

بررسی شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت ۶۴-۲۵ ساله شهر خرم آباد، سال ۱۳۸۵

سید سعید نجفی^۱، مرضیه مومن نسب^{۱*}، محمد جواد طراحی^۲

چکیده

مقدمه: اضافه وزن و چاقی، شایع‌ترین اختلال متابولیسم در انسان است و به عنوان عامل خطری برای بسیاری از بیماری‌ها به شمار می‌رود. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت ۶۴-۲۵ ساله شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۵ انجام گردید.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - مقطوعی، ۱۰۱۰ نفر از ساکنین ۶۴-۲۵ ساله شهر خرم آباد با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و با مراجعه به منازل مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات فردی توسط پرسشنامه و از طریق مصاحبه جمع آوری شد. وزن نمونه‌ها با ترازوی عقربه ای استاندارد و قد با استفاده از قدسنج، اندازه گیری شد. نمایه توده بدنش محاسبه گردید و مقادیر بین ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم اضافه وزن و ۳۰ و بیشتر به عنوان چاقی در نظر گرفته شد. برای بررسی چاقی شکمی، با متر نواری دور کمر و دور باسن اندازه گیری و نسبت دور کمر به دور باسن محاسبه و مقادیر ۰/۹۵ سانتی‌متر و بیشتر در مردان و ۰/۸۵ سانتی‌متر و بیشتر در زنان به عنوان چاقی شکمی تعریف گردید.

یافته‌ها: در شهر خرم آباد، شیوع اضافه وزن ۳۶/۸٪ و شیوع چاقی ۱۱/۴٪ بود. شیوع چاقی بطور معنی دار در زنان (۱۴/۹٪) بیشتر از مردان (۸/۱٪) و شیوع اضافه وزن در مردان ۷/۳۷٪ و در زنان ۱/۳۶٪ بود. شیوع چاقی با افزایش سن و تأهل نسبت مستقیم و با سطح سواد نسبت عکس داشت ($P=0/0001$). شیوع چاقی شکمی در زنان ۳/۷۳٪ و در مردان ۷/۲۲٪ بود که با افزایش سن ارتباط معنی دار نشان داد ($P=0/0001$). در هر دو جنس با افزایش سطح تحصیلات، شیوع چاقی شکمی کاهش یافت.

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

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

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

*نشانی: شیراز، میدان نمازی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، تلفن: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۴، نمبر: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۲، پست الکترونیک: momennasab@sums.ac.ir

مقدمه

زنان و نیز اختلالات رفتاری و عاطفی به ویژه در نوجوانان مشخص شده است. همچنین با افزایش شدت چاقی، احتمال مرگ و میر افزایش می‌یابد [۲۰، ۲۳، ۴، ۳]. علاوه بر چاقی عمومی، تجمع چربی اضافه در ناحیه شکم و بالاتنه که به عنوان چاقی شکمی شناخته می‌شود، یک پیش‌آگهی مستقل برای عوامل خطرساز بیماری‌های قلبی-عروقی و پیامدهای آن است. افزایش چربی احتشایی به مراتب خطرناک‌تر از تجمع چربی در نقاط دیگر بدن است و می‌تواند خطر مرگ زودرس و بیماری‌هایی نظیر پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی، دیابت، حمله قلبی و برخی سرطان‌ها را افزایش دهد [۲۱، ۲۲].

به دلیل بروز عوارض چاقی، سالانه هزینه‌های فراوانی بر نظام سلامت کشورها تحمیل می‌شود، بطوری که در امریکا سالانه $5/5$ تا $7/5$ و در سایر کشورها بین $2/5$ تا $3/5$ کل هزینه‌های ملی بخش سلامت در این زمینه صرف می‌شود [۱۹]. با توجه به نکات فوق و اهمیت این اختلالات، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اضافه وزن و چاقی و الگوی تغییرات آن در گروه‌های سنی و جنسی مختلف در جمعیت $25-64$ ساله ساکن شهر خرم آباد در سال 1358 انجام گرفت.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعي با در نظر گرفتن شیوع 30% براساس مطالعات قبلی، حجم نمونه 1010 نفر برآورد گردید. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول بر اساس تقسیمات معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، هر یک از مناطق بیستگانه تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد. سپس با توجه به تعداد خانوارهای تحت پوشش هر مرکز، نمونه گیری بصورت تصادفی انجام شده و با مراجعه به درب منازل کلیه افراد $25-64$ ساله خانواده به عنوان نمونه انتخاب شدند. اطلاعات فردی شامل سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل توسط کمک پژوهشگران با تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه جمع‌آوری گردید.

