

میزان شیوع چاقی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر

اردبیل

نویسندگان:

فریده مصطفی زاده^۱، دکتر فریبا کهنمویی^۲، راحله محمدی^۳، معصومه رستم نژاد^۴، فیروزه اسدزاده^۵، حبیبه صالحی^۶،

۱ و ۴- اعضای هیئت علمی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- استادیار زنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل-نویسنده مسئول

۳- عضو هیئت علمی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی

۶- کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی

چکیده

زمینه و هدف: شیوع چاقی در سنین باروری به طور گسترده ای در حال افزایش است. چاقی از نظر افزایش بیماری های قلبی عروقی و ناهنجاریهای زنان و زایمان و عوارض دیگری اهمیت دارد و این تحقیق در این راستا صورت گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۲۲۵ زن باردار چاق (از بین ۲۰۵۵ زن باردار) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری اردبیل به روش دو مرحله ای خوشه ای- تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از برگه ثبت اطلاعات حاوی مشخصات فردی و نمای توده بدنی در اولین مراجعه برای تشکیل پرونده بارداری گردآوری شد. داده ها بر اساس ضرایب همبستگی و آزمون های توصیفی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در مجموع تعداد ۲۰۵۵ (۲۲۵ نفر) زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع چاقی در زنان باردار اردبیل ۱۰/۴ درصد به دست آمد. میانگین سنی افراد چاق $28 \pm 5/9$ سال (۶۴ نفر) و میانگین نمای توده بدنی نمونه ها $31/77 \pm 3/06$ بود. بین تحصیلات ($P < 0/008$) و تعداد زایمان ($P < 0/02$) و نمای توده بدنی ارتباط معنی دار بدست آمد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش بدون شک آموزش در دوران قبل و بعد از بارداری در مورد چاقی و عواقب آن به عنوان یک اقدام بهداشتی آسان و کم هزینه در زنان در سنین باروری موثر و همراه با صرفه اقتصادی خواهد بود.

کلمات کلیدی: زنان باردار- چاقی

مقدمه

شیوع چاقی در دو دهه گذشته در جهان افزایش واضحی داشته است. بر اساس مطالعات و ارزیابی های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، نزدیک به ۴۰۰ میلیون از جمعیت جهان چاق هستند که تا سال ۲۰۱۵ این رقم به ۷۰۰ میلیون نفر خواهد رسید (۱). مطالعه ای در آمریکا نشان داد که تقریباً $\frac{2}{3}$ (۶۵٪) از آمریکایی های بالای ۲۰ سال دارای توده بدنی ۲۵ و بالاتر و ۳۰/۵ درصد دارای توده بدنی بالا یا مساوی ۳۰ و ۴/۹ درصد دارای توده بدنی بالا یا مساوی ۴۰ بودند (۲). چاقی در بین زنان همانند سایر گروهها افزایش گسترده ای یافته، بطوریکه مطالعه ای در سوئیس در سال ۲۰۰۶ نشان داده که چاقی در بین زنان ۱۶-۳۴ سال نسبت به سال ۱۹۸۰ شش برابر افزایش یافته است (۳). نتایج مطالعه ای در بین زنان ۱۵-۴۹ سال شهر ایلام در سال ۱۳۸۳ نشان داده که میزان شیوع چاقی و اضافه وزن بر حسب نمایه توده بدنی به ترتیب برابر ۲۰/۵ درصد و ۴۸/۵ درصد بوده و در مجموع بر حسب نمایه توده بدنی ۶۹ درصد افراد مورد مطالعه میزان نمایه توده بدنی بالاتر از حد طبیعی داشتند (۴). در یک مطالعه کوهورت در فاصله زمانی ۱۹۹۲ تا سال ۲۰۰۲ نتایج نشان داد که ۲۹ درصد از زنان واقع در سنین باروری آمریکایی (۳۹-۲۰ سال) چاق بوده و ۲۵/۴ درصد از زنان در دسته خیلی چاق قرار داشتند (۲). چاقی یکی از بزرگترین موارد تهدید کننده سلامت زنان در

