

Original article

Investigation of Abdominal Obesity Prevalence and Cardiovascular Fitness among the Citizens of Babolsar, Iran, in 2017

Niloofar Karimi¹Valiollah Dabidi Roshan^{2*}Afshin Fayyaz Movaghar³

1- PhD Student, Department of Sports Physiology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Mazandaran University, Babolsar, Iran

2- Professor, Department of Sports Physiology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Mazandaran University, Babolsar, Iran

3- Associate Professor, Department of Statistics, Faculty of Mathematical Sciences, Mazandaran University, Babolsar, Iran

***Corresponding author:** Valiollah Dabidi Roshan, Department of Sports Physiology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Mazandaran University, Babolsar, Iran

Email: vdabidiroshan@yahoo.com

Received: 27 October 2017

Accepted: 26 November 2017

ABSTRACT

Introduction and purpose: Lifestyle is one of the most important factors affecting the quality of life, including cardiovascular diseases. Regarding this, the aim of this study was to investigate the association of abdominal obesity with demographic factors and cardiovascular fitness in Babolsar, Iran.

Methods: This study was conducted on 150 women and men residing in Babolsar. The study population was selected using simple random sampling technique through a recall. The data were collected using demographic form, pedometer (to evaluate the physical activity level), body mass index (BMI; to assess abdominal obesity), waste hip ratio (WHR), and body adiposity index (BAI). The data were analyzed using Chi-square test, Pearson correlation, and ANOVA. P-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: According to the results, peak oxygen uptake was indirectly associated with BMI, WHR, and BAI in both genders ($P < 0.001$). On the other hand, there was a direct relationship between these variables and age ($P < 0.001$). Furthermore, a direct correlation was observed between WHR and the marital status of the women ($P = 0.008$). Additionally, BMI levels had a nonsignificant increase with the enhancement of age and decline of education level.

Conclusion: The promotion of peoples' awareness about abdominal obesity and its associated factors and their encouragement to perform physical activity can be effective in reducing the prevalence of abdominal obesity and its comorbidities.

Keywords: Abdominal obesity, Babolsar city, Demographic factors, Physical activity level

► **Citation:** Karimi N, Dabidi Roshan V, Fayyaz Movaghar A. Investigation of Abdominal Obesity Prevalence and Cardiovascular Fitness among the Citizens of Babolsar, Iran, in 2017. Journal of Health Research in Community. Autumn 2017;3(3): 70-81.

مقاله پژوهشی

بررسی شیوع چاقی و آمادگی قلبی - تنفسی در شهروندان شهر بابلسر در سال ۱۳۹۶

چکیده

نیلوفر کریمی^۱ولی‌الله دبیدی روشن^{۲*}افشین فیاض موقر^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران
۲. استاد، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران
۳. استادیار، گروه آمار، دانشکده علوم ریاضی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

* نویسنده مسئول: ولی‌الله دبیدی روشن، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

Email: vdabidiroshan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۵

مقدمه و هدف: سبک زندگی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل تهدیدکننده کیفیت زندگی از جمله بیماری های قلبی - عروقی مطرح می باشد. در این راستا، هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل دموگرافیک و آمادگی قلبی - تنفسی مرتبط با شیوع چاقی شکمی در شهرستان بابلسر است.

روش کار: ۱۵۰ نفر از زنان و مردان شهرستان بابلسر به شکل تصادفی و طی فراخوانی انتخاب شدند. عوامل دموگرافیک از طریق پرسشنامه؛ سطح فعالیت بدنی از طریق گام سنج؛ چاقی شکمی از طریق BMI (Body Mass Index)، WHR (Waist Hip Ratio) و BAI (Body Adiposity Index) تعیین گردید. داده ها با استفاده از آزمون های آماری کای اسکوتر، Pearson و آنالیز واریانس در سطح معناداری ($P \leq 0/05$) تحلیل شدند.

یافته ها: در هر دو جنس ارتباط بین شاخص های BMI، WHR و BAI با $Vo2peak$ و تحصیلات منفی و معنادار ($P < 0/001$) بود؛ اما ارتباط آن ها با سن مثبت و معنادار به دست آمد ($P < 0/001$). همچنین ارتباط مثبت و معناداری میان WHR با وضعیت تأهل زنان وجود داشت ($P = 0/008$). شایان ذکر است که با افزایش سن و کاهش سطح تحصیلات، سطوح BMI افزایش غیر معناداری را نشان داد.

