



## شیوع چاقی در سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سلامت روانی

مجتبی محمدی<sup>۱</sup>، اکرم قنبری مقدم<sup>۲\*</sup>، زینب کربلایی<sup>۳</sup>، مهدی ایلخانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

<sup>۲\*</sup> مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۵)

### چکیده:

**مقدمه:** چاقی به عنوان یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان مطرح بوده و در حال افزایش است. چاقی یک عامل خطر برای بسیاری از اختلالات بالینی سالمندان است؛ که با وجود شایع بودن در این سنین معمولاً تشخیص داده نشده و لذا اهمیت نیز داده نمی شود.

**هدف:** این مطالعه با هدف تعیین شیوع چاقی و میزان همبستگی بین شاخص توده ی بدنی با سلامت روان سالمندان انجام شده است.

**روش:** این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بوده؛ و کلیه سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۴ که فاقد هرگونه مشکلات شناختی بودند؛ جامعه ی پژوهش را تشکیل می دادند. تعداد نمونه، ۳۷۵ نفر سالمند بالای ۶۰ سال بود که از ۵ محدوده ی تهران (شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب) به صورت تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ی مشتمل بر بخش دموگرافیک و سلامت عمومی GHQ-28 (با زیر مقیاس های اضطراب، افسردگی، عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی) بود؛ که توسط سالمندان مورد مطالعه تکمیل گردید. در نهایت اطلاعات نمونه ها وارد نرم افزار SPSS v.21 شده و با روش های توصیفی و تحلیلی از جمله آزمون های کولموگروف-اسمیرنوف، آنالیز واریانس یک طرفه آنووا و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین توده بدنی سالمندان در مردان و زنان به ترتیب ۲۶/۵ و ۲۶/۸ بود؛ که از نظر دسته بندی توده بدنی، اضافه وزن محسوب می گردد. نزدیک به ۲۵ درصد از سالمندان چاق، ۳۷ درصد دارای اضافه وزن، ۳ درصد لاغر و فقط ۳۵ درصد دارای وزن مطلوب بودند. شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان به ترتیب ۲۸ و ۲۴ درصد و در زنان به ترتیب ۴۴ و ۲۶ درصد بود. هم چنین آزمون های آماری حاکی از ارتباط معنادار توده ی بدنی با سن، شغل و سطح تحصیلات می باشد. ( $p < 0.001$ )

افزایش شاخص توده ی بدنی با اختلال در سلامت روانی، همبستگی مثبت معنادار اما ضعیف داشت. ( $P = 0.01$ ،  $r = 0.12$ )

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای اضافه وزن و چاقی در بین سالمندان و ارتباط آن با برخی از ابعاد سلامت روانی شامل عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمی و اضطراب و سلامت روانی، لازم است مسئولین و متخصصان امر، در مورد این مشکل و ابعاد مختلف آن آگاه شوند. در این زمینه پیشنهاد می گردد جهت بررسی عوامل مرتبطی چون نوع شغل و سطح دانش سالمندان، مطالعات دقیق تر صورت پذیرد.

**کلیدواژه ها:** توده بدنی، چاقی، سالمندان

## مقدمه:

به این مطالعه ها شاید بتوان بخشی از افزایش شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در کشور را به چاقی نسبت داد. (۵) به طور کلی پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از افزایش شیوع چاقی در ایران بوده که علت آن افزایش مهاجرت به شهر، شهرنشینی و کم‌ترکی ناشی از فشار زندگی عنوان شده است. (۶ و ۷) اما آن چه نباید مورد غفلت واقع شود؛ این است که چاقی، یک عامل خطر برای بسیاری از اختلالات بالینی سالمندان است؛ که با وجود شایع بودن در این سنین، معمولاً تشخیص داده نشده و لذا اهمیت نیز داده نمی‌شود. این در حالی است که تعداد سالمندان جامعه به سرعت در حال افزایش است؛ و در حال حاضر حدود ۸/۲۶ درصد از کل جمعیت ایران را شامل می‌شوند. (۸) نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد که شیوع چاقی در سالمندان، ۱۲ درصد و اضافه وزن ۲۹ درصد است؛ و این میزان در زنان سالمند به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مردان بود. (۸)

بنابراین بهتر است بیشتر از گذشته از مسائل مربوط به سالمندی صحبت به میان آید. آن چه به طور جدی محسوس است؛ تغییراتی است که در سطح سلامت روانی سالمندان به وقوع می‌پیوندد؛ به طوری که نسبت قابل توجهی از افرادی که این دوران را سپری می‌کنند؛ با افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد جسمی و اجتماعی که همگی ناشی از افت نشانه‌های سلامت روانی هستند مواجه