چاقی و اضافه وزن که تجمع غیر طبیعی و بیش از حد چربی در بدن می‌باشد، در حال حاضر به یک مشکل بهداشتی عمومی در نقاط مختلف دنیا تبدیل شده است. بررسی سازمانی جهانی بهداشت در سال 2005 نشان داد که حدود $1/6$ بیلیون نفر از بالغین بیش از 15 سال در جهان مبتلا به اضافه وزن و حداقل 400 میلیون نفر چاق بوده‌اند. در بیست سال گذشته شیوع چاقی در کشورهای در حال توسعه سه برابر شده و بر اساس پیش‌بینی این سازمان، در سال 2015 تعداد مبتلایان به اضافه وزن و چاقی به ترتیب بالغ بر $2/3$ بیلیون و 700 میلیون نفر خواهد بود [۱، ۲].

این اختلالات شایعترین اختلال متابولیسم در انسان بوده و به عنوان بیماری‌های مهم دهه‌های اخیر مطرح می‌باشند. این مشکل فقط مختص کشورهای توسعه یافته نیست و شیوع آن در تمام دنیا و از جمله کشورهای در حال توسعه افزایش یافته است. امروزه بسیاری از کشورهای در حال توسعه از سویی با بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه مواجهند و از سوی دیگر یک افزایش سریع در عوامل خطر بیماری‌های مزمن مانند چاقی و اضافه وزن به ویژه در مناطق شهری را تجربه می‌کنند [۱، ۳، ۴].

مطالعات مختلف در سال‌های اخیر بیانگر روند فزاینده شیوع چاقی و اضافه وزن در جوامع و سینین مختلف می‌باشند. شیوع کلی چاقی و اضافه وزن در جوامع مختلف بسیار متفاوت است به نحوی که کمترین میزان‌ها مربوط به مناطق جنوب و جنوب شرق آسیا و بیشترین آنها مربوط به امریکا، خاورمیانه و اروپا می‌باشد [۱۱-۱۳].

در ایران نیز مطالعات مختلفی انجام شده است که شیوع نسبتاً بالای این اختلالات را به ویژه در مناطق شهری نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده در تهران، اصفهان، سمنان و استان گلستان، بیانگر شیوع قابل ملاحظه اضافه وزن و چاقی در نقاط مختلف کشور می‌باشد [۱۴-۱۶، ۳، ۴].

اضافه وزن و چاقی زمینه ساز بسیاری از بیماری‌ها بویژه بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، پرفشاری خون، دیابت نوع 2 ، اختلالات متابولیک، استئوآرتیت، اختلالات تنفسی، سنگ کیسه صفراء و برخی سرطان‌ها می‌باشد. ارتباط چاقی با مشکلات باروری در

شکمی در نظر گرفته شد. نسبت دور کمر به دور باسن در حال حاضر بهترین شاخص چاقی شکمی می‌باشد [۲۳]. اطلاعات حاصله با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۱) تجزیه و تحلیل گردید. علاوه بر محاسبه فراوانی و میانگین داده‌های کمی، برای مقایسه میانگین بین گروه‌ها از آزمون t و جهت مقایسه فراوانی بین گروه‌ها و طبقات مختلف از آزمون مجذورکای استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۱۰ افراد مورد مطالعه، ۵۳۲ نفر زن (۵۲/۷٪) و ۴۷۸ نفر مرد (۴۷/۳٪) بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه (۲۸/۲٪) سال بود که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۲۸/۴٪) قرار داشت. اکثریت افراد (۷۷/۸٪) متاهل و دارای تحصیلات در سطح دیپرستان و بالاتر (۵۱/۱٪) بودند.

میانگین نمایه توده بدنی در بین مردان ۲۴/۸۸ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۴/۹۹-۲۴/۷۹) و در زنان ۷/۲۵ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۷/۹۳-۷/۳۶) بود. آزمون آماری تی از این نظر اختلاف معنی دار در دو جنس نشان داد ($P=0/0001$) میانگین دور کمر در مردان ۵/۵ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۵/۹-۵/۱) و در زنان ۱/۲۱ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۳۳-۱/۱۸) بود. میانگین دور باسن به ترتیب در مردان و زنان ۰/۵۷ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۸۴-۰/۲۱) و ۰/۰۲ (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۹۱-۰/۱۴) بود. میانگین نسبت دور کمر به باسن در مردان (۰/۹۱) (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۸۸-۰/۹۴) و در زنان (۰/۰۸) (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۰۷-۰/۰۹) بود.