سنین باروری بشمار می رود بطوریکه علت فوت بیش از نیمی از زنانی که بین سال های ۲۰۰۳-۲۰۰۰ در انگلیس فوت کرده اند، چاقی و عوارض ناشی از آن بوده و ۱۵ درصد از این مرگ ها در بین زنان خیلی چاق ($BMI > 35$) اتفاق افتاده بود (۵). همزمان با افزایش چاقی در بین زنان غیر باردار، چاقی در بارداری در حال افزایش است و در نتیجه نیاز به مراقبت های دوران بارداری در این زنان از طریق ارائه خدمات بهداشتی بیشتر خواهد شد؛ زیرا که اضافه وزن و چاقی در دوران بارداری خطر بزرگی برای سلامت مادر و جنین (کودک) بشمار می رود (۶). مطالعه ای کوهورت در سال ۲۰۰۶ در یکی از بیمارستانهای زنان و مامایی اروپا بر روی ۸۱۷۶ زن زایمان کرده نشان داد که ۱۷/۷ درصد از این زنان چاق بودند (۷). اضافه وزن و چاقی در بارداری خطر بزرگی برای سلامت مادر و نوزاد (کودک) بدنبال خواهد داشت. از جمله خطرات بزرگی که زنان چاق را تهدید می کند می توان به پره اکلاسیپی، سزارین، مرگ داخل رحمی- مشکلات بی هوشی در حین زایمان سزارین، استفاده از داروها در لیبر به علت عدم پیشرفت سیر زایمان، دیابت بارداری، خونریزی بعد از زایمان، وزن زیاد موقع تولد، سقط، نقایص سیستم عصبی در جنین، زایمان زودرس، مرده زایی، ترومبوآمبولی، بارداری طول کشیده، نقایص مادرزادی جنینی، زایمان سخت و با اسباب، ترومای حین زایمان واژینال، مرگ

مادر و آپنه موقع خواب، آسم، کله‌سیستیت، کمردرد، درد لگن، بی‌اختیاری ادراری، آئمی بعد از زایمان، عفونت‌های بعد از زایمان) و ... اشاره نمود. پر واضح است که چاقی و مشکلات ناشی از آن در بارداری باعث ایجاد اختلال در سیستم مراقبت‌های دوران بارداری و تاخیر در رسیدن به هدف بارداری و زایمان ایمن می‌شود (۸). گرچه تا کنون مطالعات متعددی راجع به شیوع چاقی در سراسر دنیا و از جمله ایران انجام شده است اما گروه زنان باردار کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند این گروه از زنان علاوه بر این که در معرض چاقی و عوارض آن قرار دارند، بدلیل این که مادر محسوب می‌شوند و سلامت نوزدان (و تربیت نسل سالم و تندرست در آینده) نیز مد نظر است، باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند؛ لذا هدف از انجام مطالعه فوق تعیین شیوع چاقی در زنان باردار شهر اردبیل و کمک به مسئولین در جهت برنامه‌ریزی صحیح بهداشتی و آموزشی در این گروه زنان می‌باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی پرونده ۲۰۵۵ زن با دار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی اردبیل در سال ۱۳۸۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای بود بدین صورت که بعد از تقسیم بندی جغرافیایی شهر اردبیل به مناطق از هر خوشه جغرافیایی یک مرکز بصورت تصادفی انتخاب و کلیه پرونده‌های زنان باردار آن مرکز مورد بررسی قرار

گرفته و پرونده زنان باردار با BMI ۳۰ و بالاتر استخراج و در برگه ثبت اطلاعات مشخصات لازم ثبت شد. برگه ثبت اطلاعات شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها و BMI ثبت شده در پرونده مادر بود. بر اساس پروتکل یکسان کشوری مراقبت از مادران باردار، پرسنل مرکز بهداشتی درمانی موظفند برای تمام زنان باردار که برای اولین بار برای تشکیل پرونده بارداری مراجعه می‌کنند، نمایه توده بدنی را بر اساس آموزش‌های قبلی که دیده‌اند اندازه‌گیری نموده و در پرونده مادر باردار ثبت نمایند. در این مطالعه بعد از هماهنگی لازم پرونده زنان بارداری که در زیر ۱۶ هفته برای تشکیل پرونده مراجعه نموده و سابقه هیچ‌گونه بیماری متابولیکی نداشته و در زمان مطالعه تحت رژیم غذایی و یا مصرف دارو یا بیماری خاص نبوده‌اند مورد بررسی قرار گرفت. زنان با داشتن بارداری پرخطر یا چندقلویی و... از مطالعه خارج شدند (۱۱). در نهایت ۲۲۵ زن باردار چاق وارد مطالعه شدند. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی نمایه توده بدنی بالای 30 kg/m^2 بعنوان چاقی در بارداری اطلاق و پرونده‌ها بر اساس این تعریف مورد بررسی قرار گرفتند (۱۳-۷-۱۴-۲۱). همچنین در این مطالعه برای انجام کارهای آماری بهتر BMI به سه گروه ۲۴-۳۰ (چاق) ۳۹-۳۵ (خیلی چاق) و بالای ۴۰ (چاقی بیش از حد) طبقه‌بندی شد (۱۴). برای بررسی آماری داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS و امار توصیفی

