

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی
گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی
گرایش فیزیولوژی ورزش

سطح فعالیت بدنی و الگوها و عادات‌های غذایی مردان شهرستان اراک و رابطه آن با شیوع
چاقی و سلامت عمومی

از

سید حسین شریفی

استاد راهنما

دکتر ارسلان دمیرچی

استادان مشاور

دکتر حمید محبی

جواد مهربانی

اسفند ۱۳۸۹

ساکزاری و تقدیر

صوفی از پر تومی راز نهانی دانست

کو هر کس از این لعل توانی دانست

قدر مجموعه گل مرغ سحر داند و بس

که نه هر کو ورتی خواند معانی دانست

در اجرای این طرح پژوهشی از مساعدت و همراهی عزیزان زیادی بهره برده‌ام که لازم است از آنها تشکر و قدر دانی کنم. جناب آقای دکتر ارسلان دمیرچی استاد راهنمای محترم طرح ضمن راهنمودن و نظارت دقیق، در حسن اجرای این پژوهش سهم بسزایی ایفاء نموده اند که بدین وسیله از ایشان بسیار تشکر و قدر دانی می‌نمایم.

پنجمین از جناب آقای دکتر حمید مجبی و جناب آقای جواد مهربانی، استادان محترم مشاور که با نکته سنجی و ارائه راهنمایی‌های لازم در جهت رفع نواقص اجرایی پژوهش، پیشنهادهای ارزشمندی ارائه نمودند و همواره در روند اجرای آن یاری رسان بودند، تشکر و قدر دانی می‌نمایم.

از جناب آقای مادی روحانی که در زمینه تجزیه و تحلیل داده‌ها اینجانب را راهنمایی نمودند، تشکر و قدر دانی می‌نمایم.

از کلیه پرسنل محترم دانشکده تربیت بدنی و نیز همه دوستان عزیز به خاطر همکاری‌های صمیمانه، دلسوزانه و شمر نخشان در خصوص اجرای پژوهش تشکر و قدر دانی می‌کنم. بی تردید، بدون راهنمایی و مشاوره اساتید، همچنین همکاری خانواده، دوستان و بستگانم انجام این پژوهش امکانپذیر نبود.

این پژوهش را به پاس زحمات و قدر دانی به والدین و بستگان عزیزم تقدیم می‌کنم.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فهرست جدول‌ها.....	ج
فهرست شکل‌ها.....	خ
فهرست پیوست‌ها.....	خ
چکیده فارسی.....	د
چکیده انگلیسی.....	ذ

فصل اول: طرح پژوهش

۱-۱ مقدمه.....	۲
۲-۱ بیان مسئله.....	۴
۳-۱ ضرورت و اهمیت تحقیق.....	۶
۴-۱ اهداف پژوهش.....	۷
۱-۴-۱ هدف کلی.....	۷
۲-۴-۱ اهداف اختصاصی.....	۷
۵-۱ فرضیه‌های پژوهش.....	۸
۶-۱ متغیرهای پژوهش.....	۹
۱-۶-۱ متغیرهای مستقل.....	۹
۲-۶-۱ متغیرهای وابسته.....	۹
۷-۱ روش پژوهش.....	۹
۸-۱ روش‌های آماری.....	۱۰
۹-۱ محدودیت‌های پژوهش.....	۱۰
۱-۹-۱ محدودیت‌های قابل کنترل.....	۱۰
۲-۹-۱ محدودیت‌های غیر قابل کنترل.....	۱۰
۱۰-۱ پیش‌فرض‌های پژوهش.....	۱۰
۱۱-۱ تعریف واژه‌ها.....	۱۱

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱-۲ مقدمه.....	۱۴
۲-۲ مبانی نظری پژوهش.....	۱۵
۱-۲-۲ فعالیت بدنی.....	۱۵

۱۸.....	۲-۲-۲ چاقی و اضافه وزن.....
۱۹.....	۳-۲-۲ شاخص توده بدن BMI.....
۲۰.....	۴-۲-۲ علت‌شناسی چاقی و اضافه‌وزن.....
۲۳.....	۵-۲-۲ شیوع چاقی در جهان و ایران.....
۲۶.....	۶-۲-۲ الگوها و عادت‌های غذایی.....
۲۸.....	۷-۲-۲ سلامت عمومی.....
۳۰.....	۱-۷-۲-۲ سلامت جسمانی.....
۳۰.....	۲-۷-۲-۲ فعالیت بدنی و سلامت جسمانی.....
۳۱.....	۳-۷-۲-۲ تحقیقات انجام شده مربوط به فعالیت بدنی و سلامت جسمانی.....
۳۵.....	۴-۷-۲-۲ سلامت روانی.....
۳۶.....	۵-۷-۲-۲ سلامت روانی و فعالیت بدنی.....
۳۶.....	۶-۷-۲-۲ تحقیقات انجام شده مربوط به فعالیت بدنی و سلامت روانی.....
۴۱.....	۸-۲-۲ عوامل اجتماعی - اقتصادی.....
۴۴.....	۹-۲-۲ عوامل اجتماعی - اقتصادی و الگوها و عادت‌های غذایی.....
۴۵.....	۳-۲ جمع‌بندی.....