به طور کلی در شهر خرم آباد شیوع اضافه وزن ۳۶/۸٪ و چاقی ۱۱/۴٪ بود، در میان افراد چاق (۸۳/۳٪) چاقی درجه ۱ (۱۳/۲٪) درجه ۲ و (۳/۵٪) چاقی درجه ۳ داشتند. شیوع چاقی در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان بود ($P=0/0003$). بطوری که این میزان در زنان ۱۴/۹٪ و در مردان ۱/۸٪ بوده و هیچ موردی از چاقی درجه ۳ در مردان مشاهده نشد. اما شیوع اضافه وزن در مردان بیشتر از زنان بود (۰/۳۷٪ در مقابل ۰/۳۶٪).

وزن نمونه‌ها با ترازوی استاندارد مارک زوهنل آلمان و با سبک‌ترین لباس ممکن و بدون کفش اندازه گیری شد. اندازه گیری بر روی یک سطح سخت صورت گرفت. ترازوها در فواصل معینی با ترازوی شاهد کنترل و تنظیم شدند.

برای اندازه گیری قد، از قد سنج نواری استفاده شد. قد افراد نمونه در وضعیت ایستاده و بدون کفش، کلاه و گیره سر در حالی که پشت سر، باسن، ساق و پاشنه پا با دیوار تماس داشت، با استفاده از یک خط کش که روی موها فشرده می‌شد اندازه گیری گردید. اندازه گیری دور کمر با استفاده از متر نواری، در انتهای یک بازدم معمولی در خط وسط بین آخرین دندنه و تیغه ایلیاک با حداقل لباس اندازه گیری شد. هم چنین بزرگترین قطر باسن نیز با متر نواری اندازه گرفته شد. کلیه اندازه‌ها در فرم ثبت اطلاعات درج گردید.

جهت ارزیابی وضعیت چاقی، نمایه توده بدنی^۱ محاسبه گردید که کارآمدترین شاخص مورد استفاده در سطح جمعیت برای چاقی و اضافه وزن در هر دو جنس و در بالغین بوده و بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت بصورت زیر طبقه بندی می‌شود: [۳، ۱]

وضعیت	نمایه توده بدنی (kg/m^2)
کم وزن (لاگر)	۱/۵-۱/۵
طبیعی	۱/۵-۲/۹
اضافه وزن	۲/۹-۲/۹
چاقی درجه یک	۳/۰-۳/۴
چاقی درجه دو	۳/۵-۳/۹
چاقی درجه سه	۴/۰
مساوی و بیشتر از	

با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجدور قد بر حسب متر مربع، نمایه توده بدنی محاسبه و بر اساس طبقه بندی فوق دسته بندی صورت گرفت.

جهت بررسی چاقی شکمی، نسبت دور کمر به دور باسن از تقسیم این دو عدد بر هم به دست آمد که نسبت $m/۰/۹۵$ یا بیشتر در مردان و $m/۰/۸۵$ یا بیشتر در زنان به عنوان چاقی

آماری معنی دار را در این خصوص نشان داد ($P=0/0001$). بیشترین شیوع اضافه وزن در مردان با تحصیلات دپیلم (۴۰/۹٪) و کمترین آن در مردان با تحصیلات ابتدایی (۳۶/۶٪) بود در حالیکه چاقی در مردان بیسواند بیشترین (۱۶/۴٪) و در مردان دانشگاهی (۴/۵٪) کمترین شیوع را داشت ($P=0/0001$). جدول ۱ شیوع اضافه وزن و چاقی را در مردان و زنان بر حسب متغیرهای سن، تا هل و تحصیلات نشان می دهد.

شیوع نسبت نامطلوب دور کمر به دور باسن (چاقی شکمی) در زنان ۷۳/۳٪ و در مردان ۲۲/۷٪ و به عبارتی شیوع چاقی شکمی در زنان سه برابر مردان بود. این تفاوت پس از حذف اثر سن نیز مشاهده شد ($P<0/0001$).

در هردو گروه زنان و مردان چاقی شکمی ارتباط معنی داری با سن نشان داد، بطوریکه با افزایش سن شیوع آن افزایش داشت ($P=0/0001$).

در زنان بالاتر از شصت سال، شیوع چاقی شکمی ۹۴٪، در گروه ۳۰-۲۰ ساله، ۶۰/۳٪ و در مردان در این دو گروه سنی به ترتیب ۲۴/۳٪ و ۱۵/۹٪ بود.

با حذف تاثیر سن، شیوع چاقی شکمی، با وضعیت تا هل در هر دو جنس، اختلاف معنی داری نشان نداد ($P<0/0001$).

از نظر ارتباط سطح تحصیلات و چاقی شکمی، مشخص شد که در هر دو جنس، با افزایش سطح تحصیلات شیوع چاقی شکمی کاهش می یابد. این میزان در زنان بیسواند ۸۲/۱٪ و در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۶۳/۸٪ و در مردان به ترتیب ۲۹/۹٪ و ۲۲/۱٪ بود.

