دارای رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت

دوره دوم شماره۲ (پیاپی ٦) بهار ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۸٦۱٤-۲۲۵۱

سطح بندی شهرستان های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص های ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالوگرام.....۷

سید میثم موسوی، سید حسام سیدین، آیدین آرین خصال، جمیل صادقی فر ، بهرام آرمون، یحیی صفری، یاسر جویانی

مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در زمینه عوامل مرتبط با اختلال خواب بیماران.....۱٦

هادی خوشاب، سکینه سبزواری، نجمه غلامحسینی نژاد، محمد علی رضایی

تاثیر آموزش مهارت حل مسئله بر تصمیم گیری دانشجویان فوریت های پزشکی.....۲۵

محمد حیدری، سارا شهبازی، فاطمه دریس

بررسی کیفیت خدمات آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس الگوی سروکوآل.....۳۲

ترانه عنایتی، فرشیده ضامنی، نگار نصیرپوردروئی

بررسی کارایی نسبی مدیریت کلان بهداشت روستایی در طول برنامه سوم و سال های ابتدایی برنامه چهارم توسعه.....٤۰

مهناز جلالوندی، اسماعیل شاه طهماسبی، سارا شمس الهی

عوامل مرتبط با چاقی در خانواده‌های ساکن شهر تهران: یک مطالعه مقطعی.....۵۱

سارا صراحتی، فرهاد حسین‌پناه، اکبر بیگلریان، مریم برزین، عنایت اله بخشی

همبستگی ادراک تصویر بدنی و میزان فعالیت بدنی در زنان و مردان با توجه به سطوح مختلف شاخص توده بدنی ۵۹

مهتا اسکندرنژاد

خدمات پیش بیمارستانی با تاکید بر حوادث ترافیکی: مروری بر کشور های توسعه یافته و در حال توسعه.....۷۱

حمیدرضا خانکه، شاهرخ علی نیا، غلامرضا معصومی، داوود خراسانی زواره، مریم رنجبر، لیلا داددوست، محمدعلی حسینی، مسعود فلاحی خشکناب، مارت کاسترون

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دوم-شماره ۲ (پیاپی ٦) - بهار ۱۳۹۲

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۲۵۱-۸٦۱٤ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹٤۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱٦شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فروزان آتش زاده شوریده
- دکتر عنایت اله بخشی
- دکتر سمانه حسین زاده
- دکتر ناهید رژه
- دکتر علی رمضانخانی
- دکتر عباس عبادی
- محمد غلامی
- دکتر سعاد محفوظ پور
- فرشته نجفی
- دکتر مجیده هروی کریموی
- دکتر فریده یغمایی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱٤۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱٤۱۹٥/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ٦٦٥۹۲٥۳٥

E-mail: info@jhpm.ir , **Website:** http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar **نمایه می شود.**

مدیریت ارتقای سلامت دوره ۲ شماره ۲ بهار ۱۳۹۲ ۵۸-۵۱

عوامل مرتبط با چاقی در خانواده‌های ساکن شهر تهران: یک مطالعه مقطعی

سارا صراحتی[۱]، فرهاد حسین‌پناه[۲]، اکبر بیگلریان[۳]، مریم برزین[۴]، *عنایت اله بخشی[۵]

