

عوامل فردی و رفتاری موثر بر افزایش نمایه توده بدنی دانش آموزان متوسطه اول شهرستان بابل

سادات حسینی سیدی (BSc)^۱، رحیم ملک زاده کبریا (BSc)^۱، حسن اشرفیان امیری (MD)^۲، رحمت حبیب زاده (MD)^۱،
مرتضی علی گل تبار (BSc)^۱، سید داود نصرالله پور شیروانی (PhD)^{۲*}

۱- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۴/۲/۲۹، اصلاح: ۹۴/۳/۴، پذیرش: ۹۴/۷/۶

خلاصه

سابقه و هدف: روند رو به افزایش نمایه توده بدنی یا BMI (Body Mass Index) نوجوانان یکی از مشکلات تهدید کننده جوامع امروزی است. عوامل متعددی ممکن است در بالا رفتن BMI نوجوانان نقش داشته باشند. این مطالعه به منظور شناسایی عوامل فردی و رفتاری موثر بر BMI دانش آموزان شهرستان بابل انجام شد. **مواد و روش ها:** این مطالعه مقطعی در بهار ۱۳۹۳ بر روی ۵۰۴ دانش آموز که به روش نمونه گیری طبقه ای و تصادفی انتخاب شدند، انجام گردید. داده ها با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته حاوی متغیرهای فردی و رفتاری شامل سن، مصرف فست فود، ورزش، پیاده روی، بلوغ فیزیولوژیک، مصرف شیر مادر، با پرسش از مادر دانش آموزان، تکمیل گردید. BMI دانش آموزان محاسبه و بر اساس صدک های استاندارد CDC2000 تحلیل شد.

یافته ها: میانگین BMI ۴۹۶ دانش آموز مورد مطالعه $21/5 \pm 4/4$ بود که ۷۸ نفر (۱۵/۷٪) دارای اضافه وزن و ۷۱ نفر (۱۴/۳٪) چاق بودند. میانگین BMI دانش آموزان دختر بالاتر از پسران ($21/9 \pm 4/3$ در مقابل $21/4 \pm 4/5$)، میانگین BMI افراد بلوغ شده بالاتر از بلوغ نشده ($21/9 \pm 4/3$ در مقابل $20/5 \pm 4/3$) و برخورداری از اتومبیل خانوادگی ($21/6 \pm 4/2$ در مقابل $20/9 \pm 4/3$) بود، همچنین مدت مصرف شیر مادر ($p=0/021$ & $T=-0/103$)، موتور سیکلت، مصرف فست فود، نوشابه های گازدار و پیاده روی با BMI ارتباط معنی دار داشت ($p<0/05$). اما با رتبه تولد، برخورداری از دوچرخه خانواده، نحوه تردد بین منزل و مدرسه، کار با رایانه، تماشای تلویزیون و ساعات مطالعه، سن، تحصیلات و شغل والدین رابطه معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که برخی از عوامل فردی و اجتماعی در افزایش BMI دانش آموزان موثرند.

واژه های کلیدی: نمایه توده بدنی، دانش آموزان، اضافه وزن، چاقی.

مقدمه

دانش آموزان با سن و میزان تحصیلات والدین ارتباط معکوس معنی دار وجود داشت (۱۱). در مطالعه Didarloo و همکاران در مدرسه راهنمایی شهر ماکو، شیوع اضافه وزن و چاقی به ترتیب ۱۰/۱ و ۸ درصد اعلام و بین سطح فعالیت بدنی و BMI ارتباط معکوس معنی دار و بین تحصیلات والدین، میزان تماشای تلویزیون و کار با رایانه ارتباط مستقیم معنی داری گزارش شده است (۱۲). Gortmaker و همکاران با مطالعه بر روی دو گروه آزمون و کنترل به منظور اصلاح رفتارهای نوجوانان در راستای تماشای تلویزیون، مصرف چربی، مصرف میوه و سبزیجات و فعالیت جسمانی به مدت ۱۷ ماه، با کاهش مدت زمان تماشای تلویزیون، کاهش مصرف چربی، افزایش مصرف میوه و سبزیجات و افزایش فعالیت جسمانی موفق به افزایش محدوده طبیعی وزن گروه مورد مطالعه شدند که در مقایسه با گروه کنترل معنی دار بوده است (۱۳). در مطالعه Hajian و همکاران شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان به ترتیب ۱۳/۵٪، ۱۲/۳٪ و ۵/۸٪ بود. شانس خطر چاقی و اضافه وزن در دختران در مقایسه با

شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان با روند رو به رشد، در حال حاضر به یک مشکل جدی در تمام دنیا مطرح است (۱). چاقی و اضافه وزن کودکان باعث افزایش سطح چربی و فشار خون شده (۲ و ۳) و در دوران بزرگسالی، احتمال ابتلا به بیماری های مزمن، هایپرلیپیدمی و دیابت نوع ۲، سندرم متابولیک، بیماری های قلبی عروقی، مشکلات عضلانی اسکلتی، آسم، آپنه خواب، سندرم تخمدان پلی کیستیک و مشکلات روانی اجتماعی را افزایش می دهد (۴-۶). مطالعات نشان دادند که بین چاقی، افزایش ناتوانی و مرگ، ارتباط معنی داری وجود دارد (۷). گرچه در ایجاد چاقی عوامل متعددی از جمله ژنتیک، عوامل هورمونی، متابولیک و رفتاری شناسایی شده است (۸). ولی به نظر می رسد گذار تغذیه ای و تغییر در شیوه زندگی، کاهش فعالیت بدنی و توسعه شهرنشینی نقش بیشتری در اضافه وزن و چاقی داشته باشد (۹ و ۱۰). در مطالعه Ghanbari و همکاران در شهر شیراز، گزارش گردید که شیوع اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان مورد مطالعه به ترتیب ۱۱/۹ و ۷/۱ درصد بوده است و بین نمایه توده بدن

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۳۳۷۹۳۹ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد

* مسئول مقاله: دکتر سید داود نصرالله پور شیروانی

آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی. تلفن: ۰۱۱-۳۲۱۹۰۶۳۱

E-mail: dnshirvani@gmail.com

پسران کاهش معنی داری را نشان داد. خطر چاقی و اضافه وزن در دانش آموزان با مادران و پدران باسوادتر روند افزایشی داشته و به ازای هر نمره اضافی فعالیت فیزیکی در اوقات فراغت، شانس چاقی و اضافه وزن کاهش معنی دار داشت (۱۴). مطالعات انجام شده نشان می دهد که میزان اضافه وزن و چاقی در جوامع مختلف متفاوت بوده (۱۵) و نتایج متناقضی در زمینه میزان نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی بدست آمده است (۱۶ و ۱۷). از آنجایی که BMI نوجوانان همواره یک روند رو به رشدی را طی می کند (۱) و شیوع نسبتاً بالای اضافه وزن و چاقی در کشور و ارتباط تنگاتنگ آن با الگوهای رفتاری و عوامل اقتصادی و اجتماعی و نظر به قدرت بالای انتقال پذیری چاقی دوران نوجوانی به دوره بزرگسالی و حفظ و افزایش محدودیت های مرتبط با آن در سنین بالاتر، ایجاب می نماید که هر منطقه به طریقی از وضعیت چاقی و عوامل موثر بر آن آگاهی داشته باشد و مسئولان نظام سلامت بر حسب شرایط محیطی، مداخلات متناسب و موثری را طراحی و اجرا نمایند. با توجه به این که جدیدترین مطالعه مرتبط در شهرستان بابل مربوط به مطالعه Hajian در ۸ سال قبل می باشد (۱۴)، این مطالعه به منظور شناسایی عوامل فردی و رفتاری موثر بر BMI دانش آموزان متوسطه اول شهرستان بابل انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی در بهار ۱۳۹۳ بر روی دانش آموزان متوسطه اول مدارس شهرستان بابل انجام شد. با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه، ۵۰۴ دانش آموز به عنوان حجم نمونه تعیین شد. با توجه به گستردگی جامعه آماری از روش نمونه گیری طبقه ای چند مرحله ای تصادفی و با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی و همچنین لحاظ نمودن سهم تقریباً مساوی بین دانش آموزان دختر و پسر، ۱۰ مدرسه از مناطق شهری و ۸ مدرسه از مناطق روستایی شهرستان بابل انتخاب شد. در هر مدرسه ۲۵ تا ۳۰ دانش آموز به صورت تصادفی منظم (از روی اسامی فهرست شده بر اساس حروف الفبا) دعوت به مطالعه شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با سؤالات باز و بسته حاوی دو بخش شامل: متغیرهای فردی با ۱۵ سؤال (جنس و سن دانش آموز، محل سکونت به شهری و روستایی، سن، سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر، نوع منزل مسکونی به آپارتمانی و غیر آن، برخورداری از اتومبیل، موتور سیکلت و دوچرخه در خانواده، بلوغ فیزیولوژیک (۱۸)، مصرف شیر مادر و رتبه تولد) و الگوهای رفتاری با ۱۵ سؤال (مصرف فست فود و نوشابه گازدار، چای، نرمش در مدرسه، انجام فعالیت های ورزشی و پیاده روی در طول هفته، تردد بین منزل و مدرسه، مدت زمان استفاده از رایانه، تماشای تلویزیون و مطالعه نشسته در طول شبانه روز) جمع آوری گردید. تعدادی از سؤالات مثل سن، مصرف فست فود، ورزش، پیاده روی از دانش آموز و تعدادی از سؤالات مثل بلوغ فیزیولوژیک، مصرف شیر مادر، رتبه تولد از مادر دانش آموز پرسیده شد. پرسشگری از دختران و مادرانشان فقط توسط پرسشگران زن و پرسشگری از پسران فقط توسط پرسشگر مرد انجام گرفت. روایی متغیرهای (وزن، قد و محاسبه BMI) با استناد به مطالعات قبلی (۱۱ و ۱۲) و با اعمال نظر ۵ نفر از متخصصین و کارشناسان تغذیه و بهداشت به شکل صوری به تأیید خبرگان رسیده و پایایی متغیرهای فردی و رفتاری با آزمون کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شده است. برای اندازه گیری قد از قدسنج seca ژاپن با

