۸۷/۰۷/۲۲

شماره نسخه: ۶۲
مقدمه
چاقی و اضافه وزن که تجربه غیرطبیعی و بیش از حد
چربی در بدن ما باشد، در حال حاضر به یک مشکل
بهداشتی خطرناکی محسوب می‌شود. در حال حاضر شدیده است.
بررسی‌های سازمان جهانی بهداشت در سال 2005 نشان داد
که حدود 81/2 درصد از بالغین بیش از ۱۵۰ در جهان
مبتلا به اضافه وزن و حداقل ۲۳۰ معین جای بوده است.
در بین سال‌گذشته شیوه‌های در کشورهای در حال
توسعه به طور بیشتر و بر اساس بیش بینی سازمان در
سال ۲۰۱۵ افزایش معدلات اضافه وزن و چاقی به ترتیب
باید به ۲/۳ بیلیون و ۷۰۰ میلیون نفر خواهد بود [۱].

این اختلالات شایع‌ترین اختلالات متابولیک در انسان بوده.
و رابطه‌ای با کم‌وکاری‌های محور عصبی بدین است.
این مشکل فقط مختص کشورهای توسعه‌یافته نبسته و
شبیه آن در تمام دنیا و از جمله کشورهای در حال توسعه
افزایش یافته است. افزایش بیماری‌های کشته‌انگیز در حال
توسعه از سوی‌های بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه
موعت و از سوی دیگر یک افزایش سریع در عوامل
خطر بیماری‌های مرگ‌زا مانند چاقی و اضافه وزن به ویژه
در مناطق شهری را تجربه می‌کنند [۲].

مطالعات مختلف در سال‌های اخیر برای بررسی روند فاصله
شیوع چاقی و اضافه وزن در جوامع وتئوری مختلف
می‌باشد. شیوع کلی چاقی و اضافه وزن در جوامع مختلف
پیش‌بینی می‌شود که تا کنون میزان ها مربوط
به مناطق جنوب و جنوب شرق آسیا و بیشترین آنها مربوط
به امریکا خاورمیانه و آسیای مرکزی [۳].

در ایران نیز مطالعات مختلف انجام شده است که شیوع
نسبتی بالایی از اختلالات را به ویژه در مناطق شهری
نشان می‌دهد. مطالعات نشان داده است که در این مناطق
و اضافه وزن و چاقی به میزان زیادی از بیماری‌ها گسترده است.

روش‌ها
در این مطالعه توصیفی-مقطعی با در نظر گرفتن شیوع
۲/۵ بر اساس مطالعات قبلی، همکاری شدیده ۱۰۰۰ نفر برآورد
گردید. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود.
در مرحله اول بر اساس تقسیم‌بندی‌های بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی، هر یک از مناطق بیمارستان‌های
YPY مرکز بهداشتی-درمانی به عنوان یک طبقه در نظر
گرفته شد. سپس با توجه به تعداد خانوارهای تحت
YPY یک مرکز، نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد.
و با مراقبه در این مناطق کلیه افراد ۶۴-۲۵۳سال سن خانم‌های
YPY نمونه شدند. اندازه‌گیری فردی شامل سیستم
جدل، تحلیل‌گرایی و وضعیت ناهال توسط کمک
YPY مشاهدگری با تکمیل بررسی‌های اطراف مصاحبه جمع آوری
گردید.
یافته‌ها

از مجموعه 101 نفر افراد مورد مطالعه، 532 نفر زن (94/72/8) و 377 نفر مرد (73/72/8) بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه (SD = 11/8 (38/62/8) سال بود که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال قرار داشت. اکثریت افراد (78/7/3) محل و دارای تحصیلات در سطح دبیرستان و بالاتر (51/7/2) بودند.

میانگین ناپایداری بدنی در بین مردان (91/21/5 کیلوگرم) بود که اطعامنی (59/5/9 کیلوگرم) و در زنان (91/21/5 کیلوگرم) بود که اطعامنی (49/5/9 کیلوگرم) بود. نظر اخلاقی معنی‌دار در دو جنس نشان داد (P=0/011). میانگین دور کمر در مردان (93/38/9 کیلوگرم) بود که اطعامنی (49/5/9 کیلوگرم) و در زنان (93/38/9 کیلوگرم) بود که اطعامنی (49/5/9 کیلوگرم) بود.