جدول ۲ شیوع چاقی شکمی را بر حسب متغیرهای سن، تا هل و تحصیلات در دو جنس نشان می دهد.

از نظر سنی بیشترین موارد اضافه وزن در زنان در گروه سنی بیش از ۶۰ سال (۵۰/۲٪) و در مردان در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال (۵۸/۱٪) مشاهده گردید. بیشترین شیوع چاقی نیز در گروه زنان و مردان به ترتیب در گروههای سنی ۵۱-۶۰ سال (۳۵/۵٪) و گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۱۲/۲٪) بود. آزمون آماری مجدور کای در بین گروههای مختلف سنی در هر دو جنس اختلاف آماری معنی داری را در شیوع چاقی و اضافه وزن نشان داد ($P=0/0001$). در مجموع در دو جنس بیشترین موارد اضافه وزن در سنین بیش از ۴۰-۵۰ سال و بیشترین موارد چاقی در گروه سنی ۴۰-۵۰ سال مشاهده شد.

شیوع چاقی در افراد متاهل (۱۲/۲٪)، در افراد مجرد (۲/۱٪) و شیوع اضافه وزن نیز به ترتیب ۴۰/۹٪ در مقابل ۲۷/۲٪ بود. این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود و در دو گروه زنان و مردان مشاهده گردید ($P<0/0001$).

پس از حذف تاثیر متغیر سن به عنوان یک متغیر مخدوش کننده با استفاده از آزمون کوواریانس و همچنین روش لایه بندي، اختلاف مشاهده شده در شیوع اضافه وزن و چاقی در دو جنس و بر حسب تا هل همچنان وجود داشت ($P<0/0001$).

از نظر ارتباط سطح تحصیلات با وزن نامناسب در گروه زنان و مردان نتایج متفاوتی به دست آمد. در گروه زنان بیشترین شیوع اضافه وزن در افراد دارای تحصیلات در سطح سیکل (۴۵/۳٪) و بیسواند (۴۲/۳٪) و کمترین شیوع در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی مشاهده شد.

از نظر چاقی، بیشترین موارد در افراد دارای تحصیلات ابتدایی (۲۲/۷٪) و کمترین شیوع در دپیلم (۳/۷٪) و بالاتر از دپیلم (۷/۶٪) وجود داشت. آزمون مجدور کای اختلاف

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی اضافه وزن و چاقی بر حسب متغیرهای سن، تاہل و تحصیلات در ۱۰۱۰ نفر ساکنین ۶۴-۲۵ ساله شهر خرم آباد در دو جنس- ۱۳۸۵

مرد	زن			ویژگی
	اضافه وزن (%)	چاقی (%)	اضافه وزن (%)	
(%)	(%)	(%)		گروه سنی *
۴/۲	۳۳/۶	۳/۸	۳۲/۴	۲۰-۳۰
۹/۱	۳۶/۴	۱۸/۲	۳۲/۸	۳۱-۴۰
۱۲/۲	۴۲/۲	۲۴/۲	۴۳/۵	۴۱-۵۰
۸	۵۸/۱	۳۵/۵	۲۷/۳	۵۱-۶۰
۶/۸	۳۹/۲	۷/۸	۵۰/۲	>۶۰
				وضعیت تاہل †
۲/۱	۳۲/۵	۲	۲۳/۱	مجرد
۹/۴	۴۰/۳	۱۶/۵	۴۰/۲	متاہل
				تحصیلات *
۱۶/۲	۳۸	۲۰/۵	۴۲/۳	بیسوساد
۶/۹	۳۶/۶	۲۲/۷	۳۰/۹	ابتدایی
۱۲	۳۹/۱	۱۸	۴۵/۳	سیکل
۷/۵	۳۷/۸	۷/۳	۳۴	دپلم
۴/۵	۳۷/۷	۷/۶	۳۳/۹	بالاتر از دپلم
۸/۱	۳۷/۷	۱۴/۹	۳۶/۱	کل

* اختلاف معنی دار بین دو جنس ($P < 0.05$). † عدم وجود اختلاف معنی دار بین دو جنس پس از حذف اثر متغیر سن ($P > 0.05$). آزمون آماری مورد استفاده: مجدد کای مطالعه مقطعی با ۱۰۱۰ نفر حجم نمونه

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی چاقی شکمی بر حسب متغیرهای سن، تاہل و تحصیلات در ۱۰۱۰ نفر ساکنین ۶۴-۲۵ ساله شهر خرم آباد- ۱۳۸۵