چاقی به عنوان یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان مطرح بوده و در حال افزایش است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) چاقی را به عنوان یک بیماری مزمن توصیف می‌کند؛ که در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه شایع است و جانسین بسیاری از مشکلات بهداشتی گذشته، مانند بیماری‌های عفونی شده است. (۱) اضافه وزن و چاقی دومین علت بروز مرگ و میر در دنیا است؛ که سالانه در حدود سیصد هزار نفر را به کام مرگ می‌کشاند. افزون بر این، چاقی مرکزی به عنوان یک عامل خطر ساز مستقل در ایجاد بسیاری از بیماریها به شمار می‌رود. (۲) بیش‌ترین علت چاقی و اختلاف با محدوده‌ی طبیعی وزن، اضافه بودن بافت چربی و افزایش بافت چربی به علت تعادل مثبت انرژی به مدت طولانی است. در مردان BMI بالاتر از ۳۰ و یا درصد چربی بالاتر از ۲۵ درصد، چاقی تعریف می‌شود. مقادیر BMI از ۲۵ تا ۳۰ نیز اضافه وزن محسوب می‌شود. (۴) پیش از این میزان شیوع چاقی و اضافه وزن، بیشتر در افراد بزرگسال مورد بررسی قرار گرفته است. (۳ و ۴) براساس آمار گزارش شده از منطقه ی ۱۳ تهران، حدود ۹ درصد مردان و ۱۳ درصد زنان منطقه، به بیماری‌های قلبی عروقی مبتلا هستند. از طرف دیگر، میزان شیوع چاقی و اضافه وزن در بزرگسالان این منطقه به ترتیب ۲۳ و ۴۰ درصد گزارش شده است. با توجه

می‌شوند. (۹) شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخلاف این عقیده که چاقی و اضافه وزن به سلامت جسمی مربوط می‌گردد؛ ممکن است بیشتر با جنبه‌های سلامت روان در ارتباط باشد؛ هرچند در مطالعات انجام گرفته، یافته‌های متفاوتی گزارش شده است. (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) در بعضی بررسی‌ها، افراد چاق نزدیک به ۵ برابر بیشتر از دیگران شانس ابتلا به اختلالات روانی را داشتند. (۱۳) Lamertz معتقد است چاقی سبب ایجاد نگرش منفی، فشار روانی و هم‌چنین افزایش خطر اختلالات روانی می‌شود. (۱۱) در صورت تایید وجود ارتباط بین چاقی و اضافه وزن با اختلالات روانی در بین سالمندان، متخصصان این حوزه می‌توانند با جهت دادن به تمرکز بر مطالعات بیشتر، بر روی جزییات مربوط به هر دو اختلال، به برنامه‌ریزی موثرتری برای بهبود وضعیت سلامت سالمندان که در آینده‌ای نزدیک جمعیت زیادی را در کشور به خود اختصاص خواهند داد؛ دست یابند. با توجه به موارد بیان شده، به منظور کسب اطلاعات در زمینه‌ی شیوع چاقی بین جمعیت سالمند جامعه و عوامل مرتبط با آن و همچنین به منظور تبیین چگونگی ارتباط چاقی با سلامت روان سالمندان، بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی شیوع چاقی در بین سالمندان و ارتباط آن با سلامت روانی انجام گرفت.

#### روش مطالعه

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی \_ تحلیلی بوده و کلیه سالمندان مقیم منزل در تهران در سال ۱۳۹۴ که فاقد اختلالات شناختی بودند؛ جامعه‌ی پژوهش را تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با فرض این که ۵۰ درصد افراد سالمند، سلامت روان مطلوب دارند؛ تعداد ۲۰۰ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن خوشه‌ای بودن نمونه‌گیری، به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انجام گرفت. ابتدا کل شهر تهران از لحاظ جغرافیایی به ۵ محدوده‌ی (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران) تقسیم شد. از هر محدوده‌ی یاد شده طبق نقشه به طور تصادفی یک منطقه انتخاب شد؛ و بر اساس جمعیت سالمندان هر منطقه که در آمار شهرداری موجود می‌باشد و بر اساس تسهیم به نسبت (نسبت به مجموع جمعیت سالمندان کل تهران)، حجم نمونه در هر منطقه مشخص گردید. بعد از آن یک خانه‌ی سلامت به عنوان سرخوشه در هر منطقه‌ی انتخابی، مشخص گردید. سلامت یاران خانه‌های سلامت، طی یک جلسه آموزش حضوری، روش ارتباط با نمونه‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها را فرا گرفتند؛ و با مراجعه‌ی حضوری به درب منازل پس از کسب رضایت آگاهانه جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه و توضیح هدف از انجام پژوهش، پرسش‌نامه را در اختیار سالمندانی که از آزمون کوتاه

شده‌ی شناختی<sup>۱</sup> AMT نمره ی بیش از ۷ گرفته بودند؛ قرار دادند. ترجمه، روایی و پایایی پرسشنامه‌ی ۱۰ سوالی وضعیت شناختی AMT در ایران، توسط فروغان و همکاران در سال ۱۳۸۶ انجام شده است و نمرات آن با نمرات معاینه ی مختصر شناختی (MMSE<sup>۲</sup>) همبستگی مثبت داشته است. ( $P < 0/001$ ) گویه های این پرسشنامه شامل سوال‌های: چند سال دارید؛ الان ساعت چند است؛ این آدرس را پس از من تکرار کنید؛ می خواهم در پایان آزمون مجدداً آن را از شما بپرسم "خیابان چهل و دوم غربی"؛ الان چه سالی است؛ نام این محل چیست (منزل، شهر، ...؛) دو نفر از اهالی منزل را به او نشان دهید و از او بپرسید چه کسی هستند؛ تاریخ تولد خود را بگویید؛ انقلاب اسلامی در چه سالی به پیروزی رسید؛ نام رهبر چیست؛ از ۲۰ تا یک را به طور معکوس بشمارید؛ می باشد. در این ابزار برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می شود و در پایان مجموع امتیازات محاسبه می گردد.

