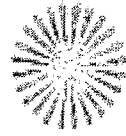


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

1116.1

۱۵۲۳ ۸۹۹۵
۱۱۴۴۳ ۸۷۱۰



دانشگاه تهران

دانشکده علوم انسانی
گروه روانشناسی

رابطه استرس و اضطراب با چاقی در زنان
۲۰-۴۵ ساله شهر تهران

۱۰۱۶۴۰

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

روانشناسی عمومی
سکینه جهانی

استاد راهنما:

دکتر احمد علی پور

۱۳۸۸ / ۲ / ۱۵

استاد مشاور:

دکتر اسماعیل سعدی پور

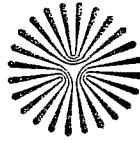
اطلاعات درک منی بزرگ
تسبیله درک

بهمن ماه ۱۳۸۷

۱۱۱۴۰۸



ری اسلامی ایران
علوم تحقیقات و فناوری



دانشگاه پیام نور
دانشگاه پیام نور استان تهران

تاریخ
شماره
پیوست

((تصویب نامه))

پایان نامه تحت عنوان :

"رابطه بین اضطراب و استرس با چاقی در زنان چاق و عادی ۴۵-۲۰ ساله تهران"

تاریخ دفاع : ۸۷/۱۱/۲۴ ساعت : ۱۵ - ۱۴

نمره : ۱۹/۵
درجه : عالی
نرتهه نتم نام

اعضای هیات داوران :

نام و نام خانوادگی	هیات داوران	مرتبه علمی	امضاء
۱- جناب آقای دکتر احمد علی پور		استاد راهنما	
۲- جناب آقای دکتر اسماعیل سعدی پور		استاد مشاور	
۳- جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی		استاد داور	
۴-		ناظر	

خیابان انقلاب،
ستاد نجات الهی،
خیابان سپند،
کلا ۲۳۳
تلفن: ۸۸۸۰۱۰۹۰
فکس: ۸۸۹۰۳۱۵۸
لکترونیکی:
info@Tehran.p
الکترونیکی:
http://www.Tehran

۱۳۸۸ / ۱۲ / ۱۴

چکیده

در پژوهش حاضر به قصد بررسی رابطه دو عامل استرس و اضطراب با چاقی که امروزه سلامت جسمی و روانی افراد را تهدید می کند، آزمون اضطراب کتل، پرسشنامه های رویدادهای زندگی پیکل، استرس ادراک شده، اختلالات تغذیه اهو از و محقق ساخته روی زنان ۲۰-۴۵ ساله چاق مراجعه کننده به کلینیک های تغذیه و رژیم درمانی و زنان با وزن طبیعی، که با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، نتایج زیر را نشان داد:

- استرس ناشی از رویدادهای زندگی در زنان چاق بطور معنا داری بیشتر بود.
- ادراک منفی از استرس، در زنان چاق بطور معنا داری بیشتر بود.
- استرس کل، در زنان چاق بطور معنا داری بیشتر بود.
- بین استرس ادراک شده مثبت در زنان عادی و چاق رابطه معنا داری مشاهده نگردید.
- اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و اضطراب کل در زنان عادی و چاق تفاوت معنا داری را نشان نداد.
- استرس کل در بین زنان چاق مبتلابه پراشتهای عصبی و زنان چاقی که به پراشتهای عصبی مبتلان بودند، تفاوت معنا داری نداشت.
- اضطراب کل در بین زنان چاق مبتلابه پراشتهای عصبی و زنان چاقی که به پراشتهای عصبی مبتلان بودند، تفاوت معنا داری نداشت.