چکیده

مقدمه: در قرن ۲۱، چاقی با روند رو به رشد می‌باشد و یکی از بزرگترین چالشهای سلامت در جهان به شمار می‌آید. هدف از این مطالعه تعیین عوامل مرتبط با چاقی در خانواده‌های ساکن شهر تهران می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی،چاقی به عنوان تابعی از سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سیگاری بودن برای برآورد نسبت شانس چاقی (Obesity odds ratio) در داده‌های TLGS (مطالعه قند و لیپید تهران) بکار رفته است. در این پژوهش بخشی از داده‌های TLGS ، شامل ۳۹۳۵ خانوار که اعضای آنها سن بالای ۲۰ سال داشته و در فاصله زمانی سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷مورد مطالعه قرار گرفته اند(۸۸۷۵ نفر)، بررسی شدند. وزن و قد به‌ترتیب با استفاده از ترازوی الکترونیکی دیجیتالی و متر نواری اندازه‌گیری شد. دور کمر و باسن با استفاده از یک پروتکل استاندارد بوسیله یک فرد آموزش دیده اندازه‌گیری شد. تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه۱۶ و SAS نسخه ۹/۱ انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمایه توده بدنی در مردان برابر ۲۶/۵۹ (کیلوگرم بر متر مربع) و در زنان برابر ۲۷/۹۶ (کیلوگرم بر متر مربع) می‌باشد. نسبت شانس چاقی برای سن، زنان و افراد متأهل به‌ترتیب برابر ۱/۰۱ (P<۰/۰۰۱)، ۲/۱۰ (P<۰/۰۰۱) و ۱/۵۳ (P<۰/۰۰۱) می‌باشد. یک ارتباط معکوسی بین سطح تحصیلات و چاقی بدست آمد که نسبت شانس چاقی برابر ۰/۸۳ (P<۰/۰۲۸) و ۰/۵۰ (P<۰/۰۰۱) به ترتیب برای سطح تحصیلات متوسطه و دانشگاهی می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می دهد که عوامل مرتبط با چاقی در این پژوهش با بسیاری از مطالعات در کشورهای دیگر مطابقت دارد. بنابراین،کاهش چاقی با توجه به عوامل مرتبط با آن بایستی در برنامه‌ریزی های بهداشتی مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: چاقی، نسبت شانس، نمایه توده بدنی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. **(نویسنده مسؤول)**.
پست الکترونیکی: bakhshi@razi.tums.ac.ir

مقدمه

چاقی یکی از مشکلات اپیدمیک در کل جهان می‌باشد که بر روی بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد و جوامع، تاثیر فراوان داشته و همچنین در جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه قابل مشاهده است (۲،۱). چاقی یکی از عوامل خطر شناخته شده برای بیماریهای قلبی-عروقی، دیابت و انواع خاص سرطان است و با عوامل خطر دیگری شامل فشارخون و دیس لیپیدمی مرتبط است (۶-۳). عوامل خطر زیادی برای چاقی گزارش شده اند، از جمله این عوامل می توانند عوامل اجتماعی-جمعیت شناسی باشند (۸،۷،۲). شناسائی این عوامل، نقش مهمی در جهت جلوگیری از افزایش چاقی ایفا می کنند. بسیاری از مطالعات ارتباط معناداری بین چاقی، سن و جنسیت نشان داده اند. نتایج این مطالعات نشان دادند که چاقی در تمامی گروههای سنی افزایش می یابد و شیوع چاقی عموماً در زنان بیشتر از مردان است (۹-۱۲).

از عوامل دیگر می توان از میزان تحصیلات، تاهل و مصرف سیگار نام برد. برخی از مطالعات نشان دادند که سطح تحصیلات پایین با افزایش میزان چاقی مرتبط است (۱۵،۷-۱۳). هم چنین شیوع چاقی در متاهلین بیشتر از مجردها گزارش شده است (۱۹-۱۶). مطالعات طولی نشان دادند متأهلین نسبت شانس چاقی بیشتری نسبت به کسانی که طلاق گرفته یا همسر خود را از دست داده‌اند، داشتند (۲۰). رابطه چاقی با مصرف سیگار در مطالعات زیادی بررسی شده است. رابطه معکوسی بین مصرف سیگار و چاقی در مردان و زنان مشاهده گردید (۲۲،۲۱). هدف از انجام این مطالعه تعیین عوامل مرتبط با چاقی در خانواده‌های ساکن شهر تهران بود.

مواد و روش ها

مطالعه TLGS (مطالعه قند و لیپید تهران)، یک مطالعه طولی توسط پژوهشکده غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سالهای ۱۳۷۸ (فاز ۱)، ۱۳۸۱ (فاز۲)، ۱۳۸۵ (فاز۳) و ۱۳۸ (فاز۴) صورت گرفته است. این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی افراد خانوار و در بین جمعیت شهری تهران جهت تعیین عوامل خطر ساز قلبی-عروقی و نیز به منظور ارتقاء پیشگیری از افزایش شیوع دیابت نوع ۲ و اختلال چربی های خون در این جمعیت انجام شد. روش نمونه گیری، به صورت چند مرحله ای طبقه بندی شده خوشه ای انجام گرفت. داده های این پژوهش به صورت مقطعی (فاز ۳) و شامل ۳۹۳۵ خانوار (۸۸۷۵ نفر) می باشد (۲۶).