فصل سوم: روش پژوهش

۵۰.....	۱-۳ مقدمه.....
۵۰.....	۲-۳ طرح پژوهش.....
۵۰.....	۳-۳ جامعه آماری.....
۵۰.....	۴-۳ نمونه آماری و روش نمونه‌گیری.....
۵۱.....	۵-۳ متغیرهای پژوهش.....
۵۱.....	۶-۳ ابزار و وسایل اندازه‌گیری.....
۵۱.....	۱-۶-۳ متر نوار.....
۵۱.....	۲-۶-۳ ترازو.....
۵۱.....	۳-۶-۳ پرسشنامه.....
۵۱.....	۱-۳-۶-۳ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک.....
۵۲.....	۲-۳-۶-۳ پرسشنامه فعالیت بدنی بک.....
۵۳.....	۳-۳-۶-۳ پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (GHQ).....
۵۴.....	۴-۳-۶-۳ پرسشنامه الگوها و عادت‌های غذایی.....
۵۴.....	۷-۳ روش اندازه‌گیری و نحوه جمع‌آوری اطلاعات.....
۵۵.....	۱-۷-۳ اندازه‌گیری قد.....
۵۵.....	۲-۷-۳ اندازه‌گیری وزن.....
۵۵.....	۳-۷-۳ تعیین شاخص توده بدن.....

۵۶.....	۳-۷-۴ تعیین چاقی.....
۵۶.....	۳-۸ روش‌های آماری.....

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۵۸.....	۴-۱ مقدمه.....
۵۸.....	۴-۲ بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها.....
۵۹.....	۴-۳ تجزیه و تحلیل توصیفی پژوهش.....
۶۵.....	۴-۴ تجزیه و تحلیل استنباطی پژوهش.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۸۱.....	۵-۱ مقدمه.....
۸۱.....	۵-۲ خلاصه پژوهش.....
۸۲.....	۵-۳ نتایج فرضیه‌های پژوهش.....
۸۳.....	۵-۴ بحث و بررسی.....
۹۴.....	۵-۵ نتیجه‌گیری.....
۹۴.....	۵-۶ پیشنهادهای پژوهش.....
۹۴.....	۵-۶-۱ پیشنهادهای کاربردی.....
۹۵.....	۵-۶-۲ پیشنهادهای پژوهشی.....
۹۸.....	فهرست منابع.....

فهرست جدول‌ها

صفحه	عنوان
۲۰.....	جدول ۲-۱ طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی از چاقی.....
۲۲.....	جدول ۲-۲ عوامل موثر در چاقی.....
۳۰.....	جدول ۲-۳ رابطه بین میزان مرگ و میر و سطح آمادگی بدنی.....
۴۷.....	جدول ۲-۴ میزان شیوع چاقی در شهرهای ایران.....
۵۸.....	جدول ۴-۱ آزمون کالموگراف اسمیرنف.....
۵۹.....	جدول ۴-۲ توزیع فراوانی طبقات BMI و میانگین فعالیت بدنی و سلامت عمومی آنها.....
۶۰.....	جدول ۴-۳ توزیع فراوانی طبقات BMI و میانگین الگوها و عادت‌های غذایی آنها.....
۶۱.....	جدول ۴-۴ توزیع فراوانی طبقات BMI و میانگین آنها.....
۶۲.....	جدول ۴-۵ توزیع فراوانی گروه‌های سنی مختلف و میانگین فعالیت بدنی، سلامت عمومی، الگوها غذایی و BMI آنها.....
۶۴.....	جدول ۴-۶ توزیع فراوانی سطح تحصیلات و میانگین فعالیت بدنی و BMI آنها.....