با تقدیر و سپاس:

از آنان که به من آموختند آنچه نمی دانستم،

نشانم دادند آنچه نمی دیدم

و چراغ روشن کوره راه، تاریکی هایم گشتند

به آن دو استاد فرزانه

جناب دکتر احمد علی پور

و جناب دکتر اسماعیل سعدی پور

فصل اول (کلیات)

۲	مقدمه
۴	بیان مسئله
۹	اهمیت موضوع
۱۴	اهداف پژوهش
۱۵	پرسش های پژوهش
۱۶	فرضیه های پژوهش
۱۷	تعاریف نظری
۱۸	تعاریف عملیاتی

فصل دوم (بررسی پیشینه مطالعاتی)

۱۹	تاریخچه
۲۱	دیدگاه ها و رویکردهای پژوهش
۲۱	دیدگاه های مربوط به چاقی:
۲۱	انواع چاقی
۲۲	عوامل زیستی مؤثر در چاقی
۲۹	عوامل روانی مؤثر در چاقی
۳۴	عوامل محیطی مؤثر در چاقی
۳۵	روش های کاهش وزن
۳۹	دیدگاه زیست شناسانه
۴۰	دیدگاه رفتاری
۴۰	دیدگاه روان کاوی

۴۴	رویکردهای استرس:
۵۶	جنبه های روانی و اجتماعی تنیدگی
۵۶	تنیدگی و شناخت
۵۷	تنیدگی هیجانات و احساسات
۵۸	تنیدگی و سیستم های زیستی
۶۰	تنیدگی و نقش کورتیزول در چاقی
۶۴	تنیدگی و رفتارهای بهداشتی
۶۴	نشانگان تنیدگی زنان
	تنیدگی اجتماعی
۶۷	روشهای سنجش تنیدگی
۶۹	مقابله با استرس
۷۰	دیدگاههای اضطراب:
۷۲	تبین های روان کاوی
۷۴	دیدگاه رفتارشناسی طبیعی
۷۶	موضع گیری های انسان گرایانه
۷۶	تبین های رفتاری نگر
۷۷	تبین های شناختی
۷۸	تبین های زیست شناختی
۷۹	انواع اضطراب
۸۷	سطوح اضطراب
۸۹	علل اضطراب
۹۰	درمان اضطراب
۹۲	سنجش اضطراب
۹۴	اختلالات تغذیه ای
۹۷	پژوهش های انجام شده
۱۰۳	سابقه ی تحقیق در ایران

فصل سوم (روش-پژوهش)

۱۰۴	جامعه مورد مطالعه
۱۰۵	ابزار سنجش:
۱۰۵	پرسشنامه اضطراب کتل
۱۰۷	مقیاس استرس ادراک شده
۱۰۸	پرسشنامه رویدادهای زندگی پیکل
۱۰۹	مقیاس اختلالات تغذیه اهواز
۱۱۰	شاخص توده بدنی BMI
۱۱۱	پرسشنامه محقق ساخته
۱۱۲	روش گردآوری داده ها
۱۱۳	روش تحلیل داده ها
۱۱۳	سازماندهی داده ها
۱۱۴	روش آماری

فصل چهارم (تجزیه و تحلیل داده ها)

۱۱۵	بخش اول-اطلاعات جمعیت شناختی
۱۱۵	الف: شغل
۱۱۶	سن
۱۱۷	سطوح تحصیلات
۱۱۸	قد
۱۱۹	وزن
۱۲۰	شاخص توده بدنی
	ب:
۱۲۱	اقدام قبلی برای کاهش وزن
۱۲۲	روش اقدام کاهش وزن
۱۲۳	میزان کاهش وزن در هر بار
۱۲۴	دوره زمانی کاهش وزن

۱۲۵	مدت زمان بازگشت به وزن اولیه
۱۲۶	نوع احساس بعد از بازگشت به وزن اولیه
۱۲۷	انگیزه کاهش وزن مجدد
۱۲۸	وزن مناسب
۱۲۹	بخش دوم - تحلیل فرضیه های پژوهش:
۱۲۹	تحلیل فرضیه اول پژوهش
۱۳۲	تحلیل فرضیه دوم پژوهش
۱۳۴	تحلیل فرضیه سوم پژوهش
۱۳۶	تحلیل فرضیه چهارم پژوهش
۱۳۸	تحلیل فرضیه پنجم پژوهش
۱۴۰	تحلیل فرضیه ششم پژوهش
۱۴۲	تحلیل فرضیه هفتم پژوهش
۱۴۴	تحلیل فرضیه هشتم پژوهش
۱۴۶	تحلیل فرضیه نهم پژوهش
۱۴۸	یافته های جانبی پژوهش

فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)