مرد	زن			ویژگی
	دارد (%)	ندارد (%)	دارد (%)	
(%)	(%)	(%)		گروه سنی *
۸۴/۱	۱۵/۹	۳۹/۷	۶۰/۳	۳۰-۴۰
۷۵/۴	۲۴/۶	۲۳/۱	۷۶/۹	۴۰-۴۱
۷۳	۲۷	۲۲/۱	۷۷/۹	۵۰-۶۱
۷۹/۱	۲۰/۹	۱۵/۲	۸۴/۸	۶۰-۶۱
۷۵/۷	۲۴/۳	۶	۹۴	> ۶۰
				وضعیت تاہل †
۸۸/۸	۱۱/۲	۴۵/۱	۵۴/۹	مجرد
۹/۴	۴۰/۳	۱۶/۵	۴۰/۲	متاہل
				تحصیلات *
۷۰/۱	۲۹/۹	۱۷/۹	۸۲/۱	بیسوساد
۷۷/۲	۲۲/۸	۲۱/۸	۷۸/۲	ابتدایی
۷۹/۳	۲۰/۷	۲۲/۸	۷۷/۲	سیکل
۷۷/۶	۲۲/۴	۳۳/۷	۶۶/۳	دپلم
۷۷/۹	۲۲/۱	۳۶/۲	۶۳/۸	بالاتر از دپلم
۷۷/۳	۲۲/۷	۲۶/۷	۷۳/۳	کل

* اختلاف معنی دار بین دو جنس ($P < 0.05$). † عدم وجود اختلاف معنی دار بین دو جنس پس از حذف اثر سن ($P > 0.05$). آزمون آماری مورد استفاده: مجدد کای مطالعه مقطعی با ۱۰۱۰ نفر حجم نمونه

بحث

در مطالعه قند و لبید تهران (۱۳۷۸-۸۰)، شیوع اضافه وزن در مردان و زنان به ترتیب ۴۱/۶ و ۳۷٪ و شیوع چاقی ۱۴/۲ و ۲۹/۱٪ بوده است [۱۴]. همچنین در مطالعه‌ای که توسط پایگاه تحقیقات جمعیتی منطقه ۱۷ تهران انجام شد (۱۳۸۲)، شیوع اضافه وزن در مردان و زنان به ترتیب ۵/۰ و ۷/۲۶٪ و چاقی ۱/۸۱ و ۳/۳۷٪ بوده است [۴]. براین اساس، شیوع چاقی در شهر خرم آباد نسبت به تهران کمتر است. در بررسی که در سال ۱۳۸۳ در استان لرستان بر روی ۲۵۰۰ نفر افراد ۱۵-۶۴ ساله انجام شد، شیوع اضافه وزن و چاقی در زنان به ترتیب ۱/۳۳ و ۲/۲۰ و در مردان به ترتیب ۴/۳۰ و ۶/۷٪ گزارش گردید [۲۴]. در همین سال یک مطالعه در سطح ملی بر روی همین گروه سنی، شیوع چاقی در زنان و مردان را به ترتیب ۲/۹۱ و ۹/۱ و شیوع اضافه وزن را به ترتیب ۳/۲۹ و ۹/۲۷٪ اعلام نمود. در این مطالعه نیز شیوع اضافه وزن در مردان بیشتر بوده است [۲۵].

مطالعات انجام شده در سایر نقاط کشور مثل سمنان، اصفهان و استان گلستان نیز بیانگر شیوع قابل ملاحظه اضافه وزن چاقی می‌باشد [۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۲]. نتایج مطالعه بهرامی و همکاران در استان گلستان که به صورت هم گروهی انجام شد، نشان داد که شیوع اضافه وزن در زنان این استان نسبت به زنان آمریکایی بیشتر و شیوع چاقی تقریباً برابر است. ولی شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان این استان بطور قابل ملاحظه‌ای کمتر از همتایان آمریکایی آنهاست [۲۰]. جدول ۳ شیوع اضافه وزن و چاقی را در مناطق مختلف کشور ایران و برخی کشورهای دنیا نشان می‌دهد [۴، ۳، ۱۶-۱۲]. در مطالعه حاضر شیوع چاقی شکمی در زنان ۳/۷۳ و در مردان ۷/۲۲٪ بوده است. چنان که مشخص است، چاقی شکمی در زنان سه برابر بیشتر از مردان می‌باشد. در سایر مطالعات هم چنین اختلافی مشاهده شده است [۱۳، ۴، ۲۲]. در مطالعات قند و لبید تهران، شیوع چاقی شکمی در زنان ۱/۶۶ و در مردان ۱/۳۲٪ و در مطالعه حشمت و همکاران به ترتیب ۳/۴ و ۳/۴٪ بوده است [۱۴، ۴].