حساسیت آن ۸۵ درصد و ویژگی آن ۹۹ درصد تعیین شده است؛ و اخذ امتیاز کمتر از ۷ اختلال شناختی محسوب می شود. تکمیل این ابزار تنها ۳ دقیقه طول می کشد. (۱۵) به دلیل حضور سالمندان بی سواد در گروه نمونه و نیز بهره گیری از یک ابزار کوتاه، مختصر و در عین حال مفید، آزمون AMT مورد استفاده ی پژوهشگران قرار

گرفت. سالمندانی که خود تمایل داشتند؛ پرسشنامه‌ها را پر کردند و برای آن‌هایی که بی سواد بوده و یا تمایل نداشتند؛ پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. قد آزمودنی‌ها بدون کفش، در حالی که پاها به هم چسبیده و باسن، شانه‌ها و پس سر در تماس با قد سنج بود؛ با دقت ۰/۱ سانتی متر اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری وزن افراد نیز با لباس سبک، بدون کفش و با ترازوی دیجیتال (مدل سکا آلمان) با دقت ۱۰۰ گرم که به صورت منزل به منزل توسط پژوهشگران حمل می شد صورت گرفت. برای تعیین رده ی وزنی آزمودنی‌ها از نمایه ی توده ی بدنی، که از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مربع قد بر حسب متر محاسبه می شود؛ استفاده گردید. بر اساس این شاخص، افراد با نمایه ی توده ی بدن کمتر از ۱۸/۵ در رده ی کمبود وزن، بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ در رده ی وزن طبیعی، ۲۵ تا ۲۹/۹ در رده اضافه وزن و با نمایه ی توده ی بدن ۳۰ و بالاتر در رده ی چاق قرار می گیرند. (۱) اگر بر اساس نمونه گیری تصادفی، فرد دارای شرایط ورود به مطالعه موجود نبود؛ از خانوار بعدی نمونه‌گیری انجام می شد و در صورتی که در یک خانوار بیش از یک فرد واجد شرایط وجود داشت؛ همه ی آن‌ها در مطالعه شرکت داده می شدند. شرکت کنندگان در حین مطالعه و یا حداقل به مدت ۶ ماه قبل از آن نباید داروی خاصی در رابطه با اشتهای و یا بیماری‌های مزمن دریافت کرده و یا از

<sup>1</sup> Abbreviated Mental

<sup>2</sup> Mini Mental State Examination

رژیم خاص غذایی در حال تبعیت باشند. در غیر این صورت شرکت کننده از مطالعه حذف می شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ی اطلاعات دموگرافیک شامل داده های تن سنجی و جمعیت شناختی (مثل سن، جنس، تاهل، شغل، وضعیت مسکن، وضعیت هم زیستی، ابتلا به بیماری مزمن و تحصیلات) و پرسشنامه ی "سلامت روانی -GHQ-28" که یک آزمون با ماهیت چندگانه به منظور بررسی سلامت روانی و خود -اجراست جمع آوری شد. (۱۶) این پرسشنامه توسط Goldberg و همکاران (۱۹۷۹) طراحی شده و حاوی ۲۸ پرسش و چهار خرده مقیاس: نشانه های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. مطالعات مختلفی نشانگر پایایی و روایی بالای این پرسشنامه برای سالمندان ایرانی می باشد. از جمله ملکوتی و همکاران طی یک پژوهش با عنوان " بررسی اعتبار، روایی و تحلیل عاملی مقیاس GHQ-28 در سالمندان ایرانی " ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۹۴ و میانگین همبستگی سوال ها با یکدیگر را ۰/۳۵ به دست آوردند و روایی ابزار را به روش تحلیل عاملی و روایی تشخیصی بررسی نمودند؛ که ضریب آلفای چهار عامل افسردگی ۰/۸۹، عملکرد اجتماعی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۸۵ و علایم جسمانی ۰/۷۱ به دست آمد. (۱۷ و ۱۸) پس از نمره گذاری سوالات پرسشنامه، طبقه بندی سلامت با در نظر گرفتن نقطه ی برش در امتیاز ۲۳

سالمندان به دو دسته ی سالم (کمتر از ۲۳) و مشکوک به اختلالات روانی (۲۴ و بالاتر) طبقه بندی شد؛ به طوری که امتیاز بالاتر نشان دهنده ی سلامت روانی کمتر بود. (۱۷) معمولاً پرسشنامه ها به ازای هر فرد مورد مطالعه، به طور متوسط ۲۰ دقیقه به طول انجامید. در عین حال پژوهشگران جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، برای هر کدام از سوالات که به توضیح بیشتری نیاز داشت با ارائه ی مثال هایی به روشن شدن آن سوال کمک می کردند. همچنین به افراد مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات گرد آوری شده از آن ها بدون ذکر نام و محرمانه بوده و بر همین اساس به هر یک از پرسشنامه ها کد داده شد. ۳۷۵ پرسشنامه اطلاعات کاملی داشت؛ به طوری که به همه ی سوالات آن ها جواب داده شده بود.