و برای بررسی همبستگی ما از ضریب همبستگی پیرسون و کای اسکوئر استفاده شد.

یافته ها

میزان شیوع چاقی (نمایه توده بدنی بالای ۳۰) در زنان باردار شهر اردبیل ۱۰/۴ درصد بدست آمد و میانگین نمایه توده بدنی نمونه ها $31/77 \pm 3/06$ بود. ۸۵/۵ درصد (۱۹۳ نفر) از نمونه ها در محدوده نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴ و ۳/۶ درصد (۸ نفر) در محدوده نمایه توده بدنی بالای ۴۰ قرار داشتند. (جدول ۱). میانگین سنی افراد مورد مطالعه $28 \pm 5/9$ بوده و ۳۰ درصد (۶۸ نفر) در گروه سنی ۲۵-۲۹ سال قرار داشتند. ۸۸/۲ درصد (۶۰ نفر) از زنان مورد مطالعه در محدوده توده بدنی (۳۰-۳۴) ۲۹-۲۵ سال داشتند. ۸/۲ درصد (۵ نفر) با نمایه توده بدنی ۴۰ در محدوده سنی ۳۰-۳۴ سال بودند. بین سن و نمایه توده بدنی افراد مورد مطالعه ارتباط معنی دار آماری دیده نشد. ($P < 0/07$). ۳۹/۱ درصد (۸۸ نفر) از نمونه ها تعداد حاملگی ۲ با میانگین $1/3 \pm 40/9$ درصد (۸۶ نفر) تعداد زایمان ۱ با میانگین $1/07 \pm 1$ داشتند. بین تعداد حاملگی و BMI ارتباط معنی دار آماری مستقیم دیده نشد. ($P < 0/13$) ولی بین تعداد زایمان و BMI نمونه ها رابطه معنی دار آماری مستقیم وجود داشت. ($P < 0/02$). یافته ها نشان دادند که ۹۲/۴ درصد (۲۰۸ نفر) از زنان خانه دار و ۷/۶ درصد (۱۷ نفر) شاغل بودند. ۹۴/۱ درصد (۱۶ نفر) از زنان شاغل و ۱۷۷ (۱۸۵/۱) از زنان خانه دار در محدوده توده بدنی ۳۰-۳۴ قرار

داشتند. ۷ نفر (۳/۴٪) از زنان خانه دار و ۱ نفر (۵/۹٪) از زنان شاغل در محدوده توده بدنی ۴۰ قرار داشتند. بین شغل زنان باردار و BMI رابطه معنی دار آماری دیده نشد. ($P < 0/3$). ۳۲/۴ درصد (۷۲ نفر) از افراد دیپلم و ۲۹/۶ درصد (۵۴ نفر) از افراد با تحصیلات کم در محدوده ۳۰-۳۴ و ۳ نفر (۸/۳٪) از افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم در محدوده نمایه توده بدنی ۴۰ و بالاتر قرار داشتند. بین تحصیلات و BMI زنان باردار رابطه معنی داری آماری دیده شد. ($P < 0/08$).