نتیجه گیری: آگاه سازی در زمینه چاقی شکمی و عوامل مرتبط با آن و تشویق افراد به انجام فعالیت بدنی می تواند در کاهش شیوع چاقی شکمی و بیماری های وابسته به آن مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: چاقی شکمی، سطح فعالیت بدنی، شهرستان بابلسر، عوامل دموگرافیک

◀ **استناد:** کریمی، نیلوفر؛ دبیدی روشن، ولی‌الله؛ فیاض موقر، افشین. بررسی شیوع چاقی و آمادگی قلبی - تنفسی در شهروندان شهر بابلسر در سال ۱۳۹۶. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۳۹۶؛ ۳(۳): ۸۱-۷۰.

مقدمه

گزارشات علمی حاکی از آن هستند که سبک زندگی کم تحرک به عنوان یکی از مهم ترین عوامل تهدیدکننده کیفیت

زندگی از جمله بیماری‌های قلبی- عروقی مطرح می‌باشد. سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات از جمله عواملی هستند که موجب می‌شوند سبک زندگی افراد به سمت بی‌ تحرکی سوق پیدا کند [۱،۲]. در این میان، پدیده اضافه‌وزن و چاقی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مرتبط با بی‌ تحرکی و بیماری‌های نشأت گرفته از آن است. مطالعات انجام‌شده در دهه گذشته نشان می‌دهند که چاقی و چگونگی توزیع چربی در بدن به‌ویژه در ناحیه میانی آن، پیشگوی مناسبی برای ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد [۳]. امروزه در بیشتر کشورها از جمله ایران با گذر از شیوه زندگی سنتی به مدرن، ابتلا به بیماری‌های وابسته به سبک زندگی مانند دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی، اضافه‌وزن و چاقی روندی صعودی پیدا کرده است. با توجه به افزایش چاقی و مشکلات ناشی از آن، ارزیابی شاخص‌های تن‌سنجی به‌منظور تعیین معیاری مطلوب برای سالم زیستن و شادابی از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد [۴،۵].

توده بدنی (BMI) یکی از شناخته‌شده‌ترین معیارها برای سنجش چاقی و خطرات قلبی- عروقی ناشی از آن در جوامع محسوب می‌شود؛ اما این روش با محدودیت‌هایی از قبیل ناتوانی در تعیین توزیع توده خالص و بافت چربی مواجه است؛ از این رو در بسیاری از جوامع شاخص‌هایی چون نسبت دور کمر به لگن (WHR)، شاخص چربی بدن (BAI) و شاخص ترکیبی برآورد درصد چربی بدن براساس دور باسن و قد به‌عنوان مقیاس‌های مناسب‌تری برای برآورد چاقی شکمی به شمار می‌روند [۶،۷]. اگرچه شاخص‌های نام‌برده نیز تحت تأثیر عناصری چون سن، جنس، نژاد و غیره قرار دارند، همچنان به‌عنوان عوامل خطرزای قوی در بیماری‌های قلبی- عروقی شناخته شده است. بررسی‌ها حاکی از آن هستند که اضافه‌وزن و چاقی به واسطه تنظیم سطح فعالیت بدنی دارای قابلیت تعدیل می‌باشند [۲،۵].

کاهش سطح فعالیت بدنی و عادت کردن به سبک زندگی غیرفعال از پیامدهای افزایش سن است. با افزایش سن، گسترش فعالیت‌هایی چون دوچرخه‌سواری، شنا و دویدن کاهش می‌یابد و

در مقابل گرایش به پیاده‌روی که شایع‌ترین شکل فعالیت بدنی در بین تمام سنین بوده و با کمترین موانع در هر مکان و زمانی قابل اجرا است، بیشتر می‌شود [۸]. عدم تحرک کافی علاوه بر وضعیت جسمانی می‌تواند در کیفیت زندگی فرد نیز تأثیرات منفی بسیاری را ایجاد کند. مطالعات مختلفی در مورد تأثیرات فعالیت بدنی و ارتباط آن با شرایط اجتماعی- اقتصادی افراد صورت گرفته است. در پژوهشی که در سال ۸۶-۱۳۸۵ در شهر یزد انجام شد، میزان فعالیت بدنی در جمعیت شهری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان فعالیت بدنی در جمعیت شهری پایین بوده و میزان کم‌تحرکی در جمعیت بالای ۶۰ سال معادل ۶۸/۴ درصد می‌باشد. شایان ذکر است که این میزان با افزایش سطح تحصیلات و افزایش سن رابطه مستقیمی داشت [۹].