- جدول ۷-۴ توزیع فراوانی افراد مجرد و متأهل و میانگین متغیرهای مختلف..... ۶۵
- جدول ۸-۴ تفاوت میزان فعالیت بدنی در طبقات مختلف BMI..... ۶۶
- جدول ۹-۴ تفاوت میزان فعالیت بدنی در طبقات نرمال و دارای اضافه وزن..... ۶۶
- جدول ۱۰-۴ تفاوت میزان فعالیت بدنی در طبقات نرمال و چاق..... ۶۷
- جدول ۱۱-۴ تفاوت میزان فعالیت بدنی در طبقات اضافه وزن و چاق..... ۶۷
- جدول ۱۲-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و الگوهای غذایی..... ۶۸
- جدول ۱۳-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و عادات‌های غذایی..... ۶۸
- جدول ۱۴-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و سلامت عمومی..... ۶۹
- جدول ۱۵-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و گروه‌های سنی مختلف..... ۶۹
- جدول ۱۶-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و میزان تحصیلات..... ۷۰
- جدول ۱۷-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و وضعیت مسکن..... ۷۰
- جدول ۱۸-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و سابقه بیماری قلبی (فردی)..... ۷۱
- جدول ۱۹-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و سابقه بیماری قلبی (خانوادگی)..... ۷۱
- جدول ۲۰-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و مصرف سیگار..... ۷۱
- جدول ۲۱-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و وضعیت تأهل..... ۷۲
- جدول ۲۲-۴ رابطه بین میزان فعالیت بدنی و میزان درآمد..... ۷۲
- جدول ۲۳-۴ تفاوت الگوهای غذایی در طبقات مختلف BMI..... ۷۳
- جدول ۲۴-۴ تفاوت الگوهای غذایی بین طبقه نرمال و اضافه وزن..... ۷۳
- جدول ۲۵-۴ تفاوت الگوهای غذایی بین طبقه نرمال و چاق..... ۷۴
- جدول ۲۶-۴ تفاوت الگوهای غذایی بین طبقه اضافه وزن و چاق..... ۷۴
- جدول ۲۷-۴ تفاوت عادات‌های غذایی بین طبقات مختلف BMI..... ۷۵
- جدول ۲۸-۴ تفاوت سلامت عمومی بین طبقات مختلف BMI..... ۷۵
- جدول ۲۹-۴ رابطه بین گروه‌های سنی و طبقات BMI..... ۷۶
- جدول ۳۰-۴ رابطه بین وضعیت تأهل و طبقات BMI..... ۷۶
- جدول ۳۱-۴ رابطه بین وضعیت مسکن و طبقات BMI..... ۷۷
- جدول ۳۲-۴ رابطه بین میزان تحصیلات و طبقات BMI..... ۷۷
- جدول ۳۳-۴ رابطه بین سابقه بیماری قلبی فرد و طبقات BMI..... ۷۸
- جدول ۳۴-۴ رابطه بین سابقه بیماری قلبی خانوادگی و طبقات BMI..... ۷۸
- جدول ۳۵-۴ رابطه بین مصرف سیگار و طبقات BMI..... ۷۹
- جدول ۳۶-۴ رابطه بین میزان درآمد و طبقات BMI..... ۷۹

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲ هرم فعالیت بدنی.....	۱۶
شکل ۲-۲ میزان فعالیت بدنی زنان و مردان در کشورهای مختلف.....	۱۸
شکل ۳-۲ اختلالات مربوط به چاقی.....	۱۸
شکل ۴-۲ ترازوی تعادل انرژی.....	۲۶
شکل ۵-۲ رابطه بین کم‌تحركی و ناراحتی‌های روان.....	۳۶
شکل ۱-۴ میانگین فعالیت بدنی طبقات BMI.....	۵۹
شکل ۲-۴ میانگین سلامت عمومی طبقات BMI.....	۶۰
شکل ۳-۴ میانگین الگوهای غذایی طبقات BMI.....	۶۰
شکل ۴-۴ میانگین عادت‌های غذایی طبقات BMI.....	۶۱
شکل ۵-۴ تغییرات فعالیت بدنی در گروه‌های سنی.....	۶۳
شکل ۶-۴ تغییرات BMI در گروه‌های سنی.....	۶۳
شکل ۷-۴ تغییرات سلامت عمومی در گروه‌های سنی.....	۶۳

فهرست پیوست‌ها

عنوان	صفحه
پیوست ۱: فرم فهرست‌برداری.....	۱۱۱
پیوست ۲: نامه هماهنگی با فرمانداری.....	۱۱۲
پیوست ۳: پرسشنامه دموگرافیک.....	۱۱۳
پیوست ۴: پرسشنامه فعالیت بدنی بک.....	۱۱۴
پیوست ۵: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ).....	۱۱۶
پیوست ۶: پرسشنامه الگوها و عادت‌های غذایی.....	۱۱۷
پیوست ۷: رضایت‌نامه شرکت و همکاری در پژوهش.....	۱۱۸