در تحقیقات انجام شده در نقاط دیگر دنیا نیز شیوع بیشتر چاقی و چاقی شکمی در زنان مشخص شده است [۲۶، ۸/۵۶]. این تفاوت ممکن است به دلیل تحرک فیزیکی کمتر، امکان کمتر دسترسی به امکانات لازم برای

نگاهی به نتایج مطالعات انجام شده در دنیا نشان می‌دهد که جوامع مختلف، با چاقی به عنوان یک مشکل جدی در سلامتی مواجهند. امروزه ارتباط چاقی با بسیاری از بیماری‌های مهم غیر واگیر به اثبات رسیده است [۷۵]. بیماران دیابتی نوع ۲، مبتلا به اضافه وزن یا چاقی هستند. بیش از یک سوم افراد چاق به پرفشاری خون مبتلا می‌باشند. میزان خطر بروز بیماری‌های عروق کرونر در $BMI \text{ بین } ۲۸/۹ \text{ kg/m}^2 \text{ و } ۲۵ \text{ kg/m}^2$ نسبت به افراد عادی دو برابر و در $BMI > ۲۹ \text{ kg/m}^2$ سه برابر بیشتر از $BMI = ۲۱$ می‌باشد. اختلالات تنفسی مانند آپنه، سنگ کیسه صفراء، بروز برخی سرطان‌ها مانند سرطان پستان، آندومتر، کولون و پروستات و برخی اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب و حتی مرگ زودرس در افراد چاق بیشتر بروز می‌نماید [۴، ۳، ۲، ۱۸، ۱۷].

چاقی شکمی نیز خطر دیابت نوع ۲، دیس لبیدمی، پرفشاری خون، بیماری‌های آترواسکلروتیک، و برخی سرطان‌ها و مرگ زودرس را افزایش می‌دهد [۳، ۲۲]. ارتباط مستقیم چاقی با بسیاری از بیماری‌ها و همچنین هزینه‌های فراوانی که بر نظام سلامتی کشورها وارد می‌کند و تاثیر آشکار آن بر کیفیت زندگی و بروز ناتوانی، نشانگر اهمیت آن و نیاز به توجه ویژه به شیوع فراینده آن در تمامی گروه‌های جامعه می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً نیمی از جمعیت ۶۴-۲۵ ساله شهر خرم آباد (۴۸/۲٪) مبتلا به اضافه وزن و چاقی می‌باشند. ۴۶٪ مردان و ۵۱٪ زنان در تمامی سنین مورد بررسی از اضافه وزن و چاقی رنج می‌برند. شیوع اضافه وزن در مردان و چاقی در زنان بیشتر بوده است، بطوری که شیوع اضافه وزن در مردان و زنان به ترتیب ۷/۳۷ و ۱/۳۶٪ و چاقی به ترتیب ۱/۸ و ۹/۱۴٪ بود.

مطالعات انجام شده در سطح کشور بیانگر نتایج نسبتاً مشابه با مطالعه حاضر می‌باشد. هر چند تفاوت‌ها می‌تواند تا حدودی مربوط به نحوه نمونه گیری و روش بررسی باشد، ولی تفاوت‌های جمعیتی، اقتصادی - اجتماعی و شیوه زندگی نیز تاثیرگذار است.

توزیع بافت چربی باشد^[۴].

فعالیت‌های ورزشی، دریافت بیشتر کربوهیدرات‌ها و مواد پرانرژی و همچنین تفاوت‌های فیزیولوژیک در ترکیب و

جدول ۳- نتایج برخی مطالعات ایران و کشورهای دیگر در خصوص شیوع اضافه وزن و چاقی

ایران									
									محل
			شیوع اضافه وزن (%)	شیوع چاقی (%)			سن	حجم نمونه	سال
زن	مرد	زن	مرد						
۲۹/۱	۱۴/۲	۳۷	۴۱/۶	۲۰-۷۰	۹۹۸۴	۱۳۷۸-۸۰			تهران (مطالعه قند و لیپید)
۳۷/۳	۱۸/۱	۲۶/۷	۴۰/۵	۲۵-۶۴	۱۵۷۳	۱۳۸۲			تهران (مطالعه پایگاه تحقیقات جمعیتی منطقه ۱۷)
۳۴/۹	۱۶/۲	۶۸/۶	۵۳/۷	۸۱-۳۵	۸۹۸۹	۱۳۷۹			استان گلستان
۲۷/۱	۱۲/۶	۳۹/۲	۳۲/۳	۲۰-۵۵	۱۹۲۱	۱۳۷۵-۷۶			سمنان
۲۰/۲	۶/۷	۳۳/۱	۳۰/۴	۱۵-۶۴	۲۵۰۰	۱۳۸۳			لرستان
۱۹/۲	۹/۱	۲۹/۳	۲۷/۹	۱۵-۶۴	۸۹۴۰۴	۱۳۸۳			کل کشور
۱۲/۴	۸/۹	۳۰/۴	۴۲/۲	>۱۸	۸۹۴۴	۲۰۰۱			هلند
-	×۱۰/۳	-	×۲۵	>۱۵	۸۹۷۲	۱۹۹۰-۹۴			پاکستان
۴۴	۲۶/۴	۳۱/۸	۴۲/۴	۳۰-۷۰	۱۷۲۳۲	۱۹۹۵-۲۰۰۰			عربستان سعودی
۱۶	۱۰	-	×۳۲	۱۸	۸۷۹۱	۲۰۰۲			اردن