در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۶ بر روی افراد ۶۵-۲۰ ساله بابل با مقایسه جنسیتی انجام شد، مردان در همه سطوح با اختلاف معناداری نسبت به زنان فعالیت بدنی بیشتری داشتند و از نظر سطح تحصیلات نیز بیشترین فعالیت بدنی مربوط به افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و یا سطوح پایین‌تر بود [۱۰].

در مطالعات برون‌مرزی نیز در سال ۲۰۰۴، افراد پرتغالی که در سنین تقریبی ۴۰ سال قرار داشتند از نظر سطح فعالیت بدنی و ارتباط آن با سن، جنس، سطح سواد، درآمد و وضعیت تأهل مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که زنان فعالیت بدنی کمتری نسبت به مردان دارند و سطح تحصیلات و درآمد بالاتر دارای ارتباطی منفی با میزان فعالیت بدنی می‌باشد. همچنین سطح فعالیت بدنی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد بیشتر گزارش شد [۱۱].

اجرای فعالیت بدنی کنترل‌شده به شکل گسترده‌ای به افراد جامعه توصیه شده است. شواهد علمی بیانگر نقش ورزش و فعالیت بدنی مرتب در بهبود مؤلفه‌های ترکیب بدن، افزایش ظرفیت عملکردی و کاهش خطر بیماری‌های متابولیک و قلبی- عروقی می‌باشند [۱۲]. ارزیابی میزان و کیفیت فعالیت بدنی (PA: Physical Activity) طی

زندگی روزمره ملاک اندازه‌گیری آمادگی قلبی-عروقی در افراد است [۱۳]. سطوح آمادگی قلبی-عروقی با شاخص ظرفیت عملی و یا اکسیژن مصرفی اوج (VO₂peak) بیان می‌شود که حداکثر اکسیژن مصرفی یک فرد تا آستانه خستگی در حین انجام فعالیت بوده و به منزله پیشگوی بالینی معتبری در شناخت احتمال ریسک بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع ۲ و سندروم متابولیک می‌باشد [۱۴].

از میان انواع فعالیت‌های بدنی، پیاده‌روی به عنوان یک نوع عمومی از تمرینات اوقات فراغت و بخشی از فعالیت‌های روزمره زندگی در تمام جوامع به شمار می‌رود و می‌تواند به سادگی با شدت متوسط اجرا شود. امروزه اندازه‌گیری دقیق حجم فعالیت بدنی و ارزیابی آمادگی و سلامت قلبی-عروقی به منظور ارتقای سطح بهداشت جامعه ضروری می‌باشد. در این راستا، روش‌های متعددی برای اندازه‌گیری حجم فعالیت بدنی روزانه وجود دارد. در حال حاضر به جای استفاده از روش‌های آزمایشگاهی، غالباً به روش‌های غیرورزشی پیشگویی تمایل نشان داده می‌شود. حجم فعالیت بدنی روزانه به میزان ۱۰ هزار گام یا بیشتر، ملاک سبک زندگی فعال افراد است و اثرات بهداشتی مفیدی را در پی دارد؛ البته دامنه این ملاک (گام روزانه) با توجه به جنسیت، سن و شیوه زندگی افراد متفاوت می‌باشد [۱۵]. با توجه به شیوع چاقی شکمی و ارتباط آن با عوامل خطر ساز قلبی-عروقی، هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط شاخص‌های مرتبط با چاقی شکمی (BMI، WHR، BAI و وزن) با عوامل دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) و آمادگی قلبی-تنفسی (تعداد گام‌ها و حداکثر اکسیژن مصرفی) در زنان و مردان ساکن شهرستان بابلر است.