چکیده

هدف از این مطالعه، ارزیابی میزان فعالیت بدنی، الگوها و عادات‌های غذایی مردان شهر اراک و تعیین رابطه آنها با شیوع چاقی و سلامت عمومی می‌باشد. در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۴۰۰ نفر از مردان ۲۰ تا ۷۰ ساله شهر اراک با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی و با مراجعه به منازل، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات فردی نمونه‌ها توسط پرسشنامه و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. برای ارزیابی میزان فعالیت بدنی از پرسشنامه فعالیت بدنی بک، تعیین الگوها و عادات‌های غذایی از پرسشنامه تغذیه آدامی و کوردرا و برای ارزیابی سلامت عمومی از پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. وزن نمونه‌ها با ترازوی عقربه‌ای استاندارد و قد با استفاده از متر نواری اندازه‌گیری شد. برای تعیین شیوع چاقی، شاخص توده بدنی (BMI) محاسبه و مقادیر بین ۲۵ تا ۲۹/۹ دارای اضافه‌وزن و ۳۰ و بیشتر به عنوان چاقی در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کروسکال والیس، خی‌دو، یومن ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. یافته‌ها نشان داد که گروه سنی ۵۱ تا ۷۰ سال نسبت به گروه‌های سنی دیگر کمترین میزان فعالیت بدنی و بیشترین BMI را داشت. بین فعالیت بدنی و الگوهای غذایی رابطه مثبتی وجود داشت ($p \leq 0/05$) اما بین فعالیت بدنی و عادات‌های غذایی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین بین فعالیت بدنی و سلامت عمومی رابطه مثبتی وجود داشت ($p \leq 0/05$). شیوع اضافه‌وزن و چاقی به ترتیب ۲۱/۰۵ و ۹/۰۲ درصد بود و با افزایش سن و کاهش فعالیت بدنی بیشتر می‌شد ($p \leq 0/05$). طبقه چاق کمترین میزان فعالیت بدنی را داشت و بین الگوهای غذایی در طبقات مختلف BMI رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p \leq 0/05$). رابطه بین عادات‌های غذایی در طبقات مختلف BMI معنی‌دار نبود. بین چاقی و وضعیت تأهل رابطه مثبتی مشاهده شد ($p \leq 0/05$) اما این رابطه با سطح تحصیلات، درآمد، مصرف سیگار، سابقه بیماری‌های قلبی (فردی و خانوادگی) و وضعیت مسکن معنی‌دار نبود. در مجموع، یافته‌ها نشان داد انتخاب شیوه زندگی با میزان فعالیت بدنی پایین و الگوها و عادات‌های غذایی ناسالم، موجب افزایش وزن، چاقی و کاهش سلامت عمومی می‌شود. بنابراین ضروری است برنامه‌ریزی مناسب برای دستیابی به راهکارهای عملی به منظور ارتقا دانش عمومی در زمینه سلامتی و اصلاح شیوه زندگی در جهت افزایش فعالیت بدنی و نیز بهبود تغذیه جامعه صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: فعالیت بدنی، الگوها و عادات‌های غذایی، چاقی و سلامت عمومی

Level of physical activity, nutritional patterns and habits of Arak city men and its relation with the prevalence of obesity and general health

Hossein Sharifi

Abstract

The purpose of this study was to assess physical activity, nutritional patterns and habits of men of Arak city and to determine its relationship with the prevalence of obesity and general health. The cross-sectional study, 400 men aged 20-70 years old of Arak city were studied by cluster-random sampling and visiting homes. Personal data samples obtained by questionnaire and through interviews. To assess of physical activity was used of physical activity questionnaire Baecke and to determine nutritional patterns and habits was used of Adami and Cordera nutritional questionnaire and to assess general health was used of general health questionnaire (GHQ₁₂). Samples weight and height were measured by standard analog scale and the tape meter. To determine prevalence of obesity, Body mass index (BMI) was calculated and values between 25-29.9 were overweight and greater or equal 30 were obese. To analyze the findings Kruskal- Wallis test, Chi-square Mann- Whitney U and Spearman correlation coefficient were employed. To Analyze data was used software SPSS (version 16). The results showed that 51-70 years age group than other age groups had lowest physical activity and the highest BMI. There was a positive relationship between physical activity and nutritional patterns ($p \leq 0.05$), but was not significant relationship between physical activity and nutritional habits. Similarly, there was positive relationship between physical activity and general health ($p \leq 0.05$). The Prevalence of overweight and obesity were 21.05 and 9.02 percent, respectively, and were increased with increasing age and decreasing physical activity ($p \leq 0.05$). The Obese category had the lowest physical activity and there was a significant relationship between nutritional patterns in BMI different categories ($p \leq 0.05$). There was not significant relationship between nutritional habits in BMI different categories. There was a positive relationship between obesity and marital status ($p \leq 0.05$), but this relationship was not significant with education level, income, smoking, history of heart diseases (individual and family) and housing status. Overall, the findings showed that choosing lifestyle with low amount of physical activity and unhealthy nutritional patterns and habits will increase weight, obesity and reduce general health. Therefore, proper planning is needed done for achieving to practical solutions to improve public knowledge in the field of health and lifestyle modification to increase physical activity and improve nutrition community.

Key word: physical activity, obesity, nutritional patterns and habits, general health

فصل اول
طرح پژوهش

۱-۱ مقدمه

در چند دهه اخیر زندگی انسان از نظر شیوه زندگی، روابط اجتماعی و مسایل بهداشتی بیش از گذشته دستخوش دگرگونی شده است. تلاش شتابزده برای صنعتی شدن، گسترش سریع شهرنشینی و زندگی ماشینی که لازمه آن قبول روش‌های نوین زندگی است، اثر معکوس بر سلامت انسان گذاشته است. شیوه مدرن زندگی، انسانها را به موجودات کم تحرک تبدیل نموده که این موضوع موجب به خطر افتادن وضعیت سلامتی افراد شده است [۲۱]. یکی از پیامدهای نامطلوب تغییر در رفتار و شیوه زندگی بروز چاقی است که زمینه‌ساز عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی-عروقی، گوارشی، سرطان‌ها و بیماری‌های عروق مغزی است که منجر به از کار افتادگی و مرگ و میر زودرس می‌شود [۱۴۸، ۱۸۶]. عوامل مختلفی در ابتلا به چاقی و شیوع آن نقش دارد که می‌توان به پایین بودن سطح فعالیت بدنی، مصرف غذاهای پرچرب [۱۸۶، ۲۰]، عوامل روانی [۲۱۸]، شاخص توده بدن بالا [۲۰] افزایش سن [۶۰، ۲۰] و مصرف سیگار [۲۰] اشاره کرد.