در این مطالعه اندازه نمونه با توجه به در نظر گرفتن موارد زیر تعیین گردید: ۱) حدود اعتماد برابر با ۹۵ درصد؛ ۲) قدرت مطالعه برابر با ۸۰ درصد؛ ۳) پیش بینی میزان شیوع دیس لیپیدمی در افراد زیر ۳۰ سال برابر با ۳۰ درصد و در افراد ۳۰ سال و بالاتر برابر با ۴۵ درصد؛ ۴) عدم پاسخ گوئی به دعوت برابر با ۲۰ درصد؛ ۵) اثر طرح برابر با ۱/۲۵. بعد از تعیین اندازه نمونه، ابتدا لیست کامل خانوارهای تحت پوشش سه درمانگاه، مراکز بهداشت شرق تهران با نامهای لیله القدر، محمدیان و صلواتی (تحت پوشش پژوهشکده) تهیه شد. یک فهرست تجمعی از خانوارهای این سه مرکز تهیه و با استفاده از اعداد تصادفی، نمونه ها برگزیده شدند.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهش پژوهشکده علوم غدد درون ریز دانشگاه شهید بهشتی تصویب شد و رضایت نامه کتبی از تمامی افراد اخذ گردید. تمام خانوارهای انتخاب شده جهت مصاحبه و معاینه به واحد بررسی قند و چربی‌های خون دعوت شدند. ابتدا مددکاران اجتماعی با مراجعه به منازل آنها را با اهداف طرح آشنا می کردند و در مراجعه بعدی از آنها جهت مراجعه به واحد دعوت به عمل می آوردند. در ضمن از خانوارها خواسته شد که یک موافقت نامه کتبی شرکت در مطالعه را امضا کنند و در روز مراجعه به واحد همراه خود بیاورند. در روز مراجعه داده های مورد لزوم طبق روش زیر جمع آوری شد:

۱. مصاحبه: مصاحبه در بخش پذیرش واحد بررسی قند و چربی‌های خون و از طریق یک پرسشنامه صورت می گرفت. این پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، عادات فردی، شیوه زندگی و همچنین اطلاعات پزشکی را شامل می شود.

۲. معاینات پزشکی: در این بخش داده های مربوط به پیشینه پزشکی، مصرف داروها، فشارخون، نبض محیطی و

اندازه تیروئید جمع آوری گردید. داده های مربوط به تن سنجی مانند قد، وزن، دور کمر و باسن توسط کاردان آموزش دیده گردآوری شد. فقط اندازه های قد و وزن از این بخش در پژوهش حاضر استفاده گردید. وزن و قد به ترتیب با استفاده از ترازوی الکترونیکی دیجیتالی (۷۰۷ سکاء طیف: ۰.۱ تا ۱۵۰ کیلوگرم) با دقت ۱۰۰ گرم (دستگاه به طور مرتب از نظر دقت پس از هر ۱۰ اندازه‌گیری کنترل می شد) و متر نواری استادیو متر اندازه‌گیری شد.

۳. داده های پاراکلینیکی: این بخش شامل گرفتن خون ۱۲-۱۰ ساعت بعد از حالت ناشتا و انجام آزمایشها روی آن و گرفتن نوار قلبی از افراد بالای ۳۰ سال بود. در مطالعه حاضر از این اطلاعات استفاده ای نشد.

