مروری بر شیوع چاقی و اداره آن در ایران

ECHAKH

چکیده

روند فراوانی چاقی، این عامل را به یکی از بزرگترین چالش‌های سلامت در دنیا تبدیل کرده است. چاقی حاصل برهم کنش پیچیده بین عوامل محیطی، استعداد زنی و رفتار انسان است. چاقی علاوه بر افزایش احتمال بروز دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی-عروقی و بعضی ابزار سرطان‌ها، عوامل نامطلوب بر سلامت جامعه به دلیل هرزی‌های بالای اقتصادی، انفراش شرکت و کاهش کیفیت زندگی در پی دارد. بنابراین توجه جدی و فوری مراقبت سلامتی هزاران و سیاست‌گذاران هر جامعه بوضوح چاقی امری ضروری است. از جمله رویکردهای مبتنی بر جامعه در پیشگیری از چاقی، رویکرد سطل سیاست گذاری با محیطی، رویکرد مدل مراقبت مبتنی رویکرد مدل مراقبت مبتنی بر شواهد به اداره چاقی است که می‌توان به وسیله آن قرار داده را به شناسایی و اطلاعات لازم را پافتم به کمک نقدی راه می‌توان علاوه بر برنامه‌ریزی آن برای محوری کانال کشوری ترسيم نمود.

همچنین با این مدل می‌توان از انجام کارهای تکراری پیشگیری کرد.

از این رو، چاقی به دلیل فراسپت باعث عوامل اجتماعی-اقتصادی، یکی از عوامل ترین زمینه‌های پزشکی در روزگار ماست. اگر یکی از مهم‌ترین جوامعبا توجه به مسائل بومی خود سیاست‌گذاری روشنی در زمینه مدیریت بیماری چاقی داشته باشد، به نظر می‌رسد که طراحی نقشه راه آرای مناسبی برای مدیریت چاقی در ایران پا به.

واژگان کلیدی: چاقی، بروگسال، شیوع، پیشگیری.
مقدمه
رونده فراوانی چاقی، این عامل را به یکی از بزرگترین چالش‌های سلامت در دنیا تبدیل کرده است [۱] و بر اساس یک آنالیز نظامی که بر روی مطالعه انگشته در زمینه ایپیدمیولوژی چاقی در ۱۹۹ کشور انجام شد، در سال ۲۰۰۸ میلادی ۴/۱۷ بیلیون بزرگسال دختر اضافه وزن و ۵۰۲ میلیون نفر چاق بودند [۲]. بر اساس پیشینه سازمان بهداشت جهانی، اندازه می‌رود که در سال ۲۰۱۵ میلادی حدوداً ۳/۷ البیلیون بزرگسال دختر افزایش وزن و ۷۰۰ میلیون نفر چاق جهانی پیش‌بینی می‌شود [۳]. محققان شیوع چاقی در کشورهای مختلف دنیا سیبیار و سودی از ۱ درصد جمعیت هنگ کنگ تا ۲۵ از ۱۰ درصد در بزرگ‌شهرهای آمریکا را جزئی از این میانگین در آمریکا هستند [۴]. در همان سال در آمریکا ۲۴/۳ درصد بیماران یخچال بروند به دلیل افزایش وزن و ۲/۴ درصد باعث چاقی بودن شدند [۵]. کشورهای منطقه میترانه شرقی (EMRO) نیز از این وضعیت مستثنی (EMRO) نیستند. یک مطالعه موری نظامی مطالعات چانه‌دارهای چاق در فواصل سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۱، گزارش درمانویش چاقی‌های جزء صنعت غذا و بالینی‌های چاقی با کمک از EMRO می‌باشد. به طوری که شیوع چاقی و اضافه وزن در بزرگسالان این منطقه ۲۷/۸ درصد بزرگسالان شدند [۶]. از طرفی شیوع بیماری‌های غیرویاکر نیز بالاتر و عملت بیش از ۵۰ درصد مرگ و مریخ منطقه را به خود اختصاص می‌دهد [۷]. شیوع بالای بیماری‌های غیرویاکر در EMRO، مشابه شیوع نیز با سایر اقتصادی، اجتماعی و مراقبت سلامت در منطقه تحمیل می‌کند. در بررسی باز مثبت بیماری در سال ۲۰۱۰، آفزایش نمایه توده بدنی به عنوان یکی از اولین سیگنالهای بلافاصله پس از ایران شناخته شد [۸]. خوشی‌خانه‌ها و بیمارستان‌ها حالاتی از آنست که کاهش وزن می‌تواند منجر به کاهش معنی‌داری از عوامل خطرساز بیماری‌های غیرویاکر شود [۹].