* شیوع در مجموع هر دو جنس

شیوع اضافه وزن و چاقی بطور قابل ملاحظه‌ای در افراد بیساد و کم سعاد از افراد دیپلمه و دارای تحصیلات داشتگاهی بیشتر بود. این مسئله در دو گروه جنسی مصدق داشت. به نظر می‌رسد با افزایش سطح آگاهی‌های عمومی افراد، توجه آنها به مسائل مربوط به سلامتی بیشتر شده و عملکرد آنان تغییر خواهد نمود. مطالعات مشابه ارتباط چاقی با افزایش سن، تاہل و سطح سعاد پایین را نشان داده‌اند [۲۶، ۱۴، ۴، ۵].

بررسی نتایج این مطالعه و مطالعات انجام شده در سایر نقاط کشور و همچنین سرتاسر جهان، نشانگر شیوع بی‌صدا و روز افزوون چاقی می‌باشد. شیوه زندگی شهر نشینی، عدم تحرک جسمی کافی و رژیم‌های غذایی نامناسب که عمدتاً سرشار از کربوهیدرات و چربی هستند، در این روند بسیار مؤثر بوده است.

بنابراین ضروری است برنامه ریزی مناسب و موثر در جهت دستیابی به راهکارهای عملی به منظور ارتقای آگاهی و دانش عمومی و اصلاح شیوه زندگی با تأکید بر بهبود تغذیه و افزایش تحرک جسمی صورت گیرد. رسانه‌های جمعی

بررسی تغییرات نمایه توده بدنی در گروه‌های سنی مختلف از نظر اضافه وزن، نشانگر روند فزاینده تا سنین ۴۱-۵۰ سال در زنان و ۵۱-۶۰ سال در مردان و سپس کاهش می‌باشد البته در زنان پس از ۶۰ سالگی نیز افزایش مجدد مشهود است.

از نظر چاقی روند فزاینده تا سنین ۵۱-۶۰ سالگی و در مردان تا ۴۱-۵۰ سالگی ادامه و سپس کاهش نشان می‌دهد. اما شیوع چاقی شکمی در زنان قویاً با افزایش سن ارتباط دارد به طوریکه ۹۴٪ زنان بیش از ۶۰ سال مبتلا به این نوع چاقی بوده‌اند البته در مردان بیشترین موارد در سنین ۴۱-۵۰ سالگی مشاهده شده است. این تفاوت پس از حذف اثر سن نیز مشاهده شد.

اکثر افراد مبتلا به چاقی و اضافه وزن در هر دو گروه جنسی متاهل بودند. البته پس از حذف اثر سن، شیوع چاقی شکمی با وضعیت تاہل در هر دو جنس اختلاف معنی‌داری نشان نداد. این در حالی است که در مطالعه‌ای در ترکیه مشخص شد که ازدواج، احتمال چاقی را ۲/۵ برابر افزایش می‌دهد [۲۷].

سپاسگزاری

بدینوسیله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان که هزینه های طرح را تامین نمودند ، قدردانی می گردد . همچنین از خانم ها و آقایان عباس میرهاشمی، فربنا رنجبرزاده ، سجاد،علی ، فرشته و مریم نظری پور که در جمع آوری داده ها کمک فراوان نموده اند ، صمیمانه تشکر می شود.

نیز در این میان می توانند نقش بازی در ارتقای سطح سلامت جامعه ایفا نمایند. تبلیغات روز افزون برای مصرف خوراکی های با ارزش تغذیه ای کم و بعضاً پر کالری و تاثیر آن بر ذاته و تمایلات کودکان باید هر چه سریعتر مورد توجه مسئولین امر واقع شود و برنامه های مناسب در جهت تغییر شیوه زندگی و نگرش مردم تهیه و پخش گردد.