تنها متغیر وابسته در این مطالعه نمایه توده بدنی می باشد که از تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) محاسبه شد. سپس نمایه توده بدنی بزرگتر یا مساوی ۳۰ به عنوان چاق (بر اساس راهنمای International(IOTF) Obesity Task Force) در نظر گرفته شد (۲۷). متغیر های مستقل در مطالعه حاضر شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، مصرف سیگار و میزان تحصیلات می باشد که سیگاری بودن به دو گروه (بلی/خیر)، وضعیت تحصیلی به ۴ گروه: ۱) ابتدایی، ۲) راهنمایی، ۳) متوسطه، ۴) دانشگاهی تقسیم بندی شدند. وضعیت تاهل افراد بصورت ازدواج نکرده (طلاق گرفته، مجرد، همسر مرده) در مقابل ازدواج کرده در نظر گرفته شد. برای برآورد نسبت شانس چاقی به عنوان تابعی از سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضیت تاهل و سیگاری بودن از روش توابع استنباط درجه دوم استفاده شده است. یافته ها به صورت نسبتهای شانس و فواصل اطمینان ۹۵ درصد ارائه شدند. داده‌های اولیه این خانوارها تهیه و با استفاده از نرم افزارهای بانک اطلاعاتی وارد کامپیوتر گردید. تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶و SAS نسخه ۹/۱ انجام گرفت.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۳۹۳۵ خانوار با اعضای بالای ۲۰ سال(۸۸۷۵ نفر) شرکت داشتند که ۲۷/۹۲ درصد افراد مرد بودند. میانگین نمایه توده بدنی در مردان برابر ۲۶/۵۹ (۲۶/۷۲-۲۶/۴۷ CI:٪۹۵) و در زنان برابر ۲۷/۹۶ (۲۸/۱۰-۲۷/۸۲ CI:٪۹۵) می‌باشد. شیوع چاقی در این مطالعه برای مردان و زنان به‌ترتیب برابر ۱۸/۹ درصد و ۳۱/۷ درصد می‌باشد. شیوع چاقی برای افراد متأهل نسبت به مجرد بیشتر است (۱۹/۵ درصد و ۲۸/۲ درصد به ترتیب برای افراد متأهل و مجرد). شیوع چاقی در سیگاری‌ها برابر ۲۱/۲ درصد و در غیر سیگاری‌ها برابر ۲۷/۷ درصد می‌باشد. شیوع چاقی برابر ۲۹ درصد، ۳۱/۸ درصد و ۱۹/۲ درصد به ترتیب برای سطح تحصیلات راهنمایی، متوسطه و دانشگاهی است (جدول ۱).

جدول۱: شیوع و ارتباط چاقی بر اساس عوامل اجتماعی-جمعیت شناسی در داده‌های مطالعه قند و لیپید تهران

متغییر		تعداد		درصد
جنسیت	مرد	۷۹۸		۱۸/۹
	زن	۱۷۲۸		۳۱/۷
	P-value		<۰.۰۰۱	
وضعیت تأهل	مجرد	۴۴۸		۱۹/۵
	متأهل	۲۰۷۸		۲۸/۲
	P-value		<۰.۰۰۱	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۷۱۳		۳۹/۸
	راهنمایی	۳۶		۲۹
	متوسطه	۴۰۹		۳۱/۸
	دانشگاهی	۱۰۸۸		۱۹/۲
	P-value		<۰.۰۰۱	
وضعیت سیگاری بودن	غیر سیگاری	۱۹۵۱		۲۷/۷
	سیگاری	۵۲۵		۲۱/۲
	P-value		<۰.۰۰۱	

جدول ۲: نسبت شانس (با فواصل اطمینان ۹۵ درصد) با استفاده از مدل رگرسیونی در خانوارهای فاز ۳ مطالعه قند و لیپید تهران

متغیرها		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)
سن		۱/۰۲* (۱/۰۱ – ۱/۱۹)
جنسیت		
	مرد	۱
	زن	۲/۱۹* (۱/۸۶ – ۲/۳۸)
وضعیت سیگاری بودن		
	غیر سیگاری	۱
	سیگاری	۰/۸۹ (۰/۷۸ – ۱/۰۱)
وضعیت تأهل		
	مجرد	۱
	متأهل	۱/۵۵* (۱/۳۶ – ۱/۷۷)
سطح تحصیلات		
	ابتدایی	۱
	راهنمایی	۰/۷۹ (۰/۵۳ – ۱/۲۰)
	متوسطه	۰/۸۴* (۰/۷۱ – ۰/۹۸)
	دانشگاهی	۰/۵۱* (۰/۴۴ – ۰/۵۹)