در نهایت اطلاعات ۳۷۵ نمونه وارد نرم افزار SPSS v.21 شد. در پژوهش حاضر برای بررسی توزیع نرمال داده ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. تفاوت در نمایه ی توده ی بدن آزمودنی ها بین متغیرهای کیفی با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه یا آنووا<sup>۱</sup> (با توجه به همگن بودن و برابری واریانس های گروه های مورد نظر) مشخص گردید. همبستگی بین توده ی بدنی با سلامت روانی، با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد. لازم به ذکر است مقادیر P-value

<sup>1</sup> Anova (One-way Analysis Of Variance)

این سالمندان به گونه ای بود که اغلب سالمندان (۶۲ درصد) در دامنه ی سنی ۶۰-۷۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی مردان  $68/61 \pm 6/71$  و میانگین سنی زنان  $66/98 \pm 8/22$  بود. سایر ویژگی های جمعیت شناختی و تن سنجی سالمندان مورد پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری برای تعیین روابط متغیرهای موجود در مطالعه، معنی دار در نظر گرفته شد.

#### یافته ها

شرکت کنندگان در این تحقیق را سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) ساکن تهران تشکیل می دادند؛ که ۴۴ درصد آنان را مردان شامل می شد. توزیع سنی

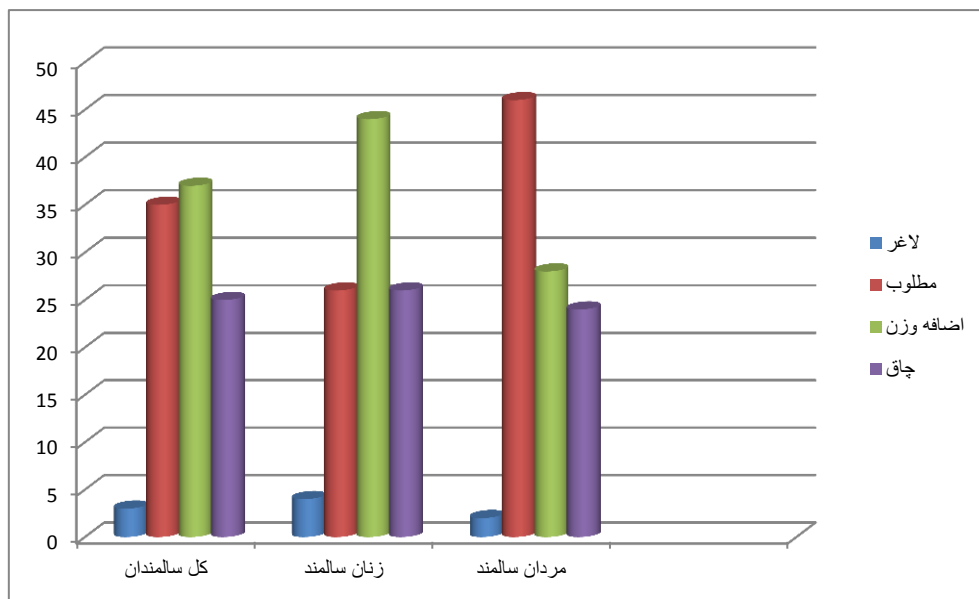
جدول شماره ی (۱): ارتباط توده بدنی با برخی متغیرهای دموگرافیک در واحد های مورد مطالعه در سالمندان تهران، ۱۳۹۴

متغیر	تعداد(درصد)	میانگین توده بدنی	انحراف معیار	نوع آزمون	مقدار احتمال
سن	۶۰-۶۹	۲۶/۴	۳/۰۲	آنالیزواریانس	۰/۰۰۰
	۷۰-۷۹	۲۷	۳/۴۵	یکطرفه	
	۸۰ و بالاتر	۲۷/۸	۲/۰۱		
جنس	مرد	۲۶/۵	۲/۰۰	آزمون تی	۰/۴۳۰
	زن	۲۶/۸	۵	مستقل	
تاهل	متاهل	۲۶/۶	۲/۳۵	آزمون تی	۰/۰۵۳
	مجرد	۲۷/۹	۲/۱۵	مستقل	
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۷/۲	۵/۶۷		۰/۰۰۰
	در حد خواندن و نوشتن	۲۸/۵	۶/۰۴		
	ابتدایی	۲۵/۶	۳/۰۸	آنالیزواریانس	
	سیکل	۲۹/۷	۲/۱۰	یکطرفه	
	دیپلم	۲۵/۴	۳/۹۸		
	دانشگاهی	۲۶/۴	۳/۹۹		
	کارمند	۲۶/۲	۳/۰۳		
	کارآزاد	۲۸/۱	۴/۶۵		
	خانه دار	۲۶/۹	۱/۶۵	آنالیزواریانس	
	بیکار	۲۵/۴	۲/۳۱	یکطرفه	
شغل	مستمری بگیر	۲۴/۸	۲/۶۰		۰/۰۰۰
	بازنشسته	۲۶/۲	۳/۶۴		
	کارداوطلبانه	۲۷/۹	۳/۳۷		