بحث

تعیین چاقی و افزایش وزن یک جنبه مهم از طب پیشگیری سلامت اجتماعی است؛ زیرا چاقی مانعی برای سلامتی فیزیکی، روانی و اجتماعی بوده و زمینه ساز بیماریها و اختلالات جدی تری بشمار می رود (۸). در این مطالعه میزان شیوع چاقی در زنان باردار مورد مطالعه ۱۰/۴ درصد بدست آمده است. در مطالعات مختلف این میزان از ۱/۸ درصد تا ۲۵ درصد متفاوت گزارش شده در این مطالعه یافته ها نشان دادند که بین سن و نمایه توده بدنی ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. در مطالعه ای که توسط کشاورز بر روی زنان شهر تهران در سال ۱۳۸۵ انجام شده یافته ها نشان دادند که بین نمایه توده بدنی و سن مادر ارتباط معنی داری وجود داشت. ($P < 0/001$)، به این معنی که افزایش وزن مادر با افزایش سن همراه

بود (۹). همچنین در مطالعه آمادور^۱ نیز یافته‌ها نشان دادند که زنان مسن تر ۲ برابر زنان جوان تراز نمایه توده بدنی بالاتری برخوردارند (۱۰). در مطالعه سیلیستروم^۲ در سال نیز یافته‌ها نشان دادند که بین سن و چاقی در زنان باردار ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت (۱۱). در مطالعه‌ای نتایج نشان دادند که میانگین سنی افراد مورد مطالعه $28 \pm 5/9$ سال بود که در مطالعه کشاورز میانگین سن زنان باردار چاق $5/4 \pm$ (۹) و در مطالعه آمادور $28/4 \pm 5$ بود (۱۰). یافته‌ها نشان داد که بین چاقی و تعداد حاملگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد ولی بین پاریتی و نمایه توده بدنی ارتباط معنی‌دار آماری دیده شد. در مطالعه دیویس در سال ۲۰۰۸ یافته‌ها نشان دادند که با افزایش تعداد زایمان، نمایه توده بدنی زنان افزایش پیدا می‌کند و زنان با سابقه ۳ بار یا بیشتر زایمان از نظر آماری نسبت به زنانی که ۱ یا ۲ بار زایمان کرده‌اند چاق تر هستند (۱۲). در مطالعه آمادور نیز یافته‌ها نشان دادند که میانگین تعداد بارداری در زنان چاق ۲ (۲/۷ - ۲/۲) بود و بین نمایه توده بدنی و تعداد حاملگی ارتباط آماری

معنی‌داری وجود نداشت (۱۰). در مطالعه کریگان^۳ میانگین تعداد بارداری در زنان باردار چاق $1/08 \pm 1/88$ بود و نتایج مطالعه آنها نشان داد که بین چاقی در زنان باردار و افزایش تعداد بارداری ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت و به این نتیجه رسید که افزایش تعداد بارداری می‌تواند یک عامل تاثیر گذار بر بروز شاخص توده بدنی بالا باشد (۷). در مطالعه آمادور ۴۹ درصد از زنان باردار چاق بودند و تحصیلات راهنمایی داشتند (۱۰). در مطالعه ای توسط احمری نشان داده شد که میزان شیوع چاقی در زنانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند بیشتر دیده می‌شود و بین زنان بی سواد و زنانی که در سطح دیپلم و بالاتر قرار دارند از نظر آماری در نمایه توده بدنی ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. ($P < 0/040$) (۱۳). در این مطالعه زنان با سطح تحصیلات بالا (دیپلم) بیشترین میزان چاقی را داشتند که شاید علت این امر کم تحرکی و عدم فعالیت این زنان و عدم آگاهی کافی در مورد نحوه وزن گیری مناسب در دوران بارداری باشد.

1-Amador
2 -sellstrom

3 -kerrigan

جدول ۱: توزیع فراوانی و مطلق نمایه توده بدنی مادران باردار مورد مطالعه به تفکیک نمایه توده بدنی

میانگین نمایه توده بدنی	درصد	تعداد	نمایه توده بدنی
31.77 ± 3.06	۸۵	۱۹۳	۳۰-۳۴
	۱۰/۶	۲۴	۳۵-۳۹
	۲/۵	۸	۴۰-۴۴
		۲۲۵	جمع