P<۰/۰۵

نتایج بدست آمده از مدل رگرسیونی در جدول ۲ ارتباط معنی دار آماری بین جنسیت و چاقی را نشان می دهد. نسبت شانس چاقی برای زنان برابر ۲/۱۸(95% CI:۱/۸۶۲–۲/۳۸۷) بدست آمد. یک ارتباط معناداری بین وضعیت تاهل و چاقی مشاهده شده و نسبت شانس چاقی برابر ۱/۵۴۸ (95% CI:۱/۳۵۵–۱/۷۶۸) برای افراد متأهل می‌باشد. نسبت شانس چاقی برای غیر سیگاری‌ها برابر ۱/۱۱۳ (95% CI:۰/۹۷۴–۱/۲۷۲) می‌باشد که این ارتباط معنادار نمی‌باشد. نسبت شانس چاقی ارتباط معکوسی با سطح تحصیلات داشته، با در نظر گرفتن سطح تحصیلات ابتدایی به عنوان گروه مبنا، نسبت شانس چاقی برابر ۰/۷۹۷ (95% CI:۰/۵۳۱–۱/۱۹۶)، ۰/۸۳۶ (95% CI:۰/۷۱۲–۰/۹۸۱) و ۰/۵۰۹ (95% CI:۰/۴۳۸–۰/۵۹۰) به‌ترتیب برای راهنمایی، متوسطه و دانشگاهی می‌باشد. نسبت شانس چاقی با افزایش سن افزایش می یابد و برابر با ۱/۰۱۴(95% CI:۱/۰۱۰–۱/۰۱۸) می‌باشد. به عبارتی، به ازای یک سال افزایش در سن حداقل ۱درصد شانس چاقی افزایش پیدا می کند.

بحث

این مطالعه ارتباط بین چاقی با عوامل اجتماعی–جمعیت شناسی را در ۳۹۳۵ خانواده شامل افراد با سن بالای ۲۰ سال که از مطالعه قند و لیپید تهران انتخاب شده‌اند را نشان می‌دهد. جنسیت، وضعیت ازدواج و افزایش سن ارتباط معناداری با چاقی داشته و یک ارتباط معکوسی بین سطح تحصیلات و چاقی برقرار است. بین چاقی و سیگاری بودن ارتباط معناداری مشاهده نشد.

در این مطالعه نسبت شانس چاقی در زنان بیشتر از مردان است که این نتایج همسو با سایر مطالعات می‌باشد (۱،۳۴–۲۸).

وضعیت اقتصادی نامناسب، فعالیت جسمی کم، افزایش تعداد حاملگیها و همچنین افسردگی، می توانند از جمله دلایل موجود بر چاقی در بین زنان باشند. (۳۵) Sobal &Stunkard (۳۶) در مطالعه خود نشان دادند که در بسیاری از جوامع، فرصتهای شغلی کمتر با چاقی مرتبط است که این مساله در میان زنان نسبت به مردان بیشتر حاکم است. بنابراین، بیکاری بسیاری از زنان تهرانی می تواند یکی از دلایل چاقی در بین آنها باشد. نتایج مطالعه حاضر در تضاد با مطالعه ای در کویت می‌باشد (۳۷) که در آن نشان داده شده که شیوع چاقی در زنان

کمتر است که این امر ممکن است بدلیل اختلافات فرهنگی باشد.

مانند نتایج موجود در مطالعات قبلی (۳۳،۲۸،۱۰-۳۰) نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که یک ارتباط مستقیم بین چاقی و افزایش سن وجود دارد، به گونه ای که یک سال افزایش در سن شانس چاقی را افزایش می‌دهد. برای بدست آوردن دلایل رابطه ی بین سن و چاقی باید به تغییرات عادات غذایی، مصرف انرژی، اشتها و ترکیب بدن توجه کرد. در زنان با سن بالاتر افزایش چاقی و عوامل خطر متابولیکی قلبی می توانند توسط تغییرات در هورمونهای جنسی توضیح داده شوند (۳۹،۳۸).

بین سطح تحصیلات راهنمایی و چاقی یک ارتباط معکوس یافت شد که از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد، اما بین سطح تحصیلات متوسطه و دانشگاهی یک ارتباط معکوس معنی دار مشاهده شد. در مطالعات بسیاری شرکت کنندگان با تحصیلات پایین چاق‌تر از شرکت‌کنندگان با تحصیلات بالاتر می‌باشند. نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر همسو می‌باشد (۲، ۳۴،۱۳-۳۰). به نظر می‌رسد که سطح تحصیلات با چاقی از طریق بدست آوردن اطلاعات در رابطه با فعالیت جسمی و عادات خوردن در ارتباط باشد. این احتمال وجود دارد که سطح تحصیلات بالا دانش بیشتری فراهم آورد. از طرف دیگر، سطح تحصیلات پایین با موقعیت شغلی کمتر بخصوص برای زنان همراه است، موقعیت شغلی کمتر مدیریت زمان را مشکل‌تر ساخته، فعالیت بدنی کمتر شده و در نتیجه منجر به چاقی می‌شود.