با توجه به یافته های جدول شماره ی ۱، مشخص گردید شیوع میزان چاقی و اضافه وزن در زنان سالمند بیشتر از مردان است. هم چنین میانگین توده ی بدنی سالمندان در مردان و زنان به ترتیب  $26/8$  و  $26/5$  بود که از نظر دسته بندی توده ی

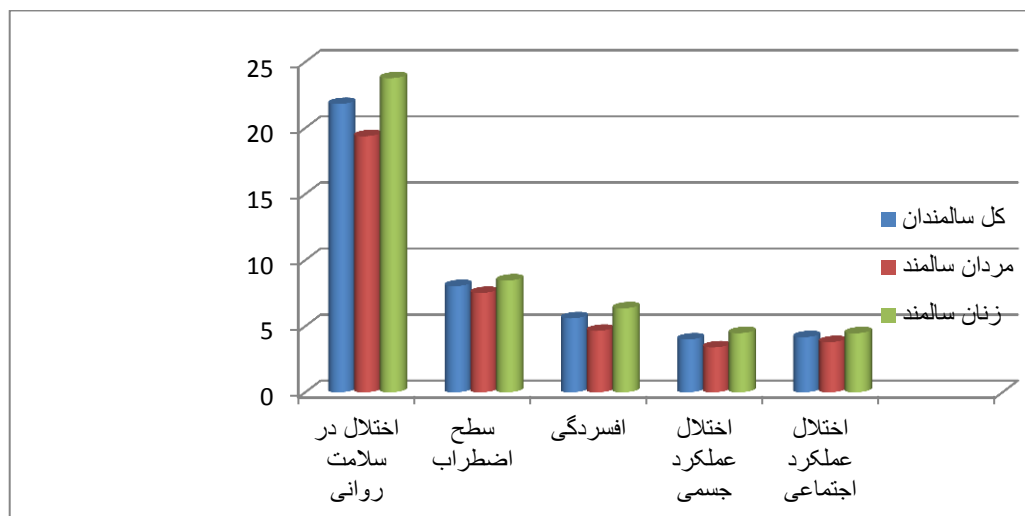
بدنی، اضافه وزن محسوب می گردد. نزدیک به ۲۵ درصد از سالمندان چاق، ۳۷ درصد دارای اضافه وزن، ۳ درصد لاغر و فقط ۳۵ درصد دارای وزن مطلوب بودند. شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان به ترتیب ۲۸ و ۲۴ درصد و در زنان به ترتیب ۴۴ و ۲۶ درصد بود. هم چنین آزمون های آماری حاکی از ارتباط معنا دار توده ی بدنی با سن، شغل و سطح تحصیلات می باشد. نمایه ی توده ی بدن به صورت دسته بندی شده در واحد های مورد پژوهش و به تفکیک جنسیت در نمودار ۱ ارائه شده است. همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می گردد، اضافه وزن در گروه زنان و کل سالمندان، بیشترین شیوع را دارد.

نمودار (۱): نمایه توده بدنی در سالمندان مورد پژوهش در کل و به تفکیک جنسیت در سال ۱۳۹۲



وضعیت سلامت روانی و ابعاد آن در آزمودنی ها به تفکیک جنسیت در نمودار ۲ ارائه شده است .

نمودار (۲): وضعیت سلامت روانی و ابعاد آن در سالمندان مورد پژوهش به تفکیک جنسیت



ارتباط بین سلامت روانی با نمایه ی توده ی بدن در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲): مقایسه‌ی همبستگی نمایه‌ی توده‌ی بدنی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در سالمندان شهر

## تهران سال ۱۳۹۲

متغیر	نمرات سلامت روانی	نمرات افسردگی	نمرات اضطراب	نمرات اختلال عملکرد اجتماعی	نمرات اختلال عملکرد جسمی
نمرات نمایه توده بدنی	*۰/۱۲	۰/۰۵	*۰/۱۱	*۰/۱۲	**۰/۱۸
	P<001=***				P<01=**

همان طور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است؛ بین نمرات توده‌ی بدنی با نمرات سلامت روانی همبستگی معنادار مثبتی وجود دارد ( $P=۰/۰۱$ ،  $r=۰/۱۲$ ) که بیانگر این یافته می‌باشد که با افزایش توده‌ی بدنی سالمندان، سلامت روان آنان نامطلوب تر شده است.

## بحث:

واسطه‌ی محدودیت‌های شناخته شده‌ی ای چون آلودگی هوا و صنعتی تر شدن زندگی ساکنین تهران (و یا تغذیه‌ی صحیح تر و سالم تر در شهرستان‌ها نسبت به ساکنین تهران مربوط دانست. (۱۹) در جمعیت سالمند آمریکا و اروپا میزان فعالیت منظم بدنی در میان افرادی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند کمتر از افراد عادی گزارش شده است. (۲۱ و ۲۰) در سایر مطالعات علاوه بر نحوه‌ی زندگی (تنها یا با خانواده)، سایر متغیرهای اجتماعی و اقتصادی (۱۹) با چاقی در ارتباط بودند.