در بررسی انگشته در ایران، فراوانی تومر اضافه وزن و چاقی در سال ۲۰۰۵ میلادی در مطالعه کشوری سلامت افزایش وزن و چاقی در سال ۲۰۰۵ میلادی در مطالعه کشوری سلامت، در مردان و ۶۸ درصد در زنان بروند [۱۰]. بیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۱۵ میلادی،

۱- East Mediterranean Region
جدول 1- طبقه بندی وزن بر اساس BMI

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبقه بندی وزن</th>
<th>نمایه توده بدنی (kg/m²)</th>
<th>خطر ابتلا به بیماری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بالا</td>
<td>10.0 - 17.4</td>
<td>کم وزن</td>
</tr>
<tr>
<td>طبیعی</td>
<td>14.5 - 19.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بالا</td>
<td>20.0 - 25.9</td>
<td>اضافه وزن</td>
</tr>
<tr>
<td>شدید</td>
<td>≥ 25.9</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

چاقی (I)
- 40/99

چاقی (II)
- 41/12

چاقی (III)
- ≥ 41/2

اسان‌های تعیین شده نمایه توده بدنی، شاخص‌های مزیت اضافه وزن و چاقی ارائه می‌نماید که با خطر ابتلا به بیماری‌ها ارتباط دارد. به عنوان مثال شیوع دیابت مرطوب با چاقی در نمایه توده بدنی بالا از 25 افزایش می‌یابد. آسان‌های تعیین شده در جدول 1 در نزدیکی بیشتر، هیپستازیک و سابقا پوس می‌گذرد اضافه وزن و نمایه توده بدنی 20-25 و چاقی با نمایه 

شکمی

روند پیشگیری و درمان در بیماری‌ها

در مواردی که بیماری‌ها از نمایه توده بدنی بالا می‌گذرد، شکمی که به آن چاقی احتیاطی نیز می‌گویند با بیماری‌های مانند دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی، فشارخون بالا و اختلالات قلبی-بدنی است[16]. از آنجا که دور کمربیور و کنترول شایعی تغذیه‌گذاری و تغییرات ایجاد شود می‌تواند سبب بهبود بسیاری از بیماری‌های شایع می‌شود. بر این اساس موزش از اضافه وزن، دور کمربیوریک و کنترل شایعی می‌تواند در جلوگیری از بیماری‌ها و بیماری‌ها در این موارد می‌تواند بهبود بسیاری از بیماری‌های شایع می‌شود.

شیوع بیماری‌ها

آسیب‌پذیری به انسولین، فشارخون بالا و دیس لپیدمی که همگی از عوامل مهم خطر بیماری‌های قلبی-عروقی kg/m² هستند. این‌ها با نمایه توده بدنی بالا تقریبا 25% و با آن کمربیوریکی از 88 سانتی‌متر در خانمهای و بیماران از 102 سانتی‌متر در آقایان، از چاقی از نظر عوامل خطرباز فلکی - عروقی و سایر عوامل مرطوب با چاقی توصیه می‌شود.

آهسته اهمیت چاقی در نظام سلامت

شیوع بیماری‌ها در سراسر جهان، میانگین نمایه توده بدنی و بالاتر شیوع اضافه وزن و چاقی رو به افزایش است. جزیره‌ها چاقی از آن است که بر اساس نمایه توده بدنی 35 درصد مردان و زنان در آمریکا 25 درصد مردان و زنان در انگلستان، 44 درصد مردان و 25 درصد زنان در سوئد[21]، 89 درصد مردان و 27 درصد زنان در آفریقای جنوبی می‌تواند با چاقی شاهد[21] و کشور به‌طور کلی با بین‌النهرین آمریکای می‌تواند بر این منطقه (EMRO) که بالاترین آمار شیوع چاقی در دنیا را به خود اختصاص می‌دهد. گزارش‌های جدید که 35 درصد مردان و 45 درصد زنان در قطر، 37 درصد مردان و 48 درصد زنان در کویت، 29 درصد مردان و 44 درصد زنان در عربستان سعودی[22]، 41 درصد مردان و 75 درصد زنان در ایران جامه‌شناسی[23] و بین‌النهرین[24] در مطالعه چاقی و همگونی بر اساس شیوع فشارخون بالا و پرستی چاقی و چاقی شکمی در بورگسالان شهر تهران در فصله سال‌های 1386-1387 (سه فاز مطالعه قد و لیپید تهران) مشاهده می‌شود[25].
همه پرسی کشوری سلامت در سال‌های 2005-2006 و 2007-2006 در ایران باعث شد که شیوع چاقی در مردان از 2007/2006 در فاز یک 176 درصد در فاز دو و 11/6 درصد در فاز سه مطالعه قند و لیپید تهیه رشد[22]. این ارقام در زنان به ترتیب 38/5، 36/7 و 27/6 درصد در فاز یک، دو و سه بود. در بررسی کشورهای متفاوتی EMRO و WHO، تعداد بدنی در مردان در کویت (77 kg/m²) و کمترین در سومالی (20 kg/m²) نمایه تواده بدنی در زنان در کویت (31 kg/m²) و کمترین در سومالی (1 kg/m²) محسوب می‌شده. در مطالعه و همکاران بر روی نتایج Farzadfar و همکاران بر روی نتایج در زنان مطفوعه درمانی، هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از داروهای درمانی، هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از علاوه بر شیوع چاقی در مردان، هزینه‌های غیر مستقیم ناشی از