خصوصیات غیرقابل ارتجاع و دقت ۰/۵ سانتیمتر استفاده شد. دانش آموزان منتخب بدون کفش و کلاه یا شال گردنی روی سر و در حالت ایستاده کاملاً قائم با نگاه مستقیم به سمت جلو به طوری که پنج قسمت بدن شامل پس سر، قسمت قدامی پشت (کتف)، باسن، برجستگی پشت و پاشنه پا همگی مماس بر قدسنج قرار گیرند و در این حالت با گذاشتن گونیای پلاستیکی در مماس بر سر و قائم بر قدسنج، قد اندازه گیری شد. برای اندازه گیری وزن از ترازوی beurer ساخت آلمان با دقت ۰/۵ کیلوگرم استفاده شد. وزن دانش آموزان با حداقل لباس (بدون مانتو، چادر، کلاه، کت یا کاپشن و بدون کفش) به صورت قائم و ساکن (بدون لرزش) روی ترازو ثبت شد. به منظور پایایی ترازو، بعد از استقرار ترازو در محل مناسب و قبل از شروع توزین، صحت کار آن با وزنه شاهد ۲ کیلوگرمی کنترل و این کار بعد از هر ۵ بار اندازه گیری وزن تکرار گردید. BMI دانش آموزان با استفاده از فرمول (وزن به کیلوگرم) تقسیم بر (مجذور قد به متر) در نرم افزار اکسل محاسبه شده و نهایتاً بر اساس صدک های استاندارد CDC2000 جداگانه به تفکیک سن و جنس دانش آموزان در نرم افزار SPSS18 به چهار گروه لاغر (زیر صدک ۵)، طبیعی (بین صدک ۵ تا صدک ۸۵)، اضافه وزن (بین صدک ۸۵ تا ۹۵) و چاق (بالای صدک ۹۵) تقسیم شد (۱۹). پاسخ سؤالات باز به همان صورت کمی گسسته یا پیوسته و پاسخ سؤالات بسته با کدهای تعریف شده وارد نرم افزار اکسل شده و در نرم افزار SPSS-18 با آزمون پیرسون برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه ای، با آزمون های تی و ANOVA برای مقایسه میانگین ها و آزمون مجذور کای ۲ برای متغیرهای کیفی و همچنین با آزمون رگرسیون خطی برای آزمون همزمان متغیرهای کیفی دوحالته انجام شد و متغیرهای کمی ($\alpha < 0/05$) معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از بین ۴۹۶ دانش آموز مورد مطالعه، ۲۷۶ نفر (۵۵/۶٪) دختر و ۲۲۰ نفر (۴۴/۴٪) پسر بودند. میانگین سن دختران $13/1 \pm 0/8$ سال و پسران $13/2 \pm 0/8$ سال بود. ۲۲۸ نفر (۸۲/۵٪) از دختران و ۱۰۸ نفر (۵۰/۹٪) از پسران بلوغ فیزیولوژیک شده بودند. میانگین BMI کل دانش آموزان $21/5 \pm 4/4$ بود که در توزیع BMI، ۳۱ نفر (۶/۳٪) لاغر، ۳۱۶ نفر (۶۳/۷٪) طبیعی، ۷۸ نفر (۱۵/۷٪) دارای اضافه وزن و ۷۱ نفر (۱۴/۳٪) چاق بودند. بین جنس و BMI دانش آموزان (با بالاتر بودن میانگین BMI دختران $21/9 \pm 4/3$ در مقابل میانگین BMI پسران $21/0 \pm 4/5$) ارتباط معنی دار وجود داشت ($p=0/028$). بین بلوغ فیزیولوژیک و BMI دانش آموزان (با بالاتر بودن میانگین BMI $23/3$ نفر بلوغ شده $21/9 \pm 4/3$ در مقابل میانگین BMI $14/9$ نفر غیربلوغ $20/5 \pm 4/3$) ارتباط معنی دار وجود داشت ($p=0/001$). بین مدت استفاده از شیر مادر و BMI دانش آموزان ارتباط معنی دار وجود داشت ($r=-0/103$ & $p=0/021$). بین برخورداری از اتومبیل خانوادگی و BMI دانش آموزان (با بالاتر بودن میانگین BMI $23/2$ نفر برخورداری از اتومبیل خانوادگی $21/6 \pm 4/2$ در مقابل میانگین BMI $21/1$ نفر عدم برخورداری از اتومبیل $20/9 \pm 4/3$) ارتباط معنی دار وجود داشت ($p=0/023$). از بین ۲۰۳ نفر (۴۰/۳ درصد) از دانش آموزانی که در طول هفته حداقل یکبار سابقه انجام فعالیت های ورزشی داشتند، ۷۵ نفر (۳۶/۹٪) از آنها در سالن ورزش می کردند که بین محل ورزش و BMI دانش آموزان با بالاتر بودن آن در