یافته‌ی قابل توجه دیگر این بود که نزدیک به نیمی از زنان اضافه وزن داشتند؛ و هم چنین حدود یک چهارم زنان دچار عارضه‌ی چاقی بودند. پیش از این علی آبادی و همکاران شیوع چاقی مرکزی (دور کمر) در سالمندان استان خراسان رضوی را در زنان و مردان سالمند به ترتیب ۶۳ و ۱۸/۵ درصد گزارش کرده‌اند. (۱۹) در مطالعه‌ی مذکور، میانگین توده‌ی بدنی سالمندان این استان در مرز محدوده‌ی طبیعی و اضافه وزن قرار دارد؛ (۲۴/۲) که قابل ذکر است حدود نیمی از نمونه‌های این

در پژوهش حاضر به بررسی شیوع چاقی و اضافه وزن در جمعیت سالمند شهر تهران و ارتباط آن با برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی و هم چنین سلامت روانی و ابعاد آن پرداخته شد. یافته‌های مربوط به میانگین توده‌ی بدنی در هر دو جنس، گویای وجود اضافه وزن در اغلب افراد سالمند جامعه می‌باشد؛ این در حالی است که فقط ۳۵ درصد از آنان از وزن مطلوب برخوردار بودند. نتایج نشان داد ۲۵ درصد سالمندان، دارای اضافه وزن بودند و ۳۷ درصد نیز از چاقی رنج می‌بردند. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی حسینی و همکاران در مورد سالمندان شمال کشور هم خوانی دارد. (۱۸) اگر چه یافته‌های مربوط به اضافه وزن با مطالعه‌ی علی آبادی و همکاران در خراسان رضوی نیز هم خوانی دارد؛ اما در مورد شیوع چاقی، اختلاف قابل توجهی دیده می‌شود؛ به طوری که این میزان در استان خراسان رضوی تنها ۱۲ درصد گزارش شده است. علت این امر را شاید بتوان به تفاوت الگوی زندگی از جمله کاهش فعالیت فیزیکی (به



مطالعه در مناطق روستایی ساکن بودند که می تواند علت تفاوت با نتایج پژوهش حاضر باشد؛ چرا که در همان مطالعه بین وضعیت تغذیه ای افراد روستا نشین و شهرنشین از نظر آماری اختلاف معنا داری وجود داشت. در مطالعات مشابه سایر کشور ها، آمارهای مختلفی از شیوع چاقی و اضافه وزن منتشر شده است که در بیشتر آن ها همانند مطالعه ی حاضر و سایر مطالعات داخلی (۱۹ و ۱۸)، شیوع چاقی و اضافه وزن در زنان، بالاتر از مردان بوده است. برای مثال در عربستان و هند، به ترتیب ۴۳ و ۴۰ درصد زنان سالمند، خود را مبتلا به چاقی گزارش کرده اند. (۲۳ و ۲۲) با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه و سایر مطالعات مشابه لازم است که سیاست گذاری های پیشگیری کننده از چاقی با تمرکز بر جنسی در سالمندان، تعیین و اجرا شود.

یکی دیگر از یافته های مهم این مطالعه، تعیین شیوع اختلال در سلامت روانی سالمندان ساکن در جامعه ی تهران بود؛ که در ادامه به آن پرداخته می شود. در مطالعات مختلف، میزان های مختلفی از وضعیت سلامت روان در سالمندان گزارش شده است؛ که گروهی از آن ها مغایر این مطالعه و گروهی دیگر موافق آن هستند. یافته ها با مطالعه ی یزدانی در تهران، براتی و همکاران در همدان و نجاتی (۱۳۸۷) در قم هم راستا می باشد. (۲۴، ۲۶ و ۲۵) میانگین نمره ی کل سلامت روانی در سالمندان مورد مطالعه، پایین تر از نقطه ی برش ۲۳ (سطح سلامت مطلوب) بود؛ که این یافته با نتایج مطالعه ی خمرنیا و باغبانیان (۲۷) و پاشا و همکاران هم خوانی نداشت. (۲۸)

در دوره ی سالمندی، آن چه که محرز است این است که در درجه ی اول، احساس درماندگی سپس احساس پیری و بطالت نقش بسزایی در افزایش شکایات جسمانی، اضطراب، بی خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی در این گروه دارد. (۱۶) پاشا و همکاران در مطالعه ی خود بر روی سالمندان شهر اهواز، میانگین نمره ی سلامت روانی سالمندان ساکن در خانواده های خود را ۱۶ گزارش کرده است؛ (۲۷) که این میانگین نمره ی کسب شده کمتر از مطالعه ی حاضر می باشد؛ و گویای این نکته است که سالمندان شهر اهواز از سلامت روانی بهتری برخوردار بوده اند؛ اما نباید از نظر دور داشت که مطالعه ی فوق بر روی سالمندانی انجام شده که با خانواده زندگی می کنند؛ اما در مطالعه ی ما سالمندان مقیم منزل که ممکن است به تنهایی زندگی کنند نیز جزء نمونه ها بوده اند؛ بنابراین تفاوت میانگین با این اختلاف منطقی به نظر می رسد. هم چنین نتایج به دست آمده بر اساس زیر مقیاس های سلامت روانی، نشانگر بالاتر بودن نمره ی اضطراب در مطالعه ی حاضر نسبت به سایر مطالعات مشابه می باشد. (۱۱ و ۱۵) در پژوهش حاضر، ارتباط مثبت و معنا داری بین نمایه ی توده ی بدنی و سلامت روانی سالمندان وجود داشت؛ ( $P < 0/01$ ) که البته این همبستگی از نظر آماری ضعیف است؛ ( $r = 0/12$ ) هم چنین ارتباط بین توده ی بدنی با اضطراب، عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی معنا دار بود. ( $P < 0/01$ )