۱۵۰	نتیجه گیری
۱۵۰	بررسی فرضیه های پژوهش
۱۶۰	محدودیت های پژوهش
۱۶۱	پیشنهاد های پژوهش
	منابع
	ضمائم

فصل اول

کلیات

چاقی، یک مشکل پیچیده است. افزایش شیوع چاقی، نه تنها در کشورهای توسعه یافته، بلکه در کشورهای در حال توسعه هم که شهرنشینی و صنعتی شدن در آنها روبه گسترش است، به عنوان یک مشکل بهداشتی ظاهر می شود. در ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه، بر طبق آمار موجود، شیوع چاقی در افراد روبه افزایش است. چنانچه طبق آمار به دست آمده، ۷۰٪-۶۰٪ افراد بالاتر از ۲۰ سال، مبتلابه اضافه وزن یا چاقی هستند. (درستی و همکاران، ۱۳۸۳). همچنین سالانه یک درصد به تعداد افرادی که دارای اضافه وزن هستند در شهر تهران افزوده می شود (عزیزی، ۱۳۸۶).

چاقی، خطر عمده ای برای سلامت فرد است. که به افزایش بروز بیماریهای قلبی و عروقی، پرفشاری خون، دیابت، سرطان و نهایتاً به کاهش طول عمر می انجامد. از این گذشته چاقی در فرهنگ امروز جهان یک انگ اجتماعی است. و مردم اغلب، افراد چاق را لاقیدوبی اراده میدانند و در نتیجه، این افراد در جامعه و در برخورد با دیگران دچار ناکامی و احساس سرخوردگی می شوند. آدم های چاق اغلب احساس میکنند که در جامعه، مورد قبول نیستند و در هنگامه های تحصیل، تعامل با همسالان و گروه دوستان، شغل یابی، همسریابی و... خود را شکست خورده می بینند و اکثر آگوشه گیروتنها هستند. (سارافینو، ۲۰۰۲). به اعتقاد بیشتر پژوهشگران، چاقی مشکلی چند عاملی است که عوامل مختلفی مانند سوخت و ساز، نوع تغذیه، مسائل روانی و اجتماعی در آن دخالت دارد. احتمالاً چاقی اختلال واحدی نیست، بلکه مجموعه ای از چند اختلال است که علامت همه آنها، فربهی است (رادین ۱۹۸۱).

از طرفی روانشناسی علم مطالعه رفتار است. و طبق نظریه رفتارگرایان، آدمی مجموعه ای از رفتارهاست. خوردن یک رفتار است و هر آنچه که بر شکل گیری رفتارهای آدمی تأثیر گذارد، می تواند بر خوردن هم مؤثر باشد. کلیه اعمال و فعالیت های بدن انسان توسط سیستم عصبی هدایت می گردد و سلسله اعصاب با ترشح هورمونها و سایر واسطه های شیمیایی، تمامی رفتارهای آدمی را در کنترل خود دارد. عواملی از قبیل عوامل زیستی، روانی، فرهنگی و اجتماعی و ۰۰۰ به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سیستم عصبی تأثیر می گذارد و هر عاملی که عملکرد این سیستم را مختل کند، رفتار و اعمال فرد را هم تحت تأثیر قرار می دهد.

هدف این تحقیق بررسی همه عوامل یاد شده نیست، بلکه از آنجایی که اکثر افراد چاق اظهار می کنند، زمانی که در تنش یا اضطراب به سر می برند، بیشتر می خورند و یا بسیاری از مردم از غذای به عنوان راهی برای فراموش کردن نوسانات هیجانی خود استفاده می کنند (هوکسما^۱، ۱۹۹۲)، وهم چنین به نظرمی رسد، استرس مفرط می تواند در سطح بدنی آشکار شده و منجر به پدیده هایی مانند زیاد خوردن یا تند خوردن گردد (استورا^۲، ۲۰۰۴)، در این پژوهش به بررسی رابطه استرس و اضطراب با چاقی پرداخته شد.