میانگین نمایه تواده بدنی در مردان 26 kg/m² و زنان 27/5 kg/m² بوده. کمترین نمایه تواده بدنی در این کشورهای کشورهای جنوب شرقی 33 kg/m² برای مردان و 25 kg/m² برای زنان و گزارش[24] بر اساس مطالعات فوق چنین استنباط می‌سوزد که شیوع چاقی و میانگین نمایه تواده بدنی در زنان منطقه EMRO برای اعضای بزرگ‌ترین ارگ اروپا مبلغ 37 بیلیون و 150 میلیون دلار [26] و در مردان است. 


d1: Health maintenance organization
عنوان: عوامل مسبب قاچی

چاقی در واقع حاصل برهم کشتن متقابل و پیچیده بین محیط، عوامل زندیکی و رفتار انسان است. از این عوامل، عوامل محیطی بیشتری علت ایجاد قاچی محسوب می‌شود. در اغلب افراد قاچی، علت اصلی قاچی شبیه زندگی نادرست به صورت کم تحرکی و افزایش دریافت کالری می‌باشد. به عبارتی عدم تعادل بین دیتای انرژی و مصرف آن منجر به بروز قاچی می‌شود. شاهد این امر در بررسی 349904 بزرگسال در آمریکا به دست آمده[24] از سایر عوامل محیطی می‌توان به افزایش 2 درصدی قاچی به اعیان هر یک ساعت نامناحی تلویزیون نشان دهنده[25] تأثیر عواملی نظیر دستری و قیمت مواد غذایی مختلف، هزینه میوه و سبزیجات و تعداد پارکه‌های محلی نیز گزارش شده است[3].

علاوه بر عوامل محیطی، استعداد زندیکی به قاچی نیز مطرح است. شاهد بیماری به وجود بروز کش و جابه‌دیثمایی بین تغذیه و زنوم انسان (زنونیزومیک) اشاره می‌کند. نونیزومیکی که زمینه تحقیقاتی جدید در زمینه منجر به بروز قاچی است، اشاره به یک موضوع دراد که اول زندیکی افزایش و وضعیت مواد غذایی، پاسخ مشابه بیماری مربوط به تغذیه را تغییر دهد. در اکنون مواد غذایی می‌توان برای تصمیم بیان، با تغییر پاسخ مشابهی به عوامل رونویسی برهم کش داشته باشند. دریافت غذا و مصرف مواد غذایی عامل محیطی کلیدی دیگر در باین‌ترن و نیش‌بهر یا پی. پارسی-

علینور ثقفی و بهرام صادقیان

سال 1392 برای کشور چین 2/6 بیلیون دلار آمریکا باورهای

شذ[33].

عامل مسبب قاچی

چاقی در واقع حاصل برهم کشتن متقابل و پیچیده بین محیط، عوامل زندیکی و رفتار انسان است. از این عوامل، عوامل محیطی بیشتری علت ایجاد قاچی محسوب می‌شود. در اغلب افراد قاچی، علت اصلی قاچی شبیه زندگی نادرست به صورت کم تحرکی و افزایش دریافت کالری می‌باشد. به عبارتی عدم تعادل بین دیتای انرژی و مصرف آن منجر به بروز قاچی می‌شود. شاهد این امر در بررسی 349904 بزرگسال در آمریکا به دست آمده[24] از سایر عوامل محیطی می‌توان به افزایش 2 درصدی قاچی به اعیان هر یک ساعت نامناحی تلویزیون نشان دهنده[25] تأثیر عواملی نظیر دستری و قیمت مواد غذایی مختلف، هزینه میوه و سبزیجات و تعداد پارکه‌های محلی نیز گزارش شده است[3].

علاوه بر عوامل محیطی، استعداد زندیکی به قاچی نیز مطرح است. شاهد بیماری به وجود بروز کش و جابه‌دیثمایی بین تغذیه و زنوم انسان (زنونیزومیک) اشاره می‌کند. نونیزومیکی که زمینه تحقیقاتی جدید در زمینه منجر به بروز قاچی است، اشاره به یک موضوع دراد که اول زندیکی افزایش و وضعیت مواد غذایی، پاسخ مشابه بیماری مربوط به تغذیه را تغییر دهد. در اکنون مواد غذایی می‌توان برای تصمیم بیان، با تغییر پاسخ مشابهی به عوامل رونویسی برهم کش داشته باشند. دریافت غذا و مصرف مواد غذایی عامل محیطی کلیدی دیگر در باین‌ترن و نیش‌بهر یا پی. پارسی-

علینور ثقفی و بهرام صادقیان

سال 1392 برای کشور چین 2/6 بیلیون دلار آمریکا باورهای

شذ[33].