خاطر وضعیت اقتصادی منطقه شمال کشور و کم تحرکی بیشتر آنها مربوط باشد که با دسترسی بیشتر به مواد غذایی هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی که تنوع بیشتری وجود دارد و باعث افزایش مصرف می‌شود، مربوط باشد که در مطالعات قبلی نیز تأیید شده است (۲۴). "گذر تغذیه" و سبک زندگی اثرات خود را در بیشتر نقاط ایران حتی در شهرهای کوچک، به جای گذاشته است و فراتر از الگوی اضافه‌وزن و چاقی در مناطق آسیایی، در حال نزدیک شدن به الگوی اضافه‌وزن و چاقی منطقه اروپایی، خاور میانه و آمریکا می‌باشد (۲۵ و ۲۶). مطالعه Hajian و همکاران میزان شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان را بترتیب ۱۳/۵٪، ۱۲/۳٪ و ۵/۸٪ گزارش نمود (۱۴)، با توجه به نتایج این مطالعه روند رو به رشد BMI در منطقه مورد مطالعه تأیید می‌شود. در این مطالعه بین مدت استفاده از شیر مادر و BMI دانش‌آموزان ارتباط معکوس وجود داشت که با مطالعه Kalantari و همکاران همخوانی دارد (۲۷).

مطالعه Siqueria و همکاران نشان داد شانس ابتلا به چاقی در کودکان محروم از شیر مادر، ۲ برابر بیشتر از کودکانی است که با شیر مادر تغذیه شده‌اند (۲۸). Owen و همکاران هم با بررسی ۲۸ مقاله و ۲۹۸۹۰۰ نمونه، پس از تعدیل متغیرهای مخدوشگر، اثر محافظتی خفیف شیر مادر در برابر چاقی را مورد تأیید قرار دادند (۲۹). مطالعه حاضر با تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو، برخورداری خانواده از اتومبیل شخصی در BMI دانش‌آموزان تأثیر معنی‌دار داشت ولی در آنالیز واریانس چندمتغیره ارتباط فوق تأیید نشد. رابطه معنی‌دار بین برخورداری خانواده از اتومبیل شخصی و BMI می‌تواند نشانه‌ای از دو وضعیت اقتصادی و رفتاری باشد. اول اینکه برخورداری از وسیله نقلیه موتوری خصوصاً اتومبیل می‌تواند نشانه‌ای از وضعیت مناسب‌تر اقتصادی باشد که در صورت تأیید آن به خاطر رفاه اقتصادی ممکن است مصرف بیشتر مواد غذایی و تحرکات کمتر جسمانی را در پی داشته و به طور غیرمستقیم منجر به افزایش اضافه‌وزن و چاقی شود در مطالعه قبلی نیز تأیید شد (۳۰). همچنین برخورداری از وسیله نقلیه موتوری می‌تواند عامل بسیار مهمی در کاهش پیاده‌روی‌های روزانه و افزایش کم تحرکی شده و بدین ترتیب باعث افزایش اضافه‌وزن و چاقی شود. در این مطالعه ارتباط بین جنس و وضعیت بلوغ با BMI دانش‌آموزان در آنالیز دو متغیره دو به دو معنی‌دار و در آنالیز واریانس چندمتغیره، شیب رگرسیون از بلوغ به سمت عدم بلوغ و از دختر به پسر کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان داد. این دو ممکن است به نوعی در ارتباط با همدیگر باشند. چرا که بالاتر بودن میانگین BMI در دختران می‌تواند به خاطر بیشتر بودن درصد بلوغ شدن آنها نسبت به پسران هم‌سن باشد. بعضی از مطالعات BMI دختران را به طور معنی‌دار بیشتر از پسران گزارش نموده و دلایل آن را تغییرات هورمونی وابسته به دوران بلوغ مطرح کردند (۲۰). در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین پیاده‌روی با BMI در آنالیز واریانس چندمتغیره مشاهده شد که نوجوانان با سابقه پیاده‌روی شانس بیشتری نسبت به نوجوانانی که پیاده‌روی نمی‌کنند، دارند. نتیجه حاصله شاید به این خاطر باشد که نوجوانان بعد از اینکه دارای وزن اضافه و یا مبتلا به چاقی می‌شوند، پیاده‌روی را به عنوان یکی از راهکارهای موثر کاهش وزن، افزایش می‌دهند. در خصوص ارتباط بین پیاده‌روی، ورزش یا فعالیت بدنی، مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را ارائه دادند. در مطالعه Moqaddam و همکاران هم گرچه حدود یک چهارم دانش‌آموزان مورد مطالعه فعالیت بدنی متوسط و یک چهارم هم فعالیت بدنی شدید داشتند، ولی بین فعالیت بدنی و BMI رابطه