برخی شواهد علمی نشان دادند که نداشتن یا پایین بودن فعالیت جسمانی یک عامل مهم در شیوع اضافه‌وزن و چاقی است. موضوع ورزش و تاثیر آن در کاهش وزن و برای پیشگیری از این عوارض زمینه‌های مطالعاتی زیادی را بین پژوهشگران و کارشناسان علوم ورزشی و علوم تغذیه ایجاد کرده است؛ زیرا همواره با این پرسش مواجه بوده‌اند که نقش فعالیت بدنی و ورزش در کاستن چربی اضافه و کنترل وزن تا چه حد و به چه صورتی است [۶۷]. در خلال دهه‌های گذشته، تعداد زیادی از کشورها با تغییرات الگوهای غذایی روبرو بوده‌اند و جانشینی غذاهای پرچرب، حاوی کربوهیدرات‌های تصفیه شده و کم فیبر در بیشتر کشورها سبب تغییر الگوی غذایی آنها شده است. همچنین تغییر در ساختار مشاغل، ماهیت فعالیت‌های اقتصادی در هر شغل، سیستم حمل و نقل، اوقات فراغت و نوع تفریحات منجر به کاهش میزان فعالیت بدنی شده است [۱۷۷]. تغییرات پدید آمده در الگوی غذایی و انتخاب‌های غذایی افراد که منجر به

مصرف بیشتر غذاهای آماده و کم فیبر و در عوض دریافت بیشتر غذاهای پرچرب شده است، شاید یکی از علل افزایش شیوع چاقی در جوامع باشد [۱۴۵].

بنابر پیشنهاد مرکز ملی سلامت (NIH)^۱ و کالج امریکایی طب ورزش (ACSM)^۲، انجام دست کم ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط برای ۵ روز یا بیشتر روزهای هفته یا دست کم ۲۰ دقیقه فعالیت ورزشی سنگین برای ۳ روز یا بیشتر روزهای هفته لازم است [۵۷]. فعالیت بدنی آثار مطلوبی روی نیمرخ لیپیدی، کنترل وزن، توزیع چربی [۲۰] و سلامت روانی [۷۷، ۱۸۶] داشته و با کاهش خطر بیماری قلبی-عروقی، دیابت نوع ۲ و انواع سرطان همراه است [۸۱، ۹۶]. یکی دیگر از پیامدهای نامطلوب تغییر شیوه زندگی و نداشتن تحرک کافی و همچنین افزایش جمعیت شهرنشینی، بروز برخی مشکلات روانی در افراد است که این موضوع موجب به خطر افتادن وضعیت سلامتی افراد می شود. بنابر برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا از اختلالات روانی رنج می بردند که بیشتر آنها در کشورهای در حال توسعه مشاهده شده بود [۴۹]. روان شناسان معتقدند که افسردگی و اضطراب و بی خوابی سلامت روانی انسانها را تهدید کرده و قوای بدنی و روانی را رو به تحلیل می برد [۴۷]. یکی از راههایی که روان شناسان و متخصصان برای پیشگیری و درمان مشکلات روانی و جسمانی معرفی می کنند، نقش فعالیت بدنی در زمینه بهداشت روانی و سلامت جسمانی است [۳]. فعالیت بدنی به طور فزاینده ای به عنوان وسیله ای مناسب برای حفظ بقا و ارتقا سلامت روانی مورد حمایت قرار گرفته است. فعالیت های بدنی و ورزشی نقش حیاتی در توسعه توانایی های جسمانی، ارتقا عملکرد اجتماعی، کاهش افسردگی، اضطراب و سایر عوامل روانی دارند. به طور کلی نتایج تحقیقات نشان داده اند که فعالیت بدنی و ورزش با بهبود سلامت روانی و حالت رفتاری مرتبط است [۱۷۹]. در این پژوهش تلاش می شود علاوه بر تعیین میزان شیوع چاقی و میزان فعالیت بدنی، به ارتباط آنها با الگوها، عادات های غذایی و سلامت عمومی مردان شهر اراک بپردازیم.