در تایید مطالعات دیگر (۳۳،۲۰-۴۰،۳۰)، حضور همسر می‌تواند به عنوان یک عامل اجتماعی برای اضافه وزن در نظر گرفته شود اگرچه این مطلب در تمامی جوامع حاکم نیست، بسیاری از مطالعات الگویی متفاوت و یاعدم ارتباط بین وضعیت تاهل و چاقی را نشان داده‌اند (۴۲،۴۱). در مطالعه حاضر یک رابطه معنی دار مستقیمی بین چاقی و ازدواج وجود دارد. در این مطالعه افراد مجرد شانس چاقی کمتری نسبت به فراد متأهل داشتند. در واقع می توان این مطلب را با این حقیقت توضیح داد که عادات رژیمی افراد بعد از ازدواج تغییر کرده و فعالیت های بدنی آنها کمتر می‌شود. افراد مجرد سعی بر کنترل وزن برای زیباتر جلوه داشتن برای جذب زوج دارند که این مطلب بعد از ازدواج از اهمیت کمتری برخوردار است.

یکی از محدودیت های مطالعه حاضر این است که میزان در آمد خانوار به عنوان عامل مهم اجتماعی در محاسبات منظور نگردیده است. هم چنین اطلاعات میزان فعالیت بدنی به عنوان یکی از علل چاقی در دسترس نبود. پیشنهاد می شود مطالعه ای با حضور عوامل فوق صورت پذیرد.

نتیجه گیری نهایی

مطالعه حاضر ارتباط بین چاقی با متغییرهای اجتماعی-جمعیت شناسی و سیگاری بودن را نشان می‌دهد. افزایش سن، متأهل بودن و جنسیت با چاقی ارتباط داشته، همچنین بین چاقی و سطح تحصیلات یک ارتباط معکوسی وجود دارد. این مطالعه نسبت شانس چاقی با عوامل مرتبط با آن را نشان داده که بایستی در برنامه ریزیهای بهداشتی مد نظر قرار گیرند. برای کنترل این عوامل، سیاست های مداخله ای و یا پیشگیرانه باید از سوی متولیان بهداشت و درمان کشور اتخاذ شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سارا صراحتی و به راهنمائی آقای دکتر عنایت اله بخشی می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۱/۴/۱۱ و به شماره ۱۱۴-۶۰۰۰ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تصویب گردید. از استاد گرامی آقای دکتر دنیس لیانگ و تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری کردند تشکر می شود.

منابع

1- Kelly T, Yang W, Chen C, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections in 2030. International Journalof Obesity. 2008;32(9):1431-7.

2- Klumbiene J, Petkeviciene J, Helasoja V, Prattala R, Kasmel A. Sociodemographic and health behavior factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. European Journal of Public Health. 2004;14(4):390-4.

3- Mishra V, Arnold F, Semenov G, Hong R, Mukuria A. Epidemiology of obesity and hypertension and related risk factors in Uzbekistan.European Journalof Clinical Nutrition. 2006; 69(12):1355-66.

4- Murphy T, Calle E, Rodriguez C, Kahn H, Thun M. Body mass index and colon cancer mortality in a large prospective study. American Journal of Epidemiology.2000;152(9):847-54.

5- Van den Brandt P, Spiegelman D, SS Y. Pooled analysis of prospectivecohort studies on height, weight and breast cancer risk. American Journal of Epidemiology. 2000;152(6):514-27.

6- McCarthy L, Bigal M, Katz M, Derby C, Lipton R. Chronic pain and obesity in elderly people:results from the Einstein aging study. Journal of the American Geriatrics Society. 2009;57(1):115-9.

7- Sarilo-Lahteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. International Journal of Epidemiology. 1999;28(3):445-9.

8- Wamala SP, Wolk A, Orth-Gomer K. Determinants of obesity in relation tosocioeconomic status among middleaged Swedish women. Preventive Medicine. 1997;26(5):734-44.

9- de Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. The American Journal of Clinical Nutrition. 2010;92(5):12.57-64

10- Ogden C, Carroll MD, Curtin LR, McDowell M, Tabak C, Flegal K. Prevalence of overweight and obesity in the United States,1999-2004. JAMA. 2006;295(13):1549-55.

11- Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S. Obesity in older adults: Technicalreview and position statement of the American Society for Nutrition and NASSO, The Obesity Society. The American Journal of Clinical Nutrition. 2005;82(5):923-34.