دانش‌آموزانی که در سالن ورزش می‌کردند تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/008$). ۳۸۴ نفر (۷۱/۸٪) از دانش‌آموزان در طول هفته حداقل یکبار سابقه انجام نرمش در مدرسه داشتند که بین دفعات نرمش در مدرسه و BMI دانش‌آموزان تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/036$). در تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو، بین سن دانش‌آموز، محل سکونت، نوع منزل مسکونی، برخورداری از دوچرخه در خانواده، رتبه تولد، مصرف فست‌فود و نوشابه گازدار، انجام فعالیت‌های ورزشی و پیاده‌روی در طول هفته، تردد بین منزل و مدرسه، مدت زمان استفاده از رایانه، تماشای تلویزیون و مطالعه نشسته در طول شبانه روز و BMI دانش‌آموزان ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. در آزمون چند متغیره رگرسیون ارتباط بین جنس، مدت استفاده از شیر مادر، بلوغ فیزیولوژیک، برخورداری از اتومبیل خانوادگی که دو به دو ارتباط معنی‌دار وجود داشت، تأیید نشد و در عوض بین مصرف فست‌فود، پیاده‌روی و برخورداری از دوچرخه در خانواده و BMI دانش‌آموزان تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p<0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱. ارتباط متغیرهای فردی و اجتماعی با BMI دانش‌آموزان

متوسطه اول شهرستان بابل

متغیر	Exp(B) OR	CI-95%	P-value
جنس دانش‌آموز (دختر/پسر)	۱/۲۸۰	۰/۶۴۵-۲/۵۴۰	۰/۴۷۹
سن (۱۲-۱۳ و ۱۴-۱۵)	۱/۱۳۹	۰/۶۰۶-۲/۱۴۰	۰/۱۶۸۶
شیر مادر (خورد/ نخورد)	۰/۳۴۸	۰/۰۴۶-۲/۶۵۵	۰/۳۰۹
مدت مصرف شیرمادر (۰-۶ و ۷-۳۶ ماه)	۱/۰۹۴	۰/۲۴۸-۴/۸۱۹	۰/۹۰۶
رتبه تولد (اول و دوم- سوم تا دهم)	۱/۱۴۰	۰/۶۱۵-۲/۱۱۶	۰/۶۷۷
بلوغ فیزیولوژیک (شد/ نشد)	۱/۲۶۸	۰/۶۳۱-۲/۵۴۸	۰/۵۰۵
فست‌فود مصرف (نمی‌کند- می‌کند)	۰/۳۴۵	۰/۱۷۴-۰/۶۸۳	۰/۰۰۲
نوشابه گازدار مصرف (نمی‌کند- می‌کند)	۱/۵۴۵	۰/۸۰۰-۲/۹۸۳	۰/۱۹۵
پیاده‌روی (نمی‌کند- می‌کند)	۰/۴۰۳	۰/۲۲۶-۰/۷۲۱	۰/۰۰۲
ورزش (نمی‌کند- می‌کند)	۰/۹۴۸	۰/۵۱۴-۱/۷۴۷	۰/۸۶۴
نرمش در مدرسه (نمی‌کند- می‌کند)	۰/۵۶۱	۰/۲۸۸-۱/۰۹۴	۰/۰۹۰
رایانه استفاده (نمی‌کند- می‌کند)	۰/۷۹۰	۰/۴۴۰-۱/۴۱۷	۰/۴۲۹
تلویزیون تماشا (نمی‌کند- می‌کند)	۰/۷۹۶	۰/۴۴۹-۱/۴۰۹	۰/۴۳۴
مطالعه نشسته (۰-۱ و ۲-۶ ساعت)	۰/۸۴۵	۰/۴۵۹-۱/۵۵۶	۰/۵۸۹
خانواده اتومبیل (دارد/ ندارد)	۰/۹۹۹	۰/۵۶۹-۱/۷۵۵	۰/۹۹۷
خانواده دوچرخه (دارد/ ندارد)	۰/۴۳۴	۰/۲۱۹-۰/۸۶۲	۰/۰۱۷
محل سکونت (روستایی/ شهری)	۰/۷۰۷	۰/۳۶۷-۱/۳۶۵	۰/۳۰۲
نوع منزل (آپارتمانی/ غیرآپارتمانی)	۰/۸۸۹	۰/۴۰۹-۱/۹۳۴	۰/۷۶۸

* کلیه متغیرها به صورت کیفی دوحالته طبقه‌بندی شدند و گروه رفرنس هر کدام با ستاره مشخص شده است

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که نزدیک به یک سوم دانش‌آموزان مورد مطالعه BMI بالاتر از حد طبیعی دارند که نسبت به مطالعات انجام شده داخل کشور بالاتر است (۲۳-۲۰). بالاتر بودن شیوع اضافه‌وزن و چاقی در این مطالعه شاید به