^۱ National Institutes of Health

^۲ American College of Sports Medicine

۲-۱ بیان مساله

الگوهای زندگی روزمره بیشتر انسانها را به سوی یک زندگی بی‌تحرک رهنمون می‌سازد. زندگی صنعتی با وجود خدمات فراوانی که به انسان‌ها کرده است، عوارضی را نیز برای او به ارمغان آورده که مهمترین آنها فقر حرکتی است. همان‌طور که می‌دانید بدن انسان برای حرکت طراحی و ساخته شده است و از دیدگاه فیزیولوژی، با زندگی بی‌تحرک سازگاری ندارد. زندگی بی‌تحرک خطر ابتلاء به عارضه چاقی را به همراه دارد. اگرچه این عارضه به تنهایی علت اصلی مرگ و میر نیست، اما تا حد زیادی با عوارض دیگری مثل بیماری پر فشاری خون، بیماری سرخرگ کرونری، دیابت و سرطان همراه است که میزان مرگ و میر را افزایش می‌دهد [۱۸۴]. شیوع چاقی در جوامع بشری به گونه‌ای است که هزینه انرژی برای کار و نیازهای ضروری روزانه به علت مدرنیزه شدن زندگی به صورت تدریجی کاهش یافته و در مقابل، هزینه انرژی فعالیت‌های بدنی به قدر کافی افزایش نیافته است که کم‌تحرکی ناشی از زندگی شهرنشینی و ماشینی را جبران کند [۲۱۶]. اطلاعات بدست آمده از تمام کشورهای صنعتی و حتی کشورهای جهان سوم نشان می‌دهد که تعداد زیادی از کودکان و بزرگسالان دارای اضافه‌وزن و چاقی هستند [۲۲۲]. گزارش شده در کشورهایی از جمله ایالات متحده آمریکا [۲۰۸] اسپانیا [۱۴۸] ترکیه [۲۲۶،۹۱] کانادا [۷۷]، ایتالیا [۱۱۲] و فنلاند [۹۸] نیز شیوع چاقی در سطح بالایی قرار دارد و رو به افزایش است.

ایرم و همکاران^۱ (۲۰۰۱) شیوع چاقی در مردان ترکیه را ۱۰/۷ درصد در سال ۲۰۰۱ و ۱۶/۵ درصد در سال ۲۰۰۶ گزارش کردند که به نظر می‌رسد کمبود فعالیت بدنی و کاهش هزینه انرژی از دلایل اصلی در افزایش شیوع چاقی و بیماری‌های مرتبط با آن باشد [۹۱]. در ایران نیز پیش‌داد (۱۹۹۶) بالا بودن شیوع چاقی و به ویژه اضافه‌وزن و پایین بودن سطح فعالیت بدنی را گزارش کرد [۲۰]. همچنین عزیزی (۲۰۰۵)، حاجیان (۲۰۰۷)، سزاوار (۲۰۰۱) برزیگر (۱۹۹۷) و همکارانشان شیوع ۲۰/۸، ۹/۹، ۱۳/۵، ۱۱/۵ درصدی چاقی را در استان‌های تهران، مازندران، اردبیل و گیلان گزارش کردند. در مطالعه متا‌آنالیزی که توسط میرزازاده و همکاران (۲۰۰۹) صورت گرفت، شیوع چاقی در بزرگسالان بیشتر از

^۱ Erem et al.

۱۸ سال ۲۱/۵ درصد و در افراد کمتر از ۱۸ سال در ایران ۵/۵ درصد گزارش شد که سهم مردان بزرگسال ۱۳/۷ درصد و سهم زنان ۲۷/۳ درصد بود [۱۵۷]. با توجه به این موضوع که خودداری از فعالیت بدنی و ورزش و گرایش به زندگی آرام و کم تحرک موجب بهم خوردن موازنه کالریک بدن و سبب افزایش چربی بدن خواهد شد [۲۰] و از طرفی بنا به شواهد علمی، میزان شیوع چاقی و اضافه وزن در مناطق مختلف جهان بین ۱۵ تا ۶۰ درصد متغیر است [۲۲۴] و این حالت از یک روند رو به رشد پیروی می کند [۵۲]، افزایش سطح فعالیت بدنی و همچنین برخی مراقبت های تغذیه ای و تغییر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی شهری که منجر به بروز چاقی می شود و آگاهی از علل کسب وزن، ضروری به نظر می رسد. به همین دلیل یکی از موضوعاتی که امروزه مورد توجه بسیاری از مردم و پژوهشگران واقع شده، نقش فعالیت های بدنی و ورزشی در پیشگیری و درمان چاقی است. ارتباط چاقی با بسیاری از بیماری های مرگ آفرین، علت اصلی پژوهش در زمینه بررسی شیوع چاقی و ارتباط آن با سطح فعالیت بدنی در سال های دور و نزدیک بوده است. چاقی یکی از شایع ترین مشکلات زندگی انسان در دوره کنونی است و از آن به عنوان یکی از عوامل خطرزا برای بسیاری از بیماری ها و مرگ و میرها یاد می شود. این عارضه هر سال هزینه های اجتماعی و مالی هنگفتی را بر جوامع بشری تحمیل می کند. بنابراین، داشتن تعریف دقیقی برای چاقی و تعیین ارتباط آن با عوامل تهدید کننده سلامتی در هر جامعه، می تواند نقش مهمی در کاستن از مرگ و میر ناشی از بیماری های مرتبط با چاقی از یک سو و کاهش هزینه های اجتماعی و درمانی از سوی دیگر داشته باشد و از طرفی با توجه به اینکه ایران کشور پهناوری است و بیش از ۷۰ میلیون جمعیت با فرهنگ ها، سبک زندگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی متفاوت دارد (ترک ها در شمال غرب، کردها در غرب، عرب ها در جنوب و جنوب غرب، فارس ها در مرکز، ترکمن ها در شمال شرق و بلوچ ها در شرق)؛ میزان فعالیت بدنی و همچنین شیوع چاقی می تواند در مناطق مختلف آن متفاوت باشد [۱۵۷]. از این رو مسئله ای که می توان در این پژوهش مطرح کرد این است که میزان فعالیت بدنی در مردان اراکی چه مقدار است؟ و آیا این میزان فعالیت بدنی با شیوع چاقی، الگوها و عادت های غذایی و سلامت عمومی آنها رابطه ای دارد؟