1-Hoksema¹
2-Stora²

بیان مسئله

چاقی از نظر سلامت و روابط اجتماعی، دردوره کودکی و بزرگسالی، برای فردزیان های بسیاری دارد. چاقی با غلظت بالای کسترول، فشارخون بالا، بیماری های قلب و عروق و بیماری قندارتباط دارد و هرچه چاقی شدیدتر باشد، احتمال خطر ابتلا به این بیماری ها افزایش میابد (مانسون^۱ و همکاران ۱۹۹۵ و ۱۹۹۰). بزرگسالان چاقی که در دوران کودکی چاق بوده اند، با مشکل دوگانه یاخته های چربی بزرگتر و تعداد بیشتر آنها، روبرو هستند.

میلیون ها نفر از مردم در سراسر جهان، برای مبارزه با چاقی روزهایی از سال رژیم می گیرند و بعضی از افراد، به این دلیل که نگران خطرات ناشی از چاقی هستند، می کوشند وزن خود را کم کنند. در واقع، کاهش وزن قطعاً وضعیت فشارخون و غلظت چربی ها را در خون بهبود می بخشد (داتیلو^۲ و کریس - اترتون ۱۹۹۲).^۰ اما انگیزه بسیاری از افراد نیز، وضع ظاهری شان است و این که مردم درباره ی آنان چه می اندیشند. به نظر اکثر مردم، از جمله امریکائیان، چاقی نامطلوب است، به ویژه برای زنان. این موضوع، از نظر اجتماعی، برای بسیاری از اشخاص عواقب ناخواسته در پی دارد. به طور مثال، در زمینه برقراری روابط با دیگران و ازدواج. از سوی دیگر، ازدید اجتماع، چاقی مایه شرمساری است. چون، بسیاری از مردم، اشخاص چاق را به دلیل وضعیت شان، سرزنش می کنند و برای این باورند که، این اشخاص صرفاً از نیروی اراده بی بهره اند. در پیژوهش بوسیله ویلیام دیونگ^۳، از دختران دبیرستانی، خواسته شد که به تعدادی از دخترانی که نمی شناسند، امتیاز دهند. امتیازی که به دختران چاق، داده شد، کمتر از امتیاز مربوط به دختران، با وزن طبیعی بود.

1-Manson
2-Datillo&Kris&Etherton
3-William Dijon

طبق نظر محققان و شواهد موجود، تأثیر استرس و اضطراب بر وزن بدن، میتواند ناشی از غلبه لذت ارضای دهانی در افراد باشد (استورا، ۲۰۰۴). از طرفی بیش خوری عصبی، منبع اصلی دریافت کالری اضافی بوده و در نتیجه موجب چاقی می شود و همین طور وقتی فرد در اثر هیجان غذایی خورد، نه تنها این مسأله اورا به دلیل افزایش وزن ناراحت می کند بلکه، احساس شکست و کمی عزت نفس نیز میکند.

اما به راستی چاقی چیست؟

هرگونه افزایش وزن بدن نسبت به اندازه طبیعی را، چاقی مینامند (طالبان، ۱۳۸۱). این امر اغلب به علت بیشتر شدن بافت چربی در بدن موجود زنده اتفاق می افتد. دلیل آن، کاهش مصرف انرژی به سبب کمبود فعالیت جسمانی است، در حالی که میزان انرژی دریافت شده توسط ارگانیسم ثابت مانده و یا افزایش یافته است. در هر حال، انرژی غذایی بیشتر از انرژی مصرفی می شود در نتیجه باقیمانده انرژی به شکل چربی، ذخیره می گردد. میزان ذخیره چربی در افراد متفاوت است. یعنی چنانچه ورود و مصرف انرژی در اشخاص مختلف یکسان باشد، گاهی مقدار چربی ذخیره شده با هم فرق دارد. علت این دیده هنوز به طور کامل روشن نیست، اما می توان از عواملی چون تفاوت های میزان سوخت و ساز در افراد مختلف و یا عوامل ژنتیکی نام برد. در این رابطه، چاقی رابه دو گروه درون زا و برون زاتقسیم کرده اند. در نوع اول، عوامل وراثتی و تفاوت های متابولیکی را دلیل ذخیره سازی بیشتر چربی می دانند و در نوع دوم، دریافت اضافه انرژی توسط ارگانیسم دلیل اضافه وزن و چاقی می باشد (همان منبع).