مورد بررسی قرار نگرفتند. توصیه می‌شود در مطالعات بعدی به موضوع ایجاد هماهنگی با مدارس و اخذ موافقت آنها و همچنین دوره امتحانات وسط و انتهای سال توجه گردد. این مطالعه نشان داده است که شیوع اضافه وزن و چاقی دانش-آموزان با تأثیرپذیری از بعضی رفتارهای فردی و متغیرهای دموگرافیک از قبیل جنس، مصرف شیر مادر، بلوغ، برخورداری از اتومبیل و موتور سیکلت، مصرف فست فود، نوشابه های گازدار و پیاده روی، بیش از اکثر مناطق کشور می‌باشد. نظر به تأیید وجود خطر بالقوه در درصد قابل ملاحظه‌ای از نوجوانان که می‌تواند سلامتی آنان را در دوره میان‌سالی و سنین بالاتر تهدید نماید، پیشنهاد می‌گردد:

۱- با توجه به نظر عمده پژوهشگران نظام سلامت که اقدامات پیشگیری‌کننده را موثرترین شیوه برای کنترل شیوع چاقی و جمعیت نوجوان را بهترین جمعیت هدف و مدارس را بهترین محل برای مداخله می‌دانند، ضرورت دارد مسئولین و کارشناسان شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها با اتفاق مسئولین اداره آموزش و پرورش برنامه مداخله‌ای به منظور افزایش آگاهی دانش‌آموزان و حتی اولیای آنان طراحی و اجرا نمایند.

۲- تحقیق با یک نمونه بزرگتر در چند شهرستان همجوار استان (شرق، مرکزی یا غرب استان) به منظور بررسی دقیق‌تر ارتباط بین رفتارهای فردی و متغیرهای فردی با BMI، طراحی و اجرا گردد.

۳- با توجه به نقش عوامل ژنتیکی، عوامل فرهنگی و قومیت‌ها و حتی شرایط آب و هوایی در رشد و نمو کودکان و نوجوانان (۳۷)، در تحقیقی BMI دانش‌آموزان با BMI والدین همراه با سایر عوامل به‌طور همزمان مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل حمایت مالی از این تحقیق و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت حمایت مالی و مساعدت در اجراء، از اداره آموزش و پرورش شهر بابل و بخش بندی غربی و شرقی و همچنین مدیران و معلمان محترم مدارس منتخب به خاطر همکاری در اجرای تحقیق، تقدیر و تشکر می‌گردد.

معنی‌داری وجود نداشت (۲۳). نتایج مطالعه Fam و همکاران نشان داد که افراد با وزن طبیعی نسبت به افراد با وزن اضافه یا چاق فعالیت بدنی بیشتری داشتند. اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (۳۱). اما در مطالعه Shakeri و همکاران، Moayeri و همکاران بین فعالیت بدنی و BMI رابطه معنی‌دار وجود داشت (۳۳ و ۳۲). یافته‌های این مطالعه نشان داد بین مصرف فست‌فود و BMI دانش‌آموزان با شیب مثبت رگرسیون تفاوت معنی‌دار وجود داشت که با مطالعه سایر محققین داخل کشور همخوانی ندارد (۱۱ و ۱۲). عدم همخوانی این مطالعه با مطالعه سایرین ممکن است به خاطر نوع آزمون باشد که مثل مطالعه حاضر در آنالیز دو متغیره دو به دو به تنهایی ارتباط معنی‌دار را نشان نداد و یا ممکن است به شیوع مصرف فست‌فود در شهرستان‌های کوچک مربوط باشد که هنوز به سطحی افزایش نیافته است تا خود به تنهایی عاملی برای ایجاد اضافه وزن و چاقی محسوب شود. در مطالعه حاضر با آنالیز واریانس چندمتغیره در خصوص مصرف نوشابه با BMI گرچه ارتباط معنی‌داری را نشان داد ولی همانند پیاده‌روی، نوجوانانی که نوشابه مصرف نمی‌کنند شانس بیشتری نسبت به نوجوانانی که نوشابه مصرف می‌کنند، برای چاق شدن دارند که این مغایر با نتایج بعضی از مطالعات از جمله مطالعه Darvishi و همکاران می‌باشد (۳۴). عدم انتظار یافته مذکور شاید به این خاطر باشد که والدین بعد از چاق شدن بچه‌ها، مصرف نوشابه را در سفره حذف کرده و محدودیت بیشتری برای مصرف نوشابه ایجاد نمودند. در عین حال یافته فوق نیاز به بررسی جداگانه‌ای دارد. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین مدت زمان تماشای تلویزیون در شبانه روز و BMI دانش‌آموزان مشاهده نشد که با مطالعه Farzane و همکاران (۲۰) همخوانی ولی با مطالعه Maffis و همکاران و Berkey و همکاران (۳۵ و ۳۶) همخوانی ندارد. یکی از دلایلی که می‌تواند تفاوت نتایج بین مطالعات داخلی و خارجی را توجیه نماید ممکن است به کیفیت جواب‌دهی نمونه منتخب در دو مطالعه داخلی مرتبط باشد که میانگین مدت واقعی تماشای تلویزیون را خوب محاسبه و اعلام نکرده باشند. یکی از ضعف‌های مطالعه حاضر عدم فرصت لازم برای جلب همکاری بعضی از مدارس منتخب شهری به خاطر نزدیک شدن به زمان امتحان پایان سال بود که دانش‌آموزان مناطق شهری برابر با نسبت نمونه تعیین شده