عامل مسبب قاچی

چاقی در واقع حاصل برهم کشتن متقابل و پیچیده بین محیط، عوامل زندیکی و رفتار انسان است. از این عوامل، عوامل محیطی بیشتری علت ایجاد قاچی محسوب می‌شود. در اغلب افراد قاچی، علت اصلی قاچی شبیه زندگی نادرست به صورت کم تحرکی و افزایش دریافت کالری می‌باشد. به عبارتی عدم تعادل بین دیتای انرژی و مصرف آن منجر به بروز قاچی می‌شود. شاهد این امر در بررسی 349904 بزرگسال در آمریکا به دست آمده[24] از سایر عوامل محیطی می‌توان به افزایش 2 درصدی قاچی به اعیان هر یک ساعت نامناحی تلویزیون نشان دهنده[25] تأثیر عواملی نظیر دستری و قیمت مواد غذایی مختلف، هزینه میوه و سبزیجات و تعداد پارکه‌های محلی نیز گزارش شده است[3].
سردان (آدنوکارسيموم مری، سردان معده، کولون و رکان)، کبد، کیسه صفرا، پانکراس، تیروئید، کلیه، انیوئوم در زنان، لنفوم نانو-چینین و مولبیلیوما، احتمالات تنفسی (آنه انیوئوم خوان)، احتمالات مشاهده گوارش (پرفلاکس معدی)، مروارید، اروماتیزمو، احتمالات کبد و کیسه صفرا (کبد چرب، بییس، شنا پس)، نمک کیسه صفرا، کلیه (نسلیتیت)، پانکراتیت شدید، احتمالات گذشته درون ریز نازایی، سردرم پلی کیستیک تخم‌مانند در هر دوی قاعدی (نامناسب با بدون تخم گذاری)، احتمالات کلیه گلومورولاپاتی، نسک کلیه، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات آدرنال، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غدد درون ریز نازایی، اختلالات غد
مقایمت به انسلولین

مقایمت به انسلولین (مثلاً یا سندروم متابولیک) که با هیپرناسولینیمیتی، اختلال تولید گلوکز، اختلال در انتقال گلوکز به واسطه انسلولین، ابتلا به بیدنبه نوع ۲ دیس البته هم‌زمان با انقلای HDL و لیپیدی (تری‌گلیسرید بالا و سطح پایین کلسسترول) و فشارخون بالا همراه است. یکی از ویژگی‌های مشترک بالای داشتن. این پدیده ناشی از افزایش نمایه توده (۸۸) بالا یافته شده که وابسته به HDL و انسلولین است و نامه‌ای منجر به مقایمت به انسلولین می‌شود که از حمله نعلم‌های جریان‌بندی این هرم، آدیپوستاتثاری، پیش و پشت‌هایهالکمیک (TNF-α) و عوامل زنجیره‌ای مطرح می‌شود.

پایه‌بندی

عوامل تأثیرگذار نظروی چنین بر چربی شالی افزایش سطح سرمی کلسسترول کل، تری‌گلیسرید، LDL و VLDL کاهش سطح سرمی HDL تأثیرگذار. انسلولین نمایه توده چربی شالی افزایش می‌نماید. افزایش فشارخون بالا و الکتریکی ممکن است از طریق افزایش نمایه انرژی (ابزاری فضایی) و فشارخون بالا و الکتریکی ممکن است از طریق افزایش نمایه انرژی (ابزاری فضایی)

مقایمات به انسلولین

II. مطالعه سلیدت پرستاران نشان داد که با افزایش نمایه توده بدن، احتمال بروز سنگ کیسه صفرا، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی، سرطان کولون و سکته در مردان افزایش یافت.[۱۶]

III. یافته‌های حاصل

اکثر انسلولین در مردان ناشان داد که با افزایش نمایه توده (انسلولین بالا و الکتریکی) شاخص‌های سریه (کلسسترول بالا و الکتریکی) انسلولین بالا و الکتریکی ممکن است از طریق افزایش نمایه انرژی (ابزاری فضایی) و فشارخون بالا و الکتریکی ممکن است از طریق افزایش نمایه انرژی (ابزاری فضایی)

IV. سایر بیماری‌ها

مطالعه سلیدت پرستاران نشان داد که با افزایش نمایه توده بدن، احتمال بروز سنگ کیسه صفرا، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی، سرطان کولون و سکته در مردان افزایش یافت.[۱۶]

I. - Third National Health and Nutrition Examination Survey

2. - Swedish Obesity Study
پیشگیری و درمان چاقی

پیشگیری

با توجه به مطالعه‌های که بیان شد اهمیت پیشگیری از چاقی بر
کسی پویشده نیست، پیشگیری از چاقی در 4 مرحله توصیه می‌شود:
1- پیشگیری نخستین: پیشگیری از افزایش وزن در
دوران نوزادی، کودکان سنین مدرسه، برگسالانه که
نامه‌های توده بدنی طبیعی دارند.
2- پیشگیری اولیه: تغییر شیوه زندگی در
سطح جامعه، ب- پیشگیری از افزایش وزن در کودکان
که والدین چاق دارند، برگسالانه که شغل‌هایی با
فعالیت فیزیکی کم دارند، سالمندان.
3- پیشگیری ثانویه: آموزش و بهبود انسجام
وزن در کودکان و برگسالان، ب- پیشگیری از چاقی در
افراد با اضافه وزن و نباید پیشگیری از تشخیص چاقی در فردان
چاق.
4- پیشگیری چهارم: پیشگیری از عوارض کشیده و غیر
کشیده چاقی مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت،
سرطان و استوارت‌پاریتی.