در حال حاضر، نمایه توده بدن bmi^1 ، معیار معتبری جهت بررسی وضعیت تغذیه می باشد. برای تعیین bmi ، اندازه های قد و وزن مورد نیاز است و اعداد bmi ، بیش خواری یا کم خواری را نشان میدهد. این شاخص، اختلافات در ترکیب بدن را بوسیله تعریف

مقدار بافت چربی، بر اساس نسبت وزن به قد حساب می‌کند، بنابراین مستقل از جثه (اندازه) بدن می‌باشد (شیدفر-خلدی، ۱۳۸۴).

استرس یا تنیدگی و اضطراب چگونه تعریف می‌شوند؟

تنیدگی می‌تواند تقریباً ناشی از هرگونه رویدادی که به شخص، و چگونگی ارزیابی حادثه، توسط وی مرتبط می‌شود، باشد. برخی از محققین تنیدگی را با دنیای درون ذهن شخص مرتبط می‌دانند، بدین معنی که حوادث و رویدادها، فقط زمانی به تنیدگی منتهی می‌شوند که یک تهدید به حساب آیند. این تعامل بین فرد و موقعیت، لازاروس و فالکمن^۱ را بر آن داشت تا تنیدگی را به عنوان "یک ارتباط بین شخص و محیط تعریف کنند. محیطی که برای فرد، به منزله عاملی که به وی تهدید می‌گردد و منافع وی را در معرض خطر قرار می‌دهد، ارزیابی می‌گردد." ارزیابی‌های شخصی از وقایع استرس زا بیش از پیش ذهنی و فاعلی هستند (جان بزرگی - نوری، ۱۳۸۲). اما **اضطراب** عموماً یک انتظار به ستوه آورنده است. به منزله چیزی است، که ممکن است، در تنشی گسترده و موحش و اغلب بی‌نام اتفاق بیفتد. به عبارت دیگر **اضطراب**، مستلزم مفهوم ناایمنی یا تهدیدی است که فرد، منبع آن را بوضوح درک نمی‌کند و در واقع دارای عامل بیرونی مشخصی نیست. در اینجا سؤالی مطرح می‌شود:

آیا تفاوتی بین استرس و اضطراب وجود دارد یا نه؟ و این تفاوت در چیست؟

طبق نظریه‌های ناشی از دیدگاه‌های رفتاری و شناختی، **استرس** می‌تواند به وسیله شرطی شدن، توسط شناخت‌ها، یا به وسیله رویدادهای زندگی ایجاد شود. در واقع استرس حاکی از واکنش روانی

به رویدادهای معنادار است (سلیگمن^۱، روزنهان^۲، ۱۹۹۵). در واقع جدا کردن اضطراب از استرس تا حدودی مشکل است. هرچند که به نظر می‌آید استرس، بیشتر در ارتباط با عوامل بیرونی به وجود می‌آید و اضطراب تا حدی برای فردهوشیارتر است (دادستان، ۱۳۸۳). می‌توان چنین نتیجه گرفت که تفاوت استرس و اضطراب در عامل بوجود آورنده یا منبع آن است که در اولی، منبع، بیرونی و مشخص و در دومی، منبع درونی و نامشخص است.

طبق تعریف (دایرةالمعارف مدلاین^۳، ۲۰۰۷) "استرس، ناشی از هر موقعیت یا تفکری است که موجب احساس ناکامی، خشم، عصبی شدن و یا هرتنش دیگری در فرد می‌شود. و آنچه که برای یک فرد تنش‌زا است، لزوماً برای سایر افراد تنش‌زا نیست".

و طبق تعریف همین منبع، "اضطراب، عبارت است از احساس دلشوره و یا ترس که ممکن است منبع این احساس (عدم احساس آرامش) که منجر به درک نیاز اجتناب‌ناپذیر شده است ناشناخته باشد".