Personal and Behavioral Factors Affecting Body Mass Index in First Grade Highschool Students of Babol, Iran

S. Hoseini Seiyedi (BSc)¹, R. Malekzadeh Kebria (BSc)¹, H. Ashrafian Amiri (MD)², R. Habibzadeh (MD)¹,
M. Aligoltabar (BSc)¹, S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)*²

1. Health Deputy, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran

2. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(3); Mar 2016; PP: 69-75

Received: May 19th 2015, Revised: May 25th 2015, Accepted: Sep 28th 2015.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Nowadays, increasing body mass index (BMI) in adolescents is a major threat for communities, and various factors can play a role in this regard. This study aimed to evaluate several personal and behavioral factors contributing to the increasing trend in BMI of students of Babol, Iran.

METHODS: This cross-sectional study was conducted in 504 students, who were selected through random stratified sampling during spring 2014. The data were collected using a researcher-made questionnaire evaluating demographic and behavioral variables including age, fast food consumption, exercise, walking, physiological puberty, and breastfeeding. The questionnaires were filled out by the students and their mothers. BMI of the students was calculated and analyzed based on the percentiles of CDC 2000 standards.

FINDINGS: The mean BMI of 496 students was 21.5 ± 4.4 kg/m²; 78(15.7%) students were overweight and 71(14.3%) were obese. Mean BMI of the female students was higher than males (21.9 ± 4.3 vs. 21.0 ± 4.5); the mean BMI of the pubertal students was higher than those who had not reached puberty (21.9 ± 4.3 vs. 20.5 ± 4.3), and mean BMI of the students who owned a family car was higher than those who did not (21.6 ± 4.2 vs. 20.9 ± 4.3). Moreover, duration of breastfeeding ($r = -0.103$, $p = 0.021$), motor vehicle ownership, consumption of fast foods and soft drinks, as well as walking had a significant relationship with BMI ($p < 0.05$). Contrastingly, BMI did not have a significant relationship with birth order, possessing a bicycle, commuting between home and school, knowledge of computer, television viewing, hours of reading, as well as parental age, education, and occupation.

CONCLUSION: The results showed that some personal and social factors could increase BMI of the students.

KEY WORDS: Body Mass Index, Students, Overweight, Obesity.

Please cite this article as follows:

Hoseini Seiyedi S, Malekzadeh Kebria R, Ashrafian Amiri H, Habibzadeh H, Aligoltabar M, Nasrollahpour Shirvani SD. Personal and Behavioral Factors Affecting Body Mass Index in First Grade Highschool Students of Babol, Iran. J Babol Univ Med Sci. 2015;18(3):69-75.

*Corresponding author: S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)

Address: Department of Public Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran

Tel: +98 11 32190631

Email: dnshirvani@gmail.com

References

1. World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva:WHO; 2003. Available at: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf
2. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(6):1298-307.
3. Hosseini S, Sajjadi P, Jamali S, Noreddini H, Ghadimi R, Bijani A. The relationship between body mass index and bone mineral density in older people. *J Babol Univ Med Sci*. 2014; 16(7):14-22. [In Persian]
4. Rezaei Kheirabadi M, Asghari G, Mirmiran P, Mehrabi Y, Azizi F. Comparison of body fat percentage with anthropometric indices for identification of metabolic syndrome in tehranian adolescents. *JBUMS*. 2014; 16(4):25-34. [In Persian]
5. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics: Overweight and Obesity*. Gahagan S, editor. 19th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2011.p:179-188.
6. Eisenmann JC. Physical activity and cardiovascular disease, risk factors in children and adolescents: an overview. *Can J Cardiol* 2004; 20(3): 295-301.
7. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*. 2012;307(5):483-90.
8. Campfield LA, Smith FJ. The pathogenesis of obesity. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 1999; 13(1):13-30.
9. Flegal KM. Epidemiologic aspects of overweight and obesity in United States. *Physiol Behav*. 2005; 86(5): 599-602.
10. Kimm SY, Obarzanek E. Childhood obesity: a new pandemic of new millennium. *Pediatrics*. 2002;110(5):1003-7.
11. Ghanbari H, Nouri R, Moghadasi M, Torkfar A, Mehrabani J. Prevalence of obesity and some associated factors among 8-12 year old boy students in shiraz. *Iran J Endocrinol Metabol*. 2013;15(1): 14-20. [In Persian]
12. Didarloo A, Azizzadeh T, Gharaaghajiasl R, Alizade M, Khorami A, Pourali R. Survey of Obesity, underweight, physical activity level and dietary consumption among male students in guidance school of Makoo. *J Urmia Nurs and Midwifery*. 2013;11(4): 275-283. [In Persian]
13. Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-90. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(4):356-62.
14. Hajian K, Sajadi P, Rezvani A. Prevalence of overweight and underweight among primary school children aged 7-12 years (BABOL; 2006). *J Babol Univ Med Sci*. 2008;10(3):83-91.
15. Nasiri Amiri F. The Correlation between maternal BMI and the outcome of pregnancy. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 1999;9(24): 6-12. [In Persian]
16. Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R. Overweight and obesity among adolescents in Norway`cultural and socio-economic differences. *J Public Health*. 2008;30(3): 258-65
17. Mostafavi H, Dabaghmanesh MH, Zare N. Prevalence of obesity and over weight in adolescents and adult population in Shiraz. *IJEM*. 2005;7(1):57-66. [In Persian]
18. SedghiSabet M, Hasavari F, Saied Fazel Poor F. A survey of knowledge, attitude and health behavior of girl students about puberty. *J Guilan Univ Med Sci*. 2003;12(47):31-8. [In Persian]
19. Gadzik J. How much should I weigh? quetelet's equation, upper weight limits, and BMI prime. *Conn Med*. 2006; 70(2):81-8.
20. Farzane M, NasrollahpourShirvani SD, NormohammadHoseini SA, Farzane M. Prevalence of high BMI and related factors in first grade students of high school in Amol. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24(114):174-9 [In Persian]