درمان چاقی

هدف اصلی از درمان چاقی، کاهش وزن است. فاїده اصلی
کاهش وزن، اصلاح پیشگیری از بسیاری از عوامل خطر

جدول 2- لیست داروهاي مورد تایید FDA برای استفاده در درمان چاقی

<table>
<thead>
<tr>
<th>تام تجاری</th>
<th>نام زیریک</th>
<th>دوز توصیه شده برای برگسالان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مهارکند</td>
<td>لیپازیا</td>
<td>120 میلیگرم سه بار در روز همزمان غذای چرب میل شود</td>
</tr>
<tr>
<td>ازیست</td>
<td>گنگنگی</td>
<td>10 میلی گرم دوبار در روز</td>
</tr>
<tr>
<td>آگونت</td>
<td>گریندی</td>
<td>20 میلی گرم سه بار در روز همزمان غذای چرب میل شود</td>
</tr>
<tr>
<td>نورکسین</td>
<td>ترکزیم</td>
<td>75 تا 120 میلی گرم سه بار در روز همزمان غذای چرب میل شود</td>
</tr>
<tr>
<td>کوسیمی</td>
<td>ترکزیم</td>
<td>75 تا 120 میلی گرم سه بار در روز همزمان غذای چرب میل شود</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ادامه جدول در صفحه بعد
طرح‌های نقشه راه کنترل چاقی در ایران
چاقی هم‌مانند سایر بیماری‌های غیروارگان با بیماری‌های مزمن، ماهیت جنگ عاملی داشته، لذا ریکارزهای سالمت عمومی با هدف پیشگیری یا کاهش این معضلات، نیازمند لحاظ متناسبی از رویکردی مبتکر می‌باشند. هر راهبرد مداخله‌ای در سطح جامعه باید ضمن نظر جنگ شناسی جنگ عاملی چاقی، به نشان کامل عوامل اجتماعی، رفتاری، سیاسی، اقتصادی و در دنیای طبیعی داشته باشد. با توجه به شیوع فراوانی چاقی و افزایش وزن در آمریکا، باید از رویکرد مداخله‌ای برای پیشگیری از چاقی و به‌منظور روند وابسته به آن احساس شد. این رویکرد در قالب برنامه‌های پیشگیری و در آمریکا اثربخش است. (ش(۲۴) موانع در اجرای برنامه پیشگیری از چاقی در آمریکا وجود داشت و عوامل زیر به‌عنوان موافق اصلی راهبردهای مداخله‌ای پیشگیری از چاقی در این کشور گزارش شده‌اند: (۲۵):

1- اولویت بندی نامناسب سیاست‌گذاری و بودجه‌ای برای این معضل.
2- پژوهش‌های چاقی با شکل مؤثر و مناسب به مقایسه‌های بالینی تبدیل و توجه به تغییر داده‌اند.
3- تفکر نادرست جامعه که چاقی را یک مکان فردی می‌داند نه جامعه.
4- تغییرات سیاست‌گذاری ضروری در برنامه‌های پیشگیری رخ نده است.
5- اندازه‌گیری‌های معنی‌دار و تغییر رفتار در این برنامه‌ها محدود هستند.

1- Chronic Care Model
2- Potential Impact Fraction Model
3- Evidence Based Policy/ Decision Making
جدول ۳- معیارهای مورد استفاده جهت انتخاب راهبردها

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره راهبرد/شاخه</th>
<th>توصیف راهبرد/شاخه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>راهبرد ۱</td>
<td>افزایش دسترسی به غذاها و نوشیدنی‌های سالم در مکان‌های عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد ۲</td>
<td>سیاست منطبق با بهارکری استانداردهای تغذیه‌ای مفاد برای راهنمای تغذیه‌ی آمریکا (نسخه ۲۰۰۵) در تمامی امکانات بهداشت غذایی</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد ۳</td>
<td>افزایش دسترسی به غذاها و نوشیدنی‌های سالم قابل تهیه در مکان‌های عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد ۴</td>
<td>سیاست گذاری محلی پیشنهاد غذای سالم را به هزینه غذای کمتر سالم در امکان دولتی می‌داند</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد ۵</td>
<td>تعداد استفاده از غذاهای سبز و صبحی و سوپمارکت‌ها به‌طور همزمان ۱۰۰۰۰ نفر ساکن شهر مطبوع محروم</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد ۶</td>
<td>دولت محلی</td>
</tr>
</tbody>
</table>

دراداهم نمونه‌ای از طبقه‌بندی راهبردهای مورد استفاده در برنامه ملی پیشگیری از چاقی در آمریکا در قالب جدول ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹، بیان می‌شوند.