همچنین سایت اینترنتی حملات پانیک^۴ در پاسخ سؤال «نشانه‌های مشابه استرس و اضطراب چیست؟» می‌نویسد:

نشانه‌های استرس و اضطراب به واسطه‌ی واکنش‌های شیمیایی یکسانی در بدن ایجاد می‌شوند. استرس، پاسخ بهنجار فرد به یک موقعیت تهدیدآور است و اضطراب معمولاً به واسطه نگرانی ایجاد می‌شود و موضوع خاصی فرد را تهدید نمی‌کند. در واقع اضطراب و استرس دو واژه متفاوت برای بیان و توصیف یک تجربه یکسان هستند. اگر بخواهیم تفاوتی برای استرس و اضطراب قائل باشیم، آن تفاوت عبارت است از این که اضطراب معمولاً به صورت وهله‌های کوتاه تری ادراک می‌شود، در حالی که استرس می‌تواند هفته‌ها، ماه‌ها و حتی سال‌ها به طول انجامد. (همان منبع).

طبق نظر اغلب محققان، چاقی در زنان بیشتر است. در کشورهای توسعه یافته مانند آمریکا، طی بررسی‌های انجام شده، هم درصد اضافه وزن

1-Seligman

2-Rosenhan, Daivid L.

3-Medlineplus

4-Panic -attacks.co.uk

وهم چاقی در زنان بیشتر است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۵). وهم تعداد زنانی که، اقدام به کاهش وزن می کنند، بیشتر از مردان است. به طوری که در مقابل هر چهار زن، یک مرد اقدام به کاهش وزن میکند (فورمن^۲ و همکاران، ۱۹۸۶ و سردولا^۳ و همکاران ۱۹۹۴). و در کشور خودمان، طبق اعلام نظر رئیس مرکز تحقیقات چاقی ایران، چاقی مفرط در خانم ها ۳۵٪ و در آقایان ۱۵٪ است. یعنی چیزی بیشتر از دو برابر (عزیزی، ۱۳۸۵).

از طرفی عموماً زنان بیشتر از مردان، در اکثر جوامع به اختلالات اضطرابی مبتلامی شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). همچنین در شرایط پراسترس، مردان بیشتر از زنان واکنش بیرونی نشان میدهند (لاندبرگ^۴، ۱۹۸۶ و تورسن و پاتیلو^۵، ۱۹۸۸). از طرفی کانون کنترل (احساس کنترل فردی در شرایط استرس زا)، در زنان بیرونی است. که این موجب احساس کارایی پایین در زنان، به هنگام رویارویی با شرایط استرس زامی شود و خود موجب می گردد تا زنان در شرایط مشابه، تنش بیشتری را ادراک کنند (لاندین^۶، ۱۹۸۷). همچنین تناسب اندام بنا بر دلایل اجتماعی، روانی و فرهنگی برای زنان مهم تر است (دیونگ^۷، ۱۹۹۴).

با توجه به مستندات یاد شده، از آنجایی که زنان هم بیشتر به چاقی مبتلا می گردند و هم بیشتر به اختلالات اضطرابی و استرس دچار می شوند و تناسب اندام نیز برای آنان مهم تر است، در این تحقیق، زنان به عنوان گروه مورد پژوهش، انتخاب شدند.

1-Kaplan&"Sadock
2-Forman
3-Serdula
4-Lundberg
5-Thoresen&Patillo
6-Lundin
7-Dejong

اهمیت موضوع

چاقی، عوارض متعددی بر سلامتی داشته و با تعداد زیادی از بیماری‌ها همراه است. میزان مرگ و میر ناشی از سرطان های کولون، رکتوم و پروستات در مردان چاق، صرف نظر از این که عادت به مصرف سیگار داشته اند یا نه، بیشتر از مردانی است که وزن طبیعی دارند، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان کیسه صفرا، مجاری صفرا و پستان (پس از یائسگی)، رحم و تخمدان در زنان چاق بیشتر از زنان دارای وزن طبیعی است. افزایش فشارخون سه برابر و بالا بودن کلسترول خون دو برابر در افراد سنگین وزن شایع‌ترند. در مجموع چاقی با افزایش احتمال مرگ و میر در سنین پایین تر همراه است. پیش آگهی وزن ضعیف بوده (چاقی در زنان شایع‌تر از مردان است). چاقی معمولاً سیر پیش رونده و غیر قابل تغییری دارد. از میان بیمارانی که وزن خود را تا حدود چشمگیری کاهش می دهند، ۹۰٪ آنها در نهایت مجدداً دچار افزایش وزن می گردند. بخصوص وقتی چاقی از دوران کودکی شروع شده باشد. زیرا در این حالت شدیدتر و مقاومتر به درمان است و احتمال همراهی بیشتری با آشفتگی های هیجانی دارد.