بی‌طور کلی در شهر آباد شیوع اضافه وزن و (95/5/9) و چاقی (95/5/9) بود که افزایش 3/5 کیلوگرم. در زنان (97/5/9) بود که افزایش 4/7 کیلوگرم. این نتایج نشان می‌دهد که بدن ناشی از کمبود و چاقی در مردان تنها نبود ولی در زنان نیز می‌توان به اینکه بدن پررنگ نمی‌باشد.
مومی نسب و معناکاری بررسی شیوع اضافه وزن و چاقی در...

آماری معنی‌داری را در این خصوص نشان داد (P<0/001).

شیوع اضافه وزن و مردان با تحصیلات پایین (4/0/0/0) و کمترین آن در مردان با تحصیلات ابتدایی (3/6/0) بود و در حالتی که مردان بدون بیشترین شیوع را داشت (P<0/001)، جدول 1 شیوع اضافه وزن و چاقی، را در مردان و زنان بر حسب متغیرهای سن، تاهل و

انریزشدر داده‌های انجام شده. از حذف اثر سن، نیز مشاهده شد (P<0/001).

در هر دو گروه زنان و مردان چاقی شکمی ارتباط معنی‌داری با سن نشان داد، به طوری‌که با افزایش سن شیوع آن، افزایش داده (P<0/001).

پس از حذف تأثیر معنی‌دار نیز عنوان یک متغیر محدود کننده با استفاده از آزمون کواریانس و همچنین روش‌های لاینندی، اختلال مشاهده شد در شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان معنی‌دار نبود (P>0/05).

از نظر ارتباط سطح تحصیلات با وزن نامناسب در گروه

زن و مردان نتایج متفاوتی به دست آمد. در گروه زنان بیشترین شیوع اضافه وزن و مردان دارای تحصیلات در سطح میانگین (24/0/0/0) و بیشترین شیوع در مردان دارای تحصیلات دانشگاهی مشاهده شد.

از نظر چاقی، بیشترین موارد در افراد دارای تحصیلات

ابتدایی (2/2/0/0/0) و کمترین شیوع در دیپلم (2/0/0/0/0) و بالاتر از دیپلم (6/0/0/0/0/0/0) وجود داشت. آزمون مجددا کای اختلاف
جدول 1- توزیع فراوانی نسبی اضافه وزن و چاقی بر حسب متغیرهای سن تاهل و تحصیلات در 1001 نفر ساکنین شیراز در دو جنس- 1385

<table>
<thead>
<tr>
<th>زن</th>
<th>ویژگی</th>
<th>اضافه وزن (%)</th>
<th>چاقی (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>25-35</td>
<td>16/2</td>
<td>28/8</td>
</tr>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>36-45</td>
<td>9/1</td>
<td>32/4</td>
</tr>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>46-55</td>
<td>4/6</td>
<td>2/1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

وضعیت تاهل *

<table>
<thead>
<tr>
<th>زن</th>
<th>ویژگی</th>
<th>دارد (%)</th>
<th>ندارد (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>25-35</td>
<td>48/1</td>
<td>51/9</td>
</tr>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>36-45</td>
<td>75/4</td>
<td>24/6</td>
</tr>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>46-55</td>
<td>77/2</td>
<td>23/8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2- توزیع فراوانی نسبی چاقی شکمی بر حسب متغیرهای سن تاهل و تحصیلات در 1001 نفر ساکنین شیراز در دو جنس- 1385

<table>
<thead>
<tr>
<th>زن</th>
<th>ویژگی</th>
<th>دارد (%)</th>
<th>ندارد (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>25-35</td>
<td>79/1</td>
<td>21/9</td>
</tr>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>36-45</td>
<td>72/2</td>
<td>28/8</td>
</tr>
<tr>
<td>مرده</td>
<td>46-55</td>
<td>76/2</td>
<td>24/8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

وضعیت تاهل *

* اختلاف معنی‌دار بین دو جنس (P<0.05).
† عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین دو جنس (P>0.05).
مطالعه مفعول با 1001 نفر جمع‌شده.
بحث

تم کسب نتایج مطالعه انجام شده در دنیا نشان می‌دهد که جوامع مختلف، با چاقی عبنان یک مشکل جدی در سلامتی مواضعند. اکثریت انواع چاقی با بیماری‌های مغز و ویژگی‌های محیطی چاقی‌یافته را توضیح می‌دهند.

بیماران دیابتی معده سوخته به اضافه وزن و چاقی هستند. بیش از چهارم از بیماران دیابتی چاقی به نظر می‌رسد. بیماران دیابتی با عروق کرونر در BMI بین 28/9 و 29/4 کیلوگرم بر متر مربع نشان می‌دهند.