جدول ۳- طبقه‌بندی راهبردهای انفرادی | معیار
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>توصیف معیار</td>
<td>معیار</td>
</tr>
<tr>
<td>پوشش</td>
<td>راهبرد در مورد بالاتری از جمعیت عمومی را تحت پوشش قرار دهد.</td>
</tr>
<tr>
<td>تغییر پایداری</td>
<td>راهبرد قابلیت کنترل در سطح جامعه داشته باشد.</td>
</tr>
<tr>
<td>قابلیت انتقال</td>
<td>راهبرد قابلیت بودن در جوامع مختلف از نظر اندازه، سطح و خصوصیات دموگرافیک است.</td>
</tr>
<tr>
<td>اعمال گردید</td>
<td>قدرت بالقوه راهبرد در ارتفاع سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>تایید یافته سلامتی</td>
<td>نیازهای اطلاعاتی جامعه را تنها تنها نماید با جامعه قادیر باشند.</td>
</tr>
<tr>
<td>بهره‌مندی</td>
<td>ریزی و پایین‌ترین نیاز جامعه نگر را به انجام رسانند.</td>
</tr>
<tr>
<td>روانی ساختار</td>
<td>شامل به‌درستی راهبردی را ارزیابی نمایند که هدف انداده‌گیری آن بود.</td>
</tr>
<tr>
<td>قابلیت اجراء</td>
<td>شامل جوانان بدون اتکا به بررسی مقطعی، و یا تکیه بر داده‌های معمول در سطح ایالتی و محلی(استانی) جمع آوری، تولید و تفسیر گردید.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 5 - آدامه سطح بندی راهبردها: پرراهمبردهای حمایت از غذا و جوشیده‌ی مال

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره راهبرد / شاخص</th>
<th>توصیف راهبرد / شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>راهبرد 7</td>
<td>محدودیت دسترسی به مواد غذایی کمتر سالم در اماکن عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 7</td>
<td>وجود سیاست‌ها و قانون‌های برجام مواد غذایی کمتر سالم در منطقه</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد 8</td>
<td>امکان تولید مواد غذایی با کیفیت کمتر سالم</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 8</td>
<td>وجود سیاست‌ها و قانون‌های برجام مواد غذایی (ساندویچ) در سایت‌های کوچک</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد 9</td>
<td>محدود نمودن تبلیغات مواد غذایی کمتر سالم</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 9</td>
<td>وجود سیاست‌ها و قانون‌های برجام کردن تبلیغات مواد غذایی کمتر سالم</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 6 - آدامه سطح بندی راهبردها: ج) راهبردهای تسهیلات مصرف شیر مادر

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره راهبرد / شاخص</th>
<th>توصیف راهبرد / شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>راهبرد 11</td>
<td>افزایش حمایت از مصرف شیر مادر یا شیردهی</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 11</td>
<td>وجود سیاست‌ها و قانون‌های برجام حمایت از شیردهی در کارکنان</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 7 - آدامه سطح بندی راهبردها: د) راهبردهای تبلیغاتی فعالیت‌های مصرف شیر مادر

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره راهبرد / شاخص</th>
<th>توصیف راهبرد / شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>راهبرد 12</td>
<td>آموزش فعالیت‌های مصرف شیر در مدارس</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 12</td>
<td>در بزرگترین مدارس منطقه (شهرستان) بهره‌برداری از آموزش فعالیت‌های مصرف شیر در مدارس 24 ساعت در هفته برای مدارس ابتدایی و دبیرستانهای اجرایی گردید</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد 13</td>
<td>کلیه دانش آموزان مدارس (دولتی) بهره‌برداری از آموزش فعالیت‌های مصرف شیر در مدارس 24 ساعت در هفته برای مدارس ابتدایی و دبیرستانهای اجرایی گردید</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 13</td>
<td>در مدارس منطقه (شهرستان) بهره‌برداری از آموزش فعالیت‌های مصرف شیر مادر 24 ساعت در هفته برای مدارس 24 ساعت در هفته برای مدارس ابتدایی و دبیرستانهای اجرایی گردید</td>
</tr>
<tr>
<td>راهبرد 14</td>
<td>کاهش مدتها مواد غذایی نماشانی در مراکز مراقبتی کودکان بالای 2 سال بهره‌برداری از نماشگرها در اماکن عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>شاخص 14</td>
<td>در مراکز مراقبتی کودکان بالای 2 سال بهره‌برداری از نماشگرها در اماکن عمومی 2 ساعت در روز باشد</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 8- ادامه طبقه بنیان راهبردها (6) راهبردهای ایجاد جامعه ایمن در راستای حفاظت از فعالیت فیزیکی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره راهبرد / شاخص</th>
<th>توصیف راهبرد / شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>16</td>
<td>ارتقای دسترسی به مرکز تفریحی در خارج از منزل</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>درصد مناطق مسکونی که فاصله نیم مایل از یکدیگر یک مرکز تفریحی دارند.</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>توسه زیرساخت حمایت از دوچرخه‌سواری</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>کل طول یا مسافت سیستم دوچرخه ویژه دوچرخه‌سواری یا مسیرهای مشترک (برای دوچرخه) نسبت به کل مسافت خیابان‌های یک منطقه (شهرستان)</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>توسه زیرساخت حمایت از پایه‌روی</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>کل مسافت پایاهای راه‌های سفر رده، نسبت به کل مسافت خیابان‌های یک منطقه (شهرستان)</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>حمایت از محل ورودی مدارس در محدوده پایاه روی آسان مناطق مسکونی</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>وجود سیستم حمایت از محل استقرار مدارس جدید یا اصلاح مسیرهای مدارس موجود تا در محدوده دسترسی پایاه روی (یا دوچرخه‌سواری) مناطق مسکونی باشد.</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>بهبود دسترسی به حمل و نقل عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>درصد مناطق مسکونی که حداکثر فاصله بین مایل از یکدیگر، دارای یک ایستگاه اتوبوس و باصله نیم مایل از یکدیگر که یک ایستگاه ترن (مترو) دارند.</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>درصد بندی مناطق مسکونی به صورت مناطق با توسه مختلط</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>دسته بندی مناطق مسکونی به صورت مناطق با توسه مختلط (مسکونی، تجاری، اداری، خدمات عمومی و ...)</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>ارتقای ایمنی فردی در مناطقی که افراد می‌توانند از نظر فیزیکی فعال باشند</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>تعداد ساختمان‌های خالی یا آگاهش شده نسبت به کل ساختمان‌های یک منطقه</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>ارتقای ایمنی ترافیکی در مناطقی که افراد می‌توانند از نظر فیزیکی فعال باشند</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>وجود سیستم برای طراحی یا اصلاح خیابان‌های ایمن در دسترس ایمن برای کلیه بهره برداران</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 9- ادامه طبقه بنیان راهبردها (و) راهبردهای تشییع جامعه در راستای سازماندهی برای تغییر