#### نتیجه گیری نهایی

در مجموع یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد ارتباط

تأثیر قرار دهد. انجام مطالعات مشابهی با به کارگیری سایر شاخص های چاقی از جمله دور کمر و درصد چربی و نیز ارزیابی وضعیت تغذیه و بررسی روابط متغیرهای مستقل با مدل رگرسیونی جهت کنترل عوامل مخدوش‌گر پیشنهاد می‌گردد.

#### تشکر و قدردانی

از عزیزان سالمندی که در این پژوهش شرکت کردند؛ از مسئولین شهرداری و کارکنان خانه های سلامت مناطق مختلف شهر تهران که با همکاری صمیمانه ی آن ها اجرای این پژوهش امکان پذیر شد؛ کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

مثبت و معنا داری بین نمایه ی توده ی بدنی و سلامت روانی سالمندان وجود دارد. به علاوه با توجه به شیوع بالای اضافه وزن و چاقی در بین سالمندان و ارتباط آن با برخی از ابعاد سلامت روانی شامل عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمی و اضطراب سلامت روانی، لازم است مسئولین و متخصصان امر، در مورد این مشکل و ابعاد مختلف آن آگاه شوند. در این زمینه پیشنهاد می‌گردد جهت بررسی عوامل مرتبطی چون نوع شغل و سطح دانش سالمندان، مطالعات دقیق تر صورت پذیرد. لازم به ذکر است؛ پژوهش حاضر نظیر هرگونه پژوهش دیگری دارای محدودیت های اجتناب ناپذیری بوده که می‌تواند در برخی موارد، نتایج و کاربرد های حاصل از آن را تحت

#### References:

1. Rafati F, Pilevarzade M, Mohammadi soleimani M, Salari S, Pormehr A. Relationship Between BMI and Mental Health in Nursing Students of Jiroft. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2012; 14: (2). [in Persian]
2. Nouri R, Moghadasi M, Moraveji F. Association between Obesity and Overweight with Lifestyle Status and Physical Fitness Level in Shiraz Adults. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolis. 2012; 14: (3). [in Persian]
3. Tohidi M, Kalantar hormozi M, Adinehpour A, Dabaghmanesh M, Siadatan J, Ranjbar omrani GH. Prevalence of overweight and obesity in Shiraz adults. 2010; 9: 43-8.
4. Mostafavi H, Dabagh Manesh MH, Zare N. Prevalence of obesity and over weight in adolescents and adult population in Shiraz. Iranian Journal of Endocrinology and Metablolism. 2005; 7: 57-66. [in Persian]
5. Sharifi. Overweight and obesity in adults aged 20- 74 in southern Iran. Intern J Obes Rel Metab Disord. 1996; 20: 963-5. [in Persian]
6. Pishdad GR. Overweight and obesity in adults aged 20- 74 in southern Iran. Intern J Obes Rel Metab Disord. 1996; 20: 963-5. [in Persian]
7. Ayatollahi SM. Carpenter RG. Height, weight, BMI and weight-for-height of adults in southern Iran: how should obesity be defined; Ann Human Biol. 1993; 20: 13-9. [in Persian]