چاقی مشکل پیچیده ای است و بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر را در جهان درگیر کرده است. به علاوه در ۴۰ سال اخیر افزایش وزن در اغلب جوامع، روبه چاقی مرضی رفته است. در ایران حدود ۷۰٪ افراد بالای ۲۰ سال دچار اضافه وزن و چاقی هستند. و چاقی در جامعه ما، در زنان بیشتر است. به طوری که چاقی در زنان دو برابر مردان است و حتی چاقی شکمی در زنان ۶۷٪ و در آقایان ۳۳٪ است. و این آمار در زنان خانه دار بیشتر می باشد. (عزیزی، ریاست انجمن چاقی ایران، ۱۳۸۵). از طرفی سالیانه در سراسر دنیا از جمله در کشور آمریکا، هزینه بسیار زیادی صرف کاهش وزن می شود که در اکثر مواقع با شکست مواجه می گردد. و این مشکل چنان روز به روز در حال افزایش است که اخیراً دولت ها در بودجه های بهداشتی خود، سهم قابل ملاحظه ای را برای مقابله با چاقی و یاروش های پیشگیری از آن در نظر می گیرند.

هزینه های ناشی از چاقی

- هزینه های مستقیم، هزینه هایی است که صرف مراقبت های بهداشتی از افراد چاقی که به واسطه چاقی دچار عوارض شده اند، می شود. هزینه های چاقی مستقیم، ۵۲ بلیون دلار سالانه در آمریکای باشد.

- هزینه های غیرمستقیم، هزینه هایی است که به دلیل کاهش بازده اقتصادی ناشی از بیماری افراد چاق و یامرگ زودرس آنان به دلیل عوارض چاقی حاصل می شود. هزینه های چاقی غیرمستقیم، ۴۸ بلیون دلار سالانه در آمریکای باشد.

- هزینه های نامحسوس، بازتاب فردی و اجتماعی چاقی و بیماریهای ناشی از آن است که منجر به عدم احساس سلامتی، شادابی و یامرگ زودرس می شود و بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد. این هزینه ها، ۳۳ بلیون دلار سالانه در آمریکای باشد (نقل از مظهری، ۱۳۸۶).

بررسی شیوع چاقی در ایران نیز توسط مرکز تحقیقات و متابولیسم غدد در سالهای ۸۰-۷۷ تحت عنوان مطالعه قند و لپید تهران صورت گرفت. نتایج زیر بدست آمد.

تعداد افراد ۲۰ سال با اضافه وزن و چاقی در ایران

کل	روستا	شهر	دارای اضافه وزن
۱۶/۴	۵/۲	۱۱/۲	چاق
۸/۱	۲/۲	۵/۹	جمع
۲۴/۵	۷/۴	۱۷/۱	

میلیون نفر (کل جمعیت ۶۶ میلیون) جمعیت ۲۰ سال و بالاتر ۶۵٪ کل جمعیت

درصد شیوع اضافه وزن و چاقی، در جمعیت ۲۰ ساله ایران

روستا	شهر	
۳۵	۴۰	اضافه وزن
۱۵	۲۱	چاقی

افزایش وزن و چاقی بالغین در برخی از بررسی های اپیدمیولوژی در ایران

درصد و نمایه توده بدن			جنس)	جمعیت مورد مطالعه
۳۰	۲۵-۲۹/۹	۲۵	(تعداد)	
۳۵	۴۷	۱۸	زن (۵۸۲)	حکیمه تهران
۱۵	۵۱	۳۰	مرد (۴۲۷)	
۳۵	۳۷	۲۷	زن (۱۴۰۹)	روستاهای
۱۵	۳۹	۴۶	مرد (۱۲۹۴)	استان تهران
۱۱	۳۳	۵۶	زن (۱۰۸۳)	روستاهای
۱۰	۳۴	۵۶	مرد (۶۰۵)	استان زنجان
۳۰	۳۸	۳۲	زن	مطالعه قند و لپید
۱۵	۴۲	۴۳	مرد	تهران
در تمامی موارد چاقی در زنان بیشتر است .				