روش کار

جامعه مورد مطالعه

جامعه آماری این پژوهش را زنان و مردان شهرستان بابلر تشکیل دادند. این افراد طی فراخوانی به صورت تصادفی از

رده‌های سنی ۶۵-۲۵ سال از مراکزی از قبیل دانشگاه، سالن‌های ورزشی و پارک‌ها و مراکز عمومی انتخاب شدند. یک هفته قبل از اجرای پروتکل پژوهش، آزمودنی‌ها با مراحل اجرای آن از جمله چگونگی اجرای پروتکل فعالیت آشنا گردیدند. در آغاز سنجش، فرم رضایت شرکت در طرح میان زنان و مردان ساکن در شهرستان بابلر توزیع گشت و افرادی که پاسخ مثبت دادند وارد فرآیند مطالعه شدند. سپس وضعیت سلامتی-پزشکی آزمودنی‌ها با استفاده از روش استاندارد (PAR-Q: Physical Activity Readiness Questionnaire) مؤسسه پزشکی ورزشی (ACSM: American College of Sports Medicine) که توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید، مشخص شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از:

۱. عدم ابتلا به بیماری قلبی-تنفسی، ارتوپدیک، بیماری‌های مزمن و پرفشاری خون
۲. عدم مصرف مکمل رژیمی و یا رژیم‌های غذایی از جمله رژیم‌های هیپو و یا هپر لیپیدیمیک، داروهای کاهنده چربی، مولتی‌ویتامین و کورتیکواستروئیدها در یک ماه گذشته
۳. عدم مصرف دخانیات تا حداقل ۲ هفته پیش از شروع پژوهش
۴. انجام‌دادن هیچ‌گونه فعالیت سنگین طی یک هفته قبل از اجرای پروتکل و نداشتن سابقه ورزش طولانی مدت بیشتر از یک ماه.

در حین ارزیابی به آزمودنی‌ها توصیه شد که فعالیت بدنی و رژیم غذایی عادی خود را ادامه دهند. براساس اطلاعات به دست آمده از فرم اولیه، افراد از نظر وضعیت تأهل به ۲ گروه مجرد و متأهل و از نظر سطح تحصیلات به ۵ سطح زیر دیپلم، دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکتری تقسیم شدند.

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که در آن شیوع چاقی شکمی و ارتباط آن با عوامل خطر ساز قلبی-عروقی با عوامل دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات و

وضعیت تأهل) و آمادگی قلبی- تنفسی (تعداد گام‌ها و حداکثر اکسیژن مصرفی) در زنان و مردان ساکن شهرستان بابلسر بررسی گردید. تمامی روش‌های بررسی آزمودنی‌های پژوهش حاضر توسط گروه فیزیولوژی ورزشی با شماره ۱۲۷۷۸۳۱ تأیید شد و براساس دستورالعمل Helsinki شامل: رضایت و آگاهی آزمودنی‌ها از چگونگی و نحوه مراحل اجرای پژوهش، به‌کارگیری تجهیزات سالم و ایمن برای اجرای پژوهش و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها هدایت گردید.

نحوه سنجش شاخص‌ها

شاخص‌های تن‌سنجی: از میان شاخص‌های سلامتی، تمرکز نویسندگان این مقاله بر وزن، BMI، WHR و BAI بود؛ زیرا براساس شواهد متعدد پژوهشی اخیر، این متغیرها با برخی از مشکلات سلامتی مرتبط هستند [۱۶]. اندازه‌گیری شاخص‌های تن‌سنجی توسط متخصصان خبره در این کار صورت گرفت.

برای سنجش شاخص‌های قد و نسبت کمر به لگن (WHR) از متر نواری مدل BMT با دقت ۰/۱ سانتی‌متر و برای سنجش وزن از ترازوی دیجیتال Beurer مدل PS160 با دقت ۰/۵ کیلوگرم استفاده شد. طبق پروتکل‌های جمع‌آوری داده‌های سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، نحوه اندازه‌گیری دور کمر در نقطه میانی بین حاشیه پایین‌ترین قسمت قابل لمس دنده‌ها و لبه بالایی استخوان لگن با متر و موازی با سطح زمین و دور لگن نیز در برجسته‌ترین قسمت و موازی با زمین اندازه‌گیری می‌شود. شایان ذکر است که شاخص توده بدنی (BMI) با تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (m^2) برآورد گردید و BMI کمتر از ۲۰ کیلوگرم بر متر مربع به‌عنوان کمبود وزن، BMI بین ۲۰ تا ۲۴/۹ کیلوگرم بر متر مربع به‌عنوان وزن عادی و BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع به‌عنوان اضافه‌وزن و بالاتر از آن چاق در نظر گرفته شد [۱۷].