12- James P, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. Obesity Research. 2001; 9(Suppl.4):228S-33S.

13- Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa KE. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: An international perspective from the WHO MONICA projet. American Journal of Public Health .2000; 90(8):1260-8.

14- Himes C. Obesity, disease, and functional limitation in later life. Demography. 2000; 37(1):73-82.

15- Kaplan M, Huguet N, Newsom J, McFarland B, Lindsay J. Prevalence and correlates of overweight and obesity among older adults: findings from the Canadian Population Health Survey. The Journal of Gerontololog. Series A, Biological science and Medical science . 2003; 58(11):1018-30.

16- Kahn H, Williamson D. The contributions of income, education, and changing marital status to weight change among U.S.men International Journal of Obesity .1990; 14(12):1057-68.

17- Kahn H, Williamson D, Stevens J. Race and weight changes in U.S.women: the roles of socioeconomic status and marital status. American Journal of Public Health.1991; 81(3):319-23.

18- Sobal J, Rauschenbach B. Gender, marital status, and body weight in older U.S. Adults. Gender Issues .2003; 21(3):75-94.

19- Sobal J, Rauschenbach B, Frongillo E. Marital status, fatness and obesity. Social Science and Medicine. 1992; 35(7):915-23.

20- Sobal J, Rauschenbach B, Frongillo E. Marital status changes and body weight changes: A US longitudinal analysis. Social Science and Medicine. 2003; 56(7):1543-55

21- Kawada T. Difference of body mass index stratified by the period of smoking cessation from a cross-sectional study. Archives of Medical Research. 2004; 35(2):181-4.

22- Kruger J, Ham S, Prohaska T. Behavioral risk factors associated with overweight and obesity among older adults: The 2005 National Health Interview Survey. Preventing Chronic Disease. 2009;6(1):A14.

23- Qu A, Li R. Quadratic inference functions for varying-coefficient models with longitudinal data. Biometrics. 2006; 62(2):379-91.

24- X-K.Song P, Jiang Z, Park E, Qu A. Quadratic inference functions in marginal models for longitudinal data. Statistic in Medicine. 2009; 28(29):3683-96.

25- Small C, Wang J, Yang Z. Eliminating multiple root problems in estimation. Statistical Science.2000; 15(4):313-41.

26- Azizi F, Ghanbarian A, Momenan AA, Hadaeg E, Mirmiran P, Hedayati M, Mehrabi Y, Zahedi-Asl S, Tehran Lipid and Gloucose Study Group. Prevention ofnon-communicable disease in a population in nutrition transition: Tehran Lipid and Glucose Study phase II. Trials.2009; 25(10):5.

27- Tesigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. Obesity Facts. 2008; 1(2):106-16.

28- Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A, et al. Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. Journal of Public Health. 2008; 30(4):429-35.

29- Bergofer A, Pischon D, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: A systematic review. BMC Public Health. 2008; 5(8):200.

30- Bakhshi E, Seifi B, Biglarian A, MohammadK. Factors associated with obesity in Iranian elderly people: Results from the national health survey. BMC Research Notes.2011; 14(4):538.

31- Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A, et al. The positive association between number of children and obesity in Iranian women and men: Results from the National Health Survey. BMC Public Health. 2008; 15(8):213.

32- Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Seifi B. A comparison of two methods for estimating odds ratios: results from the National HealthSurvey. BMC Medical Research Methodology. 2008;25(8):78.

33- Bakhshi E, Mohammad K, Eshraghian MR, Seifi B. Factors related to obesity among Iranian men: Results from the National Health Survey. Public Health Nutrition. 2010; 13(9):1389-94.

34- Bakhshi E, Seifi B, Biglarian A, Mohammad K. Changes in Body Mass Index across Age Groups in Iranian Women: Results from the National Health Survey. Journal of Nutrition and Metabolism. 2012; 20(12):848403.

35- Waxman A. Prevention of chronic disease: WHO global strategy on diet, physical activity and health. Food and Nutrition Bulletin.2003; 24(3):281-4.

36- Sobal J, Stunkard A. Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. PsychologicalBulletin.1989; 105(2):260-75.

37- Al - Isa AN. Changes in body mass index (BMI) and prevalence of obesity among Kuwaitis 1980-1994. International Journal of Obesity and Related MetabolicDisordorders. 1997;21(12):1093-9.