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره راهبرد / شاخص</th>
<th>توصیف راهبرد / شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>24</td>
<td>مشارکت در انتخاب‌ها یا مشارکت‌های اجتماعی برای حل مشکل ناچیز</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>دولت ملی، باید عضو فعل جهاد دفاعی برای انتخاب‌ها یا مشارکت برای ارتقای یا تغییر سیاست‌ها در راستای بهبود زندگی فعلی و تغییر سالمندی.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
رویکرد مدل مراقبت مزمن

این مدل برای اولین بار در سال ۲۰۰۱ توسط Wagner و همکاران معرفی گردید[۶۶]. در این رویکرد مدل مداخل، مهم‌ترین بیماری‌ها شامل اصلی مدل شامل خود، مدل مراقبت بیماران، منابع بیشتر بر جامعه، تداوم مراقبت‌های فردی و بیماران، استفاده از فناوری اطلاعات، ایجاد مبتنی بر گروهی برای بیماران و ارائه دهندگان خدمات و نیز تغییر سیاست‌های علومی می‌باشد.

این رویکرد فاقد منافعی برای بیماران دارد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- دریافت اطلاعات علمی به زبان ساده توسط بیماران
۲- ارتقای مهارت‌های خود مراقبتی
۳- ارتقای انگیزش بیماران از طریق تداوم رابطه پزشکان و بیماران
۴- افزایش حمایت
۵- ارتقای حس خودکارآمدی از طریق تکرار و دستیابی به اهداف کوتاه مدت (این مولفه قوی ترین عامل تغییر شیوه زندگی است).

رویکرد شبکه علیتی

در این رویکرد، شبکه علیتی چاقی، تبیین گردیده و این مدل اولویت‌بندی مداخل‌ها می‌باشد. مدل سایزی تغییر در سطح عامل خطر و پیش بینی میزان تاثیر آن در موقع با

پس از مرحله تدوین راهبردهای و تبیین عوامل خطر در ابتدای کاربرد شاخه‌های ارزآمیخته (پایلوتوت) گرفته شد. سپس از اصلاحات حاصل از تأثیر پایلوتوت، کل سیستم مداخل‌ها، ابست و فرمداری‌ها ارسال شد تا

مقدمات و در مورد مسیر انجام آن فراهم گردد.

پایتخت و ارتباطات این مدل در سطوح مختلف ساختار جامعه (شهرستان، استان و کل کشور) مدل‌های قرار گرفت.

در این روش، گام‌های بعدی دنیای فنی شاخه‌های سهم عبانی عامل خطر و از کاربرد مدل‌های مختلف قابل توجه (و لازم) با ضعیفیت مناسب فرآیند که در اثر خطر از دسترس می‌باشد. این خطر را به طور مستقیم در سطح کلی با منظور عملاً یک عامل خطر را به طور کاملاً از بین برمی‌آورد.

به همین خاطر، گونه‌پردازی از شاخه‌های سهم عبانی عامل خطر با لزوم به همین تحلیل می‌تواند واقع ایده گردد که هم زمان با مطالعه بار چالشی بیماری‌ها به طور خود، بیمارانی که مورد استفاده قرار گرفته در تحلیل می‌تواند واقع و ضعیفیت موجب شود که به طور خود، مورد استفاده قرار گرفته در تحلیل واقع با وضعیت دیگری در نتیجه یک مداخله (و ضعیفیت می‌باشد در بار بیماری کمی (PIF) به روشی این مدل می‌باشد پایه ای که می‌تواند به منظور علیت شاخه‌های سهم عبانی می‌باشد.