مأخذ

- 1- The WHO fact sheets No 311: obesity and overweight. Geneva: world health organization. SePt 2006.
- 2- Hossain P. kawar B . ElNahas M. obesity and diabetes in the developPing world – A growing challenge .*N Engl J Med* 2007;356(3):213-215.
- 3- Malekzadeh R. Mohammadnejad M. Merat sh . Pourshams A.Etemadi A: obesity Pandemic : An Iranian PersPective .*Arch Iran Med* 2005;8(1):1-7.
- 4- حشمت رامین. فخرزاده حسین . پورابریم رسول. نوری معصومه. پژوهی محمد . ارزیابی وضعیت چاقی و افزایش وزن و الگوی تغییرات آن در جمعیت ۲۵-۶۴ ساله ساکن پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران . ویژه نامه دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۲ (۳) : ۷۰-۶۳ .
- 5- Shehab F. Belbesi A. Prevalence of selected risk factors for chronic disease-jordan 2002. *MMWR weekly* 2003;52(43):1042-1044.
- 6- Al-Nozha MM.Al.Mozrou YY. Al-maatouq MA. Arafah MR. and etal. obesity in Saudi Arabia . *Saudi Med J* 2005;26(5):824-29.
- 7- Blanch HM. Dietz WH. Galuska DA.Gillespie C. and etal. State-specific prevalence of obesity among adults-united states 2005. *MMWR weekly* 2006; 55(36):983-988.
- 8- 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* 24;175(9):1071-7
- 9- Lindstrom M. Isacsson S . Merlo J . increasing Prevalence of overweight ,obesity and Physical activity . *Euro J Pub Health* 2003;13(4):306-312.
- 10- 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.
- 11- obesity Prevalence in several countries worldwide . Australian society for the study of obesity 2005.http://www.asso.org.au/home/obesitinfo.
- 12- قربانی راهب . نظری علی اکبر. بررسی شیوه چاقی و برخی عوامل مرتبط با آن در جمعیت ۲۰-۵۵ سال شهر سمنان، ۷۵-۷۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان ۱۳۷۸ (۱) : ۲۴-۱۹ .
- 13- قاری پور مژگان . محمدی فرد نوشین . عسکری صدیقه . نادری غلامعلی . شیوه انواع چاقی و عوامل خطر بیماری های قلبی - عروقی در اصفهان . مجله دانشگاه علوم پزشکی فروزن ۱۳۸۲ (۲) : ۶۴-۵۳ .
- 14- آزاد بخت لیلا . میر میران پروین . عزیزی فریدون . بررسی شیوه و عامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی : مطالعه قند و لیپید تهران . مجله غدد درون رین و متابولیسم ایران ۱۳۸۲ (۴) : ۵-۳۷۸-۳۷۹ .
- 15- Rashidi A . Mohammadpour B. Vafa MR. karandish M, National prevalence of obesity – Prevalence of obesity in Iran. *Obesity Reviews* 2005;6:191-192.
- 16- Ghasemi H. Harrison G. Mohammad K .An accelerated nutrition transition in Iran. *Pub Health Nutr* 2002; 5: 149-155.
- 17- Finer N. Medical consequences of obesity. *Medicine* 2006;34(12):510-514.
- 18- Flegal KM. Graubard BS. Williamson D. Gail MH.Excess deaths associated with underweight , overweight and obesity. *JAMA* 2005;293:1861-1867.
- 19- Thompson D.Wolf AM. The medical- care cost burden of obesity. *Obesity Reviews* 2001;2(3):189-197.
- 20- Bahrami H. Sadatavfi M . Pourshams A. Kamangar F. and etal .Obesity and hypertension in an Iranian cohort study . *BMC Public Halth* 2006;6:138-170.
- 21- Mohan V. Deepa R . obesity and abdominal obesity in Asian -Indians. *Indian J Med Res* 2006:593-596.

- ۲۲- میر میران پروین . محمدی فاطمه. محرابی یداله . عزیزی فریدون. تعیین مناسب ترین حدود مرزی دور کمر برای تشخیص چاقی و چاقی شکمی در جامعه شهر نشین تهران . مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران ۱۳۸۲؛ ۵(۴): ۴۰۷-۳۹۹.
- ۲۳- Monica Manual – Population Survey data component. www.ktt.Fi/Publications / monica/waisthip/waisthipqqa.htm.
- ۲۴- سالاری رضا. گزارش نتایج بررسی مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در استان لرستان . معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی لرستان . ۱۳۸۴-۴۰۷.
- ۲۵- دلوری علیرضا . عالیخانی سیامک . علاءالدینی فرشید. گزارش وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران . نشر صدر . ۱۳۸۴.
- 26- ArmbeePola C. Ekanayake R and Fernando D. Gender differentials of abdominal obesity among the adults district of Colombo,Srilanka [online] (2006).Available from: www.sciencedirect.com / science [Access 18 December 2006].
- 27- Kilicarslan A. Iildak M, Guven GS, Oz SG. and etal. Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity in an adult Population. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(8):1313-7.