۳-۱ ضرورت و اهمیت پژوهش

سلامتی مهمترین عامل پیشرفت و بقای جامعه است و یکی از با ارزش ترین نعمات خداوندی است که حق انسانها محسوب می شود و تأمین آن وظیفه فردی و عمومی است. با توجه به افزایش شیوع چاقی و بیماری های روانی در بسیاری از کشورهای دنیا و ایران و با در نظر گرفتن بیماری های مرتبط با آن، پیشگیری از آنها باید از اولویت های مهم بهداشت و سلامت عمومی قرار گیرد. برای ادامه زندگی سالم و با نشاط برخوردار از سلامت جسمانی و روانی یک ضرورت اساسی است و انسان زمانی می تواند از یک زندگی سودمند برخوردار باشد که بتواند قوای جسمانی و روانی خود را برای دستیابی به اهداف سودمند به کار گیرد و لازمه این امر داشتن سلامت جسمانی از یک سو و سلامت روانی از سوی دیگر است و از آنجا که پیشگیری ارزان تر و مفیدتر از درمان است و به لحاظ اجتماعی و اقتصادی هم مقرون به صرفه و مفید است، با کاستن از عوارض بیماری ها از هزینه های غیرضروری و اتلاف وقت جلوگیری به عمل خواهد آمد و از این طریق از سنگینی بار تحمیل شده بر اقتصاد جامعه نیز کاسته خواهد شد. این پیشگیری می تواند شامل تشویق افراد به داشتن زندگی فعال در همه گروه های سنی باشد. شایان ذکر است برخی متخصصین علم طب بهترین راه پیشگیری و درمان بیماری های مرتبط با چاقی و بیماری های روانی را تحرک و فعالیت بدنی می دانند [۱۷۹،۲۷]. اطلاعاتی که از سازمان بهداشت جهانی بدست آمده نشان می دهد که در کشورهای مختلف بین ۸۵-۶۰ درصد از بالغین تحرک کافی برای بهبود سلامتی شان را ندارند. در واقع زندگی بی تحرک باعث افزایش تمام علل مرگ و میر می شود و خطر چاقی و به دنبال آن بیماری های قلبی- عروقی، دیابت و سرطانها را دو برابر می کند [۲۹]. گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ حکایت از شیوع ۸۸ درصدی کم تحرکی در جمعیت بزرگسال ایرانی داشت [۹].

با توجه به نکات طرح شده و عنایت به این مطلب که پیامدهای منفی بی تحرکی، چاقی و مشکلات روانی مسائلی نیستند که فقط مردم کشورهای توسعه یافته با آن روبرو باشند و ممکن است ما هم مشکلات آنان را تجربه کنیم و همچنین به منظور هدفمند کردن در کنترل بیماری های مزمن مرتبط با چاقی، مراقبتهای تغذیه ای و مقابله با رفتارها و شیوه های جدید زندگی شهری (زندگی ماشینی)، داشتن اطلاعات در زمینه شیوع چاقی در برنامه ریزی بهداشتی جمعیت ضروری

است. از آنجایی که شهر اراک جز شهرهای صنعتی کشور محسوب می‌شود [۱۴۷] و پژوهش‌هایی که در آن فعالیت بدنی و شیوع چاقی و سلامت عمومی و ارتباط آنها را با الگوها و عادات‌های غذایی مردم شهر اراک را مورد بررسی قرار داده باشند کم بوده و تنها مطالعات محدودی روی کودکان و دانش‌آموزان انجام شده که رویکرد آنها شیوع چاقی [۵۵] است و نه ارزیابی فعالیت بدنی، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به اینکه فعالیت بدنی می‌تواند ابزاری مفید و مهم در از دست دادن چربی اضافی و کنترل وزن و همچنین سلامت روانی و پیشگیری از بیماری‌ها باشد، مطالعه حاضر به بررسی و ارزیابی فعالیت بدنی و شیوع چاقی مردان شهر اراک پرداخته و قصد دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا بین میزان فعالیت بدنی با شیوع چاقی و سلامت عمومی با توجه به عوامل دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی گروه جمعیتی بزرگسال، رابطه‌ای وجود دارد؟ این در حالی است که مطالعات بسیاری از این دست، توسط انجمن‌ها و مراکز مختلف علمی مرتبط با سلامتی، در سایر کشورها انجام شده که نشان دهنده توجه به سطح سلامت افراد در سنین و شرایط اجتماعی-اقتصادی مختلف است.