8. Mesdaghinia A et al. National's transformation of the health, wellbeing and dignity of the Iranian elderly based on Islamic and Iranian paradigm of progress ministry of health and meical education.Tehran. 2012. [in Persian]
9. Thirlaway Kathryn and Dominic upton, 2009. The psychology of lifestyle promoting healthy Behaviour.first published. 2009.
10. Jorm AF, Korten AE, Geristensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity With anxiety depression and emotional Well- being:a comm.-unity survery. Aust N Z J Public Health. 2003; 27: 434-40.
11. Lamertz CM, Jacobi C, Yassouridis A, Arnold K, Henkel AW. Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders; A community survey. Obes Res 2002; 10: 1152-60.
12. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN, Must A. Association of depression with weight change in a prospective community – based study of children followed up in to adulthood. Arch Pediat Adolesc Med. 2006; 160: 285-91.
13. Dracker RR, Hammer LD, Agras WS, Bryson S. Can mothers influence their child's eating behavior J Dev Behav Pediatr. 1999; 20: 88 -92.
14. Wyatt RJ, Henter ID, Mojtabai R, Bartko JJ. Height, weight and body mass index (BMI) in psychiatrichally ill US Armed Forces personel. 2003; 33: 363-8.
15. Fariborz Bakhtiyari<sup>1</sup>, Mahshid Foroughan<sup>2</sup>, Hossein Fakhrzadeh<sup>3</sup>, Neda Nazari<sup>3</sup>, Baharak Najaf<sup>3</sup>. Validation of the persian of abbreviated mental test (AMT) in elderly residents of kahrizak charity foundation. . 2006; 160: 285-91.
16. Taghavi M.\_Validity and credibility of the General Health Questionnaire.\_Journal of Psychology. 2003; 20: 381-398. [in Persian]
17. Malakooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali SH, Afhamebrahimi A, Zandi T. Evalution of reliability, validity and factor analysis of 28items on the general health of the elderly in iran(CHQ).Iranian journal of Aging. 2006; 1(1): 11-21. [in Persian]
18. Hosseini S.R, Sajjadi P, Jamali S, Noreddini H.G, Ghadimi R. Bijani A. The Relationship between Body Mass Index and Bone Mineral Density in Older Peopl. J Babol Univ Med Sci. 2014; 16(7): 14-22. [in Persian]
19. Ali Abadi M, Kimiagar M, Ghayoor M, Ilti Feizabadi A. Prevalence of malnutrition and related factors in elderly people of Khorasan Razavi province, 2006. Journal of Nutrition and Food Technology. 3, 2006; 3: 45 – 56. [in Persian]
20. Pratt M, Macera CA, Blanton C. Levels of physical activity and inactivity in children and adults in theUnited States: current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc. 1999; 31 (11): 526-33.
21. Martínez-González MA, Martínez JA, Hu FB, Gibney MJ, Kearney J. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999; 23: 1192-201.
22. Abolfotouh M.A, Daffallah A.A, Khan MY, et al. Central obesity in elderly individuals in south-western Saudi Arabia: prevalence and associated morbidity.East Mediterr Health J. 2001; 7(4-5): 716-24.

23. Singh P, Kapil U, Dey AB. Prevalence of overweight and obesity amongst elderly patients attending ageriatric clinic in a tertiary care hospital in Delhi, India. *Indian J Med Sci.* 2004; 58: 162-163.
24. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the Qom. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2009; 13(1): 67-72. [in Persian]
25. Yazdani A.A. The relationship between social participation and general health among aged people of 5<sup>th</sup> distric of Tehran[MSW Thesis]. Tehran: USWR,Department of Social Work. 2010. [in Persian]
26. Barati M, Fathi Y, Soltanian A, Moini B. Mental health and health promoting behaviors in older people living in Iran, Hamadan. *Iranian journal of Nursing and Midwifery.* 2012;20(3): 12-19. [in Persian]
27. Pasha Gh, Safarzadeh S, Meshkak R. Comparison between\_public health and social support among elderly people in nursing homes and elderly in the family. *Journal of Family Studies.* 2007; 3 (9). [in Persian]
28. Khomarnia M, Baghbanian A. Comparison of health and chronic diseases of the elderly in rural and urban areas of Zahedan city,2011. *Sadra Medical Journal.* 2013; 1(3). [in Persian]

---

*Original Article***The prevalence of obesity in the elderly in Tehran and its relation to mental health****M. Mohammadi<sup>1</sup>, A. Ghanbari Moghadam<sup>2\*</sup>, Z. Karbalaei<sup>3</sup>, M. Ikhan<sup>4</sup>**<sup>1</sup>MSc of Geriatric Nursing , Faculty of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.<sup>2\*</sup>Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.<sup>3</sup>MSc of Geriatric Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran<sup>4</sup>Student of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran**(Received: 4 Nov, 2016 – Accepted: 5 Mar, 2017)****Abstract****Introduction:** obesity as a health problem all over the world and is growing.**Objective:** This study aimed to determine the prevalence of obesity and the correlation between body mass index is associated with mental health among the elderly.**Method:** This cross-sectional study in Tehran and all seniors who had no cognitive problems, constituted the study population. The sample of 400 people aged over 60 years who range from 5 Tehran (North, South, Central, East and West) are randomly selected and enrolled in several stages. The data collected through a questionnaire consisted of demographic and public health sectors - GHQ -28 (the subscale of anxiety, depression, physical function and social function), which was completed by the elderly.**Results:** The mean body mass in men and women aged 26/5 and 26/8 respectively to the categories of body mass, is considered overweight. Nearly 25 percent of elderly obese, 37% overweight, and 3% were underweight and only 35% of ideal body weight. The prevalence of overweight and obesity in men and women respectively 28 and 24 percent, respectively, 44 and 26. Statistical tests showed a significant relation between body mass and age, occupation and education level is ( $p < 001$ ). BMI with mental health disorders, a positive correlation was significant but weak ( $P=0/01$  ,  $r=0/12$ ).The data samples into spss software version 21 and descriptive and analytical methods including Kolmogorov-Smirnov test, ANOVA ANOVA and Pearson correlation analysis was used.**Conclusion:** Given the high prevalence of overweight and obesity among the elderly and its relationship with some aspect of mental health, including social functioning, physical functioning and mental health anxiety, it is necessary officials and experts, are aware of this problem and its dimensions. In this context, it is suggested, to investigate factors such as the type of job and more detailed studies be conducted geriatric knowledge**Key words:** body mass, obesity, older age