38- Mendelsohn M, Karas R. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. The New England Journal of Medicine . 1999; 340(23):1801-11.

39- Meyer M, Clegg D, Prosnitz E, Barton M. Obesity, insulin resistance and diabetes: sex difference and role of oestrogen receptors. Acta Physiological(oxford,England). 2011; 203(1):259-69.

40- Jeffery RW, Rick AM. Cross-sectional and longitudinal associations between body mass index and marriage-related factors. Obesity Research. 2002; 10(8):809-15.

41- Shah M, Jeffry RW, Hannan P, Onstad L. Relationship between socio-demographic and behavior variables, and body mass index in a population with high-normal blood pressure: Hypertension Prevention Trial. European Journal Clinical Nutrition. 1989; 43 (9):583-396.

42- Kittle F, Rustin R, Dramaix M, DeBacker G, Kornitzer M. Psycho-socio-biological correlates of moderate overweight in an industrial population. Journal of PsychosomaticResearch. 1978; 22(3):145-58.

Related factors with obesity in Tehranian households: A cross-sectional study

Serahati S[1], Hosseinpanah F[2], Biglarian A[3], Daneshpour MS[4], *Bakhshi E[5]

Abstract

Introduction: In 21st century obesity has rapidly increased and it has become one of the greatest public health problems worldwide. The aim of this study was to determine related factors with obesity in Tehranian households.

Materials and Methods: In this descriptive study, multivariate analysis was used to estimate the odds of obesity (BMI ≥30 kg/m^2) as a function of age, sex, marital status, educational level and smoking by using data from" Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS)" database. In this study 3,935 households participants who were equal or more than 20 years old, were recruited from phase III (2006-2008) of this study. Height of participants was measured to the nearest 5 mm without considering their shoe heels. Weight and height were measured using digital electric scale and meter tape. Data were analyzed by SPSS/16 and SAS version 9.1.

Findings: The mean BMI was 26.59 (kg/m^2) in men and 27.96 (kg/m^2) in women. After adjustment for other variables, obesity odds ratios were 1.01 (P<0.001), 2.10 (P<0.001), and 1.54 (P<0.001) for age, women and married individuals, respectively. There was an inverse significant association between education and obesity. Obesity OR_S were 0.83 (P<0.028) for high school and 0.50 (P<0.001) for university educational levels.

Conclusion: The results of this study show that related factors in this research are similar to other countries. Therefore, obesity with related factors should be considered in health programming.

Keywords: Obesity, Odds ratio, Body Mass Index

Received: 24 October 2012 **Accepted:** 2 March 2013

1- Student Research Committee, Department of Statistics and Computer, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- Associated Professor, Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Statistics and Computer, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4- Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5- Assistant Professor, Department of Statistics and Computer, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author).**
E-mail:bakhshi@razi.tums.ac.ir

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of
Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.2 No.2 (Serial 6) Spring 2013

Stratification of Kermanshah Province Districts in Terms of Health Structural Indicators Using Scalogram Model.....83
Mousavi SM, Seyedin SH, Aryankhesal A, Sadeghifar J, Armoun B, Safari Y, Jouyani Y

Comparing view of physicians, nurses and patients in regard to related factors to sleep disorders of patients.....84
Khoshab H, Sabzevari S, Gholamhosseini Nejad N, Rezaie M

The effect of problem solving training on decision making skill in emergency medicine students...85
Heidari M, Shahbazi S, Derris F

Assessing the quality of educational service in Mazandaran University of Medical Sciences using Servqual Model.....86
Enayati T, Zameni F , Nasirpoor Deravi N

Assessment the relative efficiency of rural health micromanagement during the third and the early years of fourth development plan.....87
Jalalvandi M, Shahtahmasbi E, Shamsollahi S

Related factors with obesity in Tehran Ian households: A cross-sectional study.....88
Serahati S, Hosseinpanah F, Biglarian A, Daneshpour MS, Bakhshi E

Correlation of perceived body image and physical activity in underweight, normal, overweight and obese women and men according to the different levels of body mass index.....89
Eeskandarnejad M

Prehospital services by focus on road traffic accidents:Assessment developed and developing countries.....90
Khankeh HR, AliniaSh, Masoumi GhR, Khorasani Zavareh D, Ranjbar M, Daddost L, Hossaini MA, Fallahi Khoshknab M, Castren M