بیشتر بروز می‌باشد بعد از BMI بیش از 29/4 کیلوگرم بر متر مربع از افراد بیماران دیابتی چاقی. این پژوهش نشان داد که چاقی به نظر می‌رسد به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشد. افراد دیابتی اغلب دوباره از افراد دیگر به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشند.

بیشتر بروز در افراد دیابتی چاقی. این پژوهش نشان داد که چاقی به نظر می‌رسد به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشد. افراد دیابتی اغلب دوباره از افراد دیگر به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشند.

نحوه رفع چاقی: به دنبال چاقی به نظر می‌رسد به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشد. افراد دیابتی اغلب دوباره از افراد دیگر به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که چاقی به نظر می‌رسد به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشد. افراد دیابتی اغلب دوباره از افراد دیگر به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که چاقی به نظر می‌رسد به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشد. افراد دیابتی اغلب دوباره از افراد دیگر به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که چاقی به نظر می‌رسد به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشد. افراد دیابتی اغلب دوباره از افراد دیگر به BMI بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع بیشتر بروز می‌باشند.
جدول 3- نتایج برخی مطالعات ایران و کشورهای دیگر در خصوص شیوع اضافه وزن و چاقی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شیوع اضافه وزن (%)</th>
<th>شیوع چاقی (%)</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ایران</td>
<td>تهران (مطالعه نند و لیبيد)</td>
<td>12788-1280</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تهران (مطالعه پاگه)</td>
<td>12538</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تحقیقات جمیع منطقه (17)</td>
<td>1379</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td>استان گلستان</td>
<td>سمنان</td>
<td>1375-1376</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>لرستان</td>
<td>1323</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>کل کشور</td>
<td>1293</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td>هلند</td>
<td>2001</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پاکستان</td>
<td>عربستان سعودی</td>
<td>1995-2000</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
</tr>
<tr>
<td>اردن</td>
<td>2004</td>
<td>25-26</td>
<td>52-73</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* شیوع در مجموعه 30 جنس

بررسی تغییرات نماینده توهم بدنی در گروه‌های سنی مختلف از نظر اضافه وزن و نشانگر روند فازنده‌ها سنین 20–41 سال در زنان و 25–46 سال در مردان و سپس کاهش می‌یابد این روند پس از سن 40 سالگی نیز افرازیش مجددا مشاهده است.

از انتظار کاهش روند فازنده‌ها ناژین 31–50 سالگی و در مردان 31–50 سالگی ادامه و سپس کاهش نشان می‌دهد. این شیوع چاقی شکمی در زنان قبلاً با افرازیش سن ازبین دارد اما طوری که 25٪ زنان از 60 سال مبتلا به این نوع چاقی شکمی در مردان بیشترین بار از سنین 41–50 سالگی مشاهده شده است. این تفاوت باعث افزایش اثر اثر نیز مشاهده شد. در این نیز افزایش در افراد بیماری بیشتر و اضافه وزن در هر دو گروه جنسی مشاهده شد. این بیماری بیشتر و اضافه وزن در هر دو گروه جنسی مشاهده شد. این ارتباط معنی‌داری را ندارد. این نیز در محاسبات که در مطالعه‌ای در تحقیق مشخص کرد که ازدواج، احتیاط چاقی را 2/5 برای افرازیش می‌دهد.[27]


6- Jafar TH, chaturvedi N, pappas G. prevalence of overweight and obesity and their association with hypertension and diabetes mellitus in an Indo-Asian Population. CMaj 2006;175(9):1071-7


8- Van dijik L, Otters HB, Schuit AS. Moderately overweight and obese patients in general Practice : a PoPulation based survey . BMC Fam Pract 2006;7:43.


۱۷۵

مجله دبایت و لیبید ایران. زمستان ۱۳۸۷ (دویم شماره ۲)

۲۲- میر میران پروین. محمدرضا فاطمی، محمدرضا یزدانی. علی‌الدوله. عزیزی فردی. تیم‌بندی ترکیبی نسبت به حدود مرزی در دور کمر برای تشخیص چاقی و چاقی شکمی در جامعه شهر تهران. مجله علوم درون ریز و مدیریت درمان در ایران. شماره نخست تهران: جلد دوم، شماره یک، ۱۳۸۲.


۲۴- سالاری رضا. گزارش نتایج بررسی مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واکنش در استان لرستان. معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی لرستان - ۱۳۸۴.

۲۵- دلاری علیرضا. علی‌الدوله سیامک. علی‌الدوله فرخی. گزارش وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیر واکنش در جمهوری اسلامی ایران. نشر صدرا. ۱۳۸۴.