۱-۴ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف کلی

ارزیابی میزان فعالیت بدنی، الگوها و عادات‌های غذایی و رابطه آن با شیوع چاقی و سلامت عمومی در مردان شهر اراک

۱-۴-۲ اهداف اختصاصی

بررسی فعالیت بدنی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک

تعیین ارتباط بین الگوهای غذایی و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک

تعیین ارتباط بین عادات‌های غذایی و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک

تعیین ارتباط بین سلامت عمومی و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک

تعیین ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک (سن، مسکن، سطح تحصیلات، سابقه بیماری‌های قلبی، مصرف سیگار، وضعیت تأهل و میزان درآمد) و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک

تعیین تفاوت بین الگوهای غذایی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک

تعیین تفاوت بین عادات‌های غذایی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک

تعیین تفاوت بین سلامت عمومی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک

تعیین ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک (سن، مسکن، سطح تحصیلات، سابقه بیماری‌های قلبی، مصرف سیگار، وضعیت تأهل و میزان درآمد) و طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک

۱-۵ فرضیه‌های پژوهش

۱. بین میزان فعالیت بدنی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

۲. بین الگوهای غذایی و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

۳. بین عادات‌های غذایی و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

۴. بین سلامت عمومی و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

۵. بین ویژگی‌های دموگرافیک (سن، مسکن، سطح تحصیلات، سابقه بیماری‌های قلبی (فردی و خانوادگی)، مصرف سیگار، وضعیت تأهل و میزان درآمد) و میزان فعالیت بدنی مردان شهر اراک ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

۶. بین الگوهای غذایی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

۷. بین عادات‌های غذایی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

۸. بین سلامت عمومی در طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

۹. بین ویژگی‌های دموگرافیک (سن، مسکن، سطح تحصیلات، سابقه بیماری‌های قلبی (فردی و خانوادگی)، مصرف سیگار، وضعیت تأهل و میزان درآمد) و طبقات مختلف BMI (وزن طبیعی، اضافه‌وزن و چاق) مردان شهر اراک ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

۶-۱ متغیرهای پژوهش

۶-۱-۱ متغیر مستقل (پیشگو): فعالیت بدنی، الگوها و عادت‌های غذایی، عوامل دموگرافیک

۶-۱-۲ متغیر وابسته (ملاک): چاقی و سلامت عمومی

۷-۱ روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش، جمعیت مردان ۷۰-۲۰ ساله شهر اراک بودند و بنا به جدول اودینسکی^۱ می‌بایست حداقل ۳۸۴ نمونه در پژوهش شرکت می‌کردند که برای افزایش میزان اطمینان، تعداد ۴۰۰ نفر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای - تصادفی^۲ انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. به این منظور، شهر اراک از نظر منطقه جغرافیایی به پنج ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز و هر منطقه به صورت بلوک‌های شهری دسته‌بندی شد. اندازه‌گیری‌ها با مراجعه آزمونگر به درب منزل انجام گرفت. از پرسشنامه فعالیت بدنی بک برای ارزیابی میزان فعالیت بدنی، برای ارزیابی سلامت عمومی از پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی و از پرسشنامه الگوها و عادت‌های غذایی برای ارزیابی الگوها و عادت‌های غذایی استفاده شد.

^۱Odeinsky

^۲ Random cluster sampling

۸-۱ روش‌های آماری

برای محاسبات آماری و تعیین اختلاف و روابط بین متغیرها و با رعایت پیش فرض‌ها، از آزمون‌های آماری کروسکال والیس^۱، خی‌دو^۲، آزمون یومن ویتنی^۳ و ضریب همبستگی اسپیرمن^۴ در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) استفاده شد.

۹-۱ محدودیت‌های پژوهش

۱-۹-۱ محدودیت‌های قابل کنترل

۱. نمونه آماری مورد بررسی در پژوهش، از میان مردان ۷۰-۲۰ سال ساکن شهر اراک انتخاب شدند.

۲-۹-۱ محدودیت‌های غیرقابل کنترل

۱. در پژوهش حاضر سعی شد از مناطق مختلف شهری نمونه‌گیری انجام شود با این حال کیفیت زندگی در مناطق مختلف شهری به عوامل مختلفی بستگی دارد که از محدودیت‌های غیرقابل کنترل پژوهش است.

۲. نحوه انگیزش آزمودنی‌ها در پاسخ به پرسش‌ها در اختیار پژوهشگر نبوده است.

۱۰-۱ پیش فرض‌های پژوهش

۱. وسایل اندازه‌گیری از پایایی و اعتبار لازم برخوردار بودند.

۱. آزمودنی‌ها با انگیزه و اشتیاق مطلوب در مراحل مختلف پژوهش شرکت کرده‌اند.

¹ Kruskal- Wallis

² Chi- square

³ Mann- Whitney U

⁴ Spearman correlation coefficient