به همین خاطر، گونه‌پردازی از شاخه‌های سهم عبانی عامل خطر با لزوم به همین تحلیل می‌تواند واقع ایده گردد که هم زمان با مطالعه بار چالشی بیماری‌ها به طور خود، بیمارانی که مورد استفاده قرار گرفته در تحلیل می‌تواند واقع و ضعیفیت موجب شود که به طور خود، مورد استفاده قرار گرفته در تحلیل واقع با وضعیت دیگری در نتیجه یک مداخله (و ضعیفیت می‌باشد در بار بیماری کمی (PIF) به روشی این مدل می‌باشد پایه ای که می‌تواند به منظور علیت شاخه‌های سهم عبانی می‌باشد.

1 - Potential Impact Fraction
2 - Generalized Impact Fraction
3 - Attributable Risk
4 - Counter-factual Analysis
در راستای طراحی نقشه راه، دو مدل برای پیاده کردن در جامعه پیشنهاد می‌شود: مدل مفهومی و مدل چهار بخشی.

مدل مفهومی نقشه راه

مدل مفهومی نقشه راه شامل مرحله‌های زیر است:
الف- مرحله اول (مقدماتی):
در این مرحله اقدامات زیر بایستی انجام پذیرد: فراهم نمودن شرایط لازم و اساسی برای اجرای جلب و رضایت سیاست‌گذاران، جلب حمایت سرمایه‌گذاران، تعیین هدف و حد و مرز نقشه راه.
ب- مرحله دوم (تعمیل):
اقدامات این مرحله شامل محصولی که نقشه راه بر آن مشترک است، تعیین نیازمندی‌ها، سیاست تلقی و بررسی و اهداف آنها، تصمیم‌گیری ناوبری قرار دارد.
ج- مرحله سوم (برپایی و انجام فعالیت):
در این مرحله با پایبندی نقد و اعتبارسازی نقشه راه و نیز توسیع اقامت قابل اجرا محدود می‌شود.
د- مرحله چهارم (بر روی رسانید):
هدف اصلی این مرحله بررسی مجدد و هر روز رسانی شواهد علمی می‌باشد.

برای پایبندی مدل مفهومی نقشه راه در ایران، اقدامات زیر می‌تواند طراحی شود:
1- تعمیل وضعیت چایی در سطح ملی
2- تحقیق و تغییر بار مالی و خطر چایی بر سلامت
3- تخفیف مالی برای استخدام
4- اطلاع رسانی و ایجاد مردم در آگاهی صحیح و
5- یادگیری آن
6- چاره‌بندی‌های اجتماعی برای تعیین و حل مشکلات ناشی از چایی بر سلامت
7- توسعه سیاست‌ها و اقداماتی که منجر به حمایت فردی و اجتماعی درمان چایی شود
8- وضع قوانین برای حمایت از سیاست‌های فوق

نقشه راه 1 مداخلات در چایی

برای رویکرد چندبعیدی به اداره چایی در ایران، پیشنهاد ترمیم نقشه راه می‌شود. طراحی نقشه راه در علوم پزشکی علاوه بر توآوری و امکان مدیریت مراقبت، منافع دیگری که از آن جمله موارد زیر می‌باشد:
1- امکان انجام مرحله قابل سنجش
2- تعیین اهداف جمعیت سالم در سال 2025 بر اساس نتایج مشاهده که در 10
3- کارخانه‌های داخلی خاصیتی و
4- تخصص مطالعه بررسی نیازمندی‌ها
5- یکپارچه‌سازی در مداخلات
6- تبادل اطلاعات و تجربیات
7- امکان مقابله از مداخلات
8- ارتباط پژوهشگران سیاست سلامت با مراکز ارائه
امکان بهبود، گرچه این شیوع فیزیکی است که با میزان مولکول‌های تریلاکسیست و میر بالا و افزایش حمایت این با بیماری‌های زیادی همبسته است. به واسطه شیوع بالا و عوامل اجتماعی - اقتصادی، تفاوت‌ها که از عواملی زیاد می‌باشد در روزگار ماست. به‌نفعین همه جوامع با توجه به مشابه بودن باید ساختار کاری روشی در زمینه مدیریت بیماری چاقی داشته باشد. به نظر می‌رسد که طراحی نشان دهنده این باید از گروه سازمان برای رویکرد مناسب برای روزگار مدتی بر شوهد به ایجاد چاقی است که می‌توان به سیاست‌های آن تغییر کرده در شناسایی و اطلاعات لازم را بالا. برای مانند راه‌های فقط یک برنامه بله که راه تحقیق آن را نیز برای محسن و با این مدل می‌توان از انجام کارهای تکریزی پیشگیری کرد.

**استرداد**


9- Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. GBD profile: IRAN. Available at: http://www.healthmetricsandevaluation.org


21- Global Prevalence of Obesity in Adults. International Association for the Study of Obesity 2012. Available at: www.iasco.org

22- برزین م، حسین پناه ف، ارزنجانی ف، عزیزی ف. روند شیوع جنایی و جانبهای شکمی در برخی‌العملان شهر تهران (1378–1382)، پژوهش‌های ۱۳۸۲، 1۰(۱)، ۶۶–۷۲.


59. Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly
independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300,000 persons. *Arch Intern Med* 2007; 167:1720.