توزیع فراوانی مطلق و درصد مشخصات دموگرافیک مادران باردار مورد مطالعه

P.V	درصد	تعداد	مشخصات دموگرافیک سن (سال)
P<./۰.۷	۷/۵	۱۷	۱۵-۱۹
	۱۹/۸	۴۵	۲۰-۲۴
	۳۰	۶۸	۲۵-۲۹
	۲۶/۹	۶۱	۳۰-۳۴
	۱۲/۲	۲۸	۳۵-۳۹
	۲/۶	۶	>۴۰
	۱۰۰	۲۲۵	جمع
P<./۱۳	۳۲/۴	۷۲	تعداد حاملگی
	۳۹/۱	۸۸	۱
	۱۷/۸	۴۰	۲
	۵/۳	۱۲	۳
	۳/۱	۷	۴
	۰/۹	۲	۵
	۱/۲	۳	۶
	۱۰۰	۲۲۵	≥۷ جمع
p<./۰.۲	۳۸/۲	۸۶	تعداد زایمان
	۴۰/۹	۹۲	۰
	۱۵/۶	۳۵	۱
	۲/۷	۶	۲
	۱/۳	۳	۳
	۱/۳	۳	۴
	۱۰۰	۲۲۵	≥۵ جمع
p<./۳	۹۲/۴	۲۰۸	شغل
	۷/۶	۱۷	خانه دار شاغل
p<./۰.۸	۶/۲	۱۴	تحصیلات
	۲۰/۴	۴۶	بی سواد
	۲۴/۹	۵۶	خواندن
	۳۲/۴	۷۲	راهنمایی
	۱۶	۳۶	دیپلم
	۱۰۰	۲۲۵	بالا تر جمع

نتیجه گیری

اقدامات پیشگیرانه و آموزشی از طرف مسئولین بهداشتی انجام گیرد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر میزان شیوع چاقی مشابه سایر جوامع می باشد ولی با توجه به عوارض شدید حاملگی های زنان چاق، بهتر است

منابع

- 1-M. Janghorbani, M. Amini, W.C. Willet, M.M. Goya, A. Delavari, S. Alikhani and A. Mahdavi. First nationwide survey of prevalence of overweight, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults. *Obesity*. (2007): 15: 2797-2808.
- 2-Rekha Wuntakal, Tony Hollingworth. The implications of obesity on pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* Volume 19, Issue 12, December 2009:19(12):344-349.
- 3- N.L. Lee, A. Correa, M. Szklo. Prepregnancy BMI, Pregnancy Weight Gain, and Birth Outcomes in Northeast China. *Annals of Epidemiology*. September 2009:19(9): 679. Volume 19, Issue 9, September 2009, Page 679
- 4-MOZAFARI M., NOSRATI S., POURMANSOUR G., REZAEI MOHSEN. FACTORS AFFECTING THE PREVALENCE OF OBESITY AMONG 15-49- YEARS OLD WOMEN REFERRED TO URBAN HEALTH CLINICS IN ILAM IN 2004. *JOURNAL OF ILAM UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES* Spring 2006; 14(1):8-17.
- 5- Ingrid Rowlands, Nick Graves, Susan de Jersey, H. David McIntyre, Leonie Callaway. Obesity in pregnancy: outcomes and economics. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. April 2010:15(2): 94-99.
- 6-K. M. Birdsall, S. vyas, N. Khazaezadeh, E. Oteng-Ntim. Maternal obesity: a review of interventions. *International Journal of Clinical Practice*. Feb 2009 63 (3): 494 – 507.
- 7-Kerrigan AM, Kingdon C. Maternal obesity and pregnancy: a retrospective study. *Midwifery*. 2010 Feb;26(1):138-46.
- 8- cholamreza veghari, the study of obesity among rural mothers in govgan districts in 2004.
- 9-m.keshavarz, m.shaviati, GR.Babae. pregnancy complication related to obesity in shahrood Bivzand medical science journal. 1387;15(3).48-54.
- 10-Novma Amador, Jose M Huavez, Juan M Guizar, Benigon Kinavers. Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study. *American Journal of obstetrics gynecology*. 2002:203.e1-e5
- 11-Eva sellstrom Govan Arnoldsson, Marie Alresson Ander Hjern. obesity prevalence in a cohort of women in early pregnancy from a neighborhood perspective *BMC pregnancy and child birth* 2009,9(37):1-8.
- 12-Esa Davis MD, MPH, Christine Olson. Obesity in Pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. June 2009:36(2): 341-356.
- 13- Ahmari Tehran H, Raeisi M, padkhan Tehrani T, Nehran N. The relationship between Maternal High BMI and weight gain and dystocia in pregnant women Referred to Maternity wards of Gom public hospital in 2006. *Gum university of Medical science Journal*. winter 2006; 2(4): 27-54.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.