BAI پیشنهادشده در سال ۲۰۱۲ براساس فرمول زیر محاسبه

گشت [۱۸]:

$$BAI = [18 - (m)^{1/5} \text{ قد (cm) دور لگن}]$$

اکسیژن مصرفی اوج: در این مطالعه سطح اکسیژن مصرفی اوج از طریق آزمون Rockport تعیین گردید. در این آزمون از آزمودنی‌ها خواسته شد که پس از گرم‌کردن، مسیر ۱۶۰۹ متری را به شکل پیاده‌روی با حداکثر سرعت طی کنند. به محض اتمام مسیر، ضربان قلب و زمان انجام آزمون ثبت گردید. برای محاسبه حداکثر اکسیژن مصرفی از فرمول Kline و همکاران استفاده شد [۱۹].

برآورد VO_{2peak} بر حسب میلی‌لیتر بر کیلوگرم بر دقیقه:

$$VO_{2peak} (ml.kg^{-1}.min^{-1}) = 132/853 - 0/0769 \\ - (فاکتور جنسیت) + 6/315 (سن) - 0/3877 (وزن) \\ - (ضربان قلب) - 0/1565 (زمان) - 3/2649$$

در این فرمول وزن بدن فرد بر حسب پوند؛ سن بر حسب سال؛ فاکتور جنسیت (مردان = ۱ و زنان = ۰)؛ زمان کامل کردن یک مایل بر حسب دقیقه؛ ضربان قلب پس از انجام این تست بر حسب ضربه بر دقیقه وارد شد.

تعداد گام‌ها: تعداد گام‌های روزانه افراد به وسیله دستگاه الکترونیکی حساس و قابل حمل (OMRON-HJ 113) ساخت کشور ژاپن با اندازه خطای کمتر از ۱/۵ درصد سنجیده شد. آزمودنی‌ها پیش از این با نحوه استفاده از گام‌شمار طی فعالیت روزانه و چگونگی ثبت گام آشنا شده بودند و از آن‌ها خواسته شده بود که الگوی فعالیت بدنی روزمره خود را در زمان حمل گام‌سنج تغییر ندهند. همچنین به آزمودنی‌ها توصیه گردید که از صبح (هنگام خروج از منزل) تا قبل از خواب شبانهگاهی، دستگاه پرتابل را در سطح فروتنال و در سمت راست کمر شلوار خود نصب کنند [۲۰]. این روش سنجش گام‌ها به مدت یک هفته تکرار شد.

تحلیل آماری داده‌ها

پس از بررسی توزیع طبیعی داده‌ها توسط آزمون Kolmogorov-Smirnov، برای ارزیابی ارتباط بین تعداد گام‌ها، سطح تحصیلات و فاکتورهای تن‌سنجی (وزن، BMI، WHR و BAI) از روش همبستگی Pearson استفاده شد. همچنین برای مقایسه این عوامل در سنین مختلف، روش آنالیز واریانس چندطرفه مورد استفاده قرار گرفت. افزون‌براین، توزیع فراوانی زنان و مردان در ۴ سطح شاخص توده بدنی بر حسب سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل از طریق آزمون آماری کای اسکور تجزیه و تحلیل گردید. شایان ذکر است که تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21

در سطح معناداری ($P < 0.05$) صورت پذیرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ توصیف شاخص‌های چاقی شکمی (BMI، WHR، BAI و وزن)، عوامل دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات) و آمادگی جسمانی (میانگین گام و اکسیژن مصرفی اوج) مردان و زنان ارائه شده است. در جدول ۲ نیز ارتباط بین شاخص‌های چاقی شکمی (BMI، WHR، BAI و وزن) با عوامل دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل

جدول ۱: توصیف ویژگی‌های جامعه آماری

جنسیت	شاخص‌ها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کران پایین	کران بالا
زن (۸۰ نفر)	سن	39.69 ± 1.38	۳۶/۹۲	۴۲/۴۵
	قد	160.34 ± 0.77	۱۵۸/۸۱	۱۶۱/۸۷
	وزن	64.77 ± 1.27	۶۲/۲۴	۶۷/۳۱
	گام‌ها	$6130 \pm 315/9$	۵۴۹۸/۳۲	۶۷۶۰/۱۴
	اکسیژن مصرفی اوج	31.04 ± 1.03	۲۸/۹۸	۳۳/۱
	BMI	25.25 ± 0.05	۲۴/۲۵	۲۶/۲۵
	WHR	0.85 ± 0.01	۰/۸۱	۰/۸۴
	BAI	30.83 ± 0.63	۲۹/۵۷	۳۲/۰۸
مرد (۷۰ نفر)	سن	43.56 ± 1.64	۴۰/۲۶	۴۶/۸۵
	قد	173.65 ± 1.11	۱۷۱/۴۳	۱۷۵/۸۸
	وزن	83.81 ± 2.02	۷۹/۴	۸۸/۲۱
	گام‌ها	$6047 \pm 377/0.4$	۵۲۸۸/۳۵	۶۷۶۰/۲۲
	اکسیژن مصرفی اوج	46.43 ± 1.03	۴۳/۸۲	۴۹/۰۳
	BMI	27.64 ± 0.53	۲۶/۵۷	۲۸/۷۱
	WHR	0.94 ± 0.01	۰/۹۱	۰/۹۶
	BAI	25.73 ± 0.39	۲۴/۹۳	۲۶/۵۲

جدول ۲: ضریب همبستگی بین شاخص‌های چاقی شکمی و وزن با عوامل دموگرافیک و آمادگی قلبی- تنفسی زنان و مردان

جنسیت	شاخص‌ها	میانگین گام	اکسیژن مصرفی اوج	تحصیلات	وضعیت تأهل	سن
زنان	BMI	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۵	-۰/۴۶۴	-۰/۵۱۸	-۰/۱۱۱
		معناداری	۰/۸۱۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۹۴
	WHR	ضریب همبستگی	-۰/۰۹۹	-۰/۳۶۶	-۰/۳۰۵	-۰/۲۷۸
		معناداری	۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰
	BAI	ضریب همبستگی	۰/۱۱۱	-۰/۴۷۹	-۰/۴۵۲	۰/۱۰۴
		معناداری	۰/۲۹۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مردان	BMI	ضریب همبستگی	-۰/۱۱۹	-۰/۳۱۵	-۰/۰۳۲	-۰/۱۷۷
		معناداری	۰/۴۰۱	۰/۰۲۳	۰/۸۲۲	۰/۲۰۹
	WHR	ضریب همبستگی	۰/۰۸۱	-۰/۵۳۴	-۰/۳۵۲	-۰/۰۳۲
		معناداری	۰/۵۶۹	۰/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۸۲۲
	BAI	ضریب همبستگی	-۰/۲۰۴	-۰/۲۸	-۰/۰۶۵	-۰/۲۶۷
		معناداری	۰/۱۴۷	۰/۰۴۵	۰/۶۴۶	۰/۰۶

* آزمون همبستگی Pearson

و سطح تحصیلات) و آمادگی جسمانی (میانگین گام و اکسیژن مصرفی اوج) مردان و زنان نشان داده شده است. براساس نتایج آزمون همبستگی Pearson مشخص شد که در زنان همبستگی میان BMI با اکسیژن مصرفی اوج ($r=-0/464$)، تحصیلات ($r=-0/518$) و سن ($r=0/494$) معنادار می‌باشد ($P<0/001$)؛ اما همبستگی این شاخص در مردان تنها با اکسیژن مصرفی اوج ($r=-0/315$) معنادار است ($P=0/023$). همچنین همبستگی WHR در زنان با اکسیژن مصرفی اوج ($r=-0/366$)، تحصیلات ($r=0/497$)، وضعیت تأهل ($r=0/278$) و سن ($r=0/305$) معنادار می‌باشد (مقادیر P به ترتیب $<0/001$ ، $<0/003$ ، $<0/008$ و $<0/001$)؛ اما در مردان با شاخص‌های اکسیژن مصرفی اوج ($r=-0/534$)، تحصیلات ($r=-0/352$) و سن ($r=0/479$) معنادار است (مقادیر P به ترتیب $<0/001$ ، $<0/01$ و $<0/001$). علاوه بر این، بین مقادیر BAI با اکسیژن مصرفی اوج ($r=-0/479$)، تحصیلات