21. Jalilvand M, Kimiagar M, Hosseini SH, Rajabzadeh R, Sodmand M, Alavinia SM. Obesity prevalence and Related factors innorth Khorasan high school students. *J Nor Khorasan Univ Med Sci* 2012;4(4):611-20.[In Persian]
22. Sokhandani M, Vizeshfir F. Study of the prevalence of obesity and knowledge of Lar highSchool students about obesity related diseases in Larestan in 2009. *J RafsanjanUniv Med Scie*.2013;12(2):165-72. [In Persian]
23. Moqaddam M, Mehdizadeh S, Pakpour V, Heidarihayyat N, Afshinjoo M. Obesity and its relationship with physical activity among female adolescents in west of Tehran. *Prevent Care Nurs Midwifery J*. 2013;3(1):46-55. [In Persian]
24. Hajian KO, Hydari B. Prevalence of obesity and its associated factors in population aged 20 to 70 years in urban areas of Mazandaran. *J MazandUniv Med Sci*. 2006; 16(55): 107-117. [In Persian]
25. MozaffariH, Nabaei B. Obesity and related risk factors. *Indian J Pediatr* 2007; 74(3); 265-7
26. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev*. 2004;5(1):4-104.
27. Kalantari N, Shenavar R, Rashidkhani B, Houshiar Rad A, Nasihatkon A, Abdollahzadeh M. Association of overweight and obesity in first-year primary school children in Shiraz with breastfeeding pattern, birth weight, and family socio-economic status in school year 2008-09. *Iran J Nutr Sci Food Technol*. 2010;5(3):19-27. [In Persian]
28. Siqueira RS, Monteiro CA. Breastfeeding andobesity in school-age children from families of highsocioeconomic status. *Public Health*. 2007; 41(1):1-7.
29. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, SmithG, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk ofobesity across the life course: a quantitative reviewof published evidence. *Pediatrics*. 2005;115(5): 1367-77.
30. Bayegi F, DorostiMotlagh AR, Eshraghian MR, Sadrzadeh H. Familial risk factors of obesity in Neishabour school children. *Payesh*. 2009;8(3):289-96. [In Persian]
31. Fam B, Amouzegar A, Arzhan S, Ghanbariyan A, Delshad M, Hosseinpanah F, et al. Association between Physical Activity and Metabolic Risk Factors in Adolescents: Tehran Lipid and Glucose Study. *Int J Prev Med*. 2013;4(9):1011-7.
32. Shakeri M, Mojtahedi SY, Naserian J, Moradkhani M. Obesity among female adolescents of tehran schools. *Payavard Salamat*. 2012; 6(5): 403-11 [In Persian]
33. Moayeri H, Bidad K, Aghamohammadi A, Rabbani A, Anari S, Nazemi L, et al. Overweight and obesity and the associatied factors in adolescents in Tehran, Iran 2004-2005. *Eur J pediatr* 2006; 165(7): 489-93.
34. Darvishi S, Saleh Hazhir M, Reshadmanesh N, Shahsavari S. Evaluation of malnutrition prevalence and its related factors in primary school students in Kurdistan Province. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2009; 14 (2): 78-87.
35. Maffis C, Talamini G, Tato L. Influenze of diet, physical activity and parent's obesity on children adiposity: A four-year longitudinal study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998; 22: 758-64.
36. Berkey CS, Rockett HR, Field AE, Gillman MW, Frazier AL, Camargo CA Jr. Activity, dietary intake and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boy and girls. *Pediatrics* 2000; 105(4): 56-62.
37. Renzaho AM. Fat, rich and beautiful changing sociocultural paradigms associated with obesity risknutritionalstatus and refugee children from sub SaharanAfrica. *Health Place*. 2004; 10(1): 105-13.