($r=-0/452$) و سن ($r=0/477$) در زنان ($P<0/001$) و با اکسیژن مصرفی اوج ($r=-0/28$) در مردان همبستگی معناداری وجود دارد ($P=0/045$).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از بین ۴۵ نفر گروه سنی ۲۵-۳۴ سال، ۵۸/۱ درصد از افراد در محدوده BMI طبیعی ۲۰ تا ۲۴/۹ قرار دارند که با افزایش سن، بیشتر جمعیت به سمت BMI بالاتر از ۲۵ سوق می‌یابند. علاوه بر این، در زنان ۴۰ درصد (۳۳ نفر) و در مردان ۴۴/۲ درصد (۲۷ نفر) از افراد در محدوده BMI اضافه وزن قرار دارند. همچنین از میان افراد مجرد، ۴۵/۷ درصد در وضعیت BMI طبیعی و ۳۷/۴ درصد در وضعیت اضافه وزن هستند. در سطوح مختلف تحصیلات نیز از بین ۵۸ فرد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۶ نفر دارای اضافه وزن می‌باشند و با بالاتر رفتن سطح تحصیلات، غالب افراد در محدوده طبیعی BMI جای می‌گیرند.

جدول ۳: توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب گروه‌های مختلف شاخص توده بدنی

متغیرهای دموگرافیک و زیربخش‌های آن	کم‌وزن (درصد)	طبیعی (درصد)	اضافه‌وزن (درصد)	چاق (درصد)	کل (درصد)	مقدار معناداری
سن						
۲۵-۳۴ سال	۵ (۱۱/۶)	۲۵ (۵۸/۱)	۱۰ (۲۰/۹)	۵ (۹/۳)	۴۵ (۳۰/۳)	۰/۰۳
۳۵-۴۴ سال	۱ (۲/۲)	۸ (۲۱/۲)	۲۰ (۶۰/۶)	۶ (۱۸/۲)	۳۵ (۲۳/۲)	۰/۶۳۶
۴۵-۵۴ سال	۱ (۳/۲)	۱۲ (۲۶/۲)	۱۲ (۲۸/۶)	۱۹ (۴۲/۲)	۴۴ (۲۹/۶)	۰/۳۳۹
۵۵-۶۵ سال	۱ (۴/۲)	۸ (۲۹/۲)	۱۳ (۵۴/۲)	۴ (۱۲/۵)	۲۶ (۱۶/۹)	۰/۷۱۴
جنس						
مرد	۲ (۱/۹)	۱۸ (۲۶/۹)	۲۷ (۴۴/۲)	۱۸ (۲۶/۹)	۷۰ (۴۰)	۰/۳۵۹
زن	۳ (۵/۶)	۲۸ (۳۴/۴)	۳۳ (۴۰)	۱۵ (۲۰)	۸۰ (۶۰)	۰/۰۰۰
وضعیت تأهل						
متأهل	۶ (۴/۷)	۳۵ (۳۱/۸)	۴۱ (۳۷/۴)	۲۹ (۲۶/۲)	۱۱۱ (۷۵/۴)	۰/۰۷۴
مجرد/ مطلقه/ بیوه	۲ (۲/۹)	۱۷ (۴۵/۷)	۱۵ (۴۰)	۵ (۱۱/۴)	۳۹ (۲۴/۶)	۰/۰۰۹
سطح تحصیلات						
دیپلم و زیر دیپلم	۱ (۱/۷)	۱۳ (۲۲/۴)	۲۶ (۴۴/۸)	۱۸ (۳۱)	۵۸ (۴۰/۸)	۰/۰۸۸
کاردانی	۲ (۳/۸)	۱۳ (۵۰)	۷ (۲۶/۹)	۶ (۱۹/۲)	۲۸ (۱۸/۳)	۰/۲۳۲
کارشناسی	۲ (۴/۳)	۱۳ (۴۰/۷)	۱۱ (۳۷)	۶ (۲۰)	۳۲ (۲۱/۱)	۰/۵۷۴
کارشناسی ارشد	۱ (۲/۲)	۸ (۵۸/۳)	۴ (۳۳/۳)	۱ (۸/۳)	۱۴ (۸/۵)	۰/۵۴۱
دکتر	۴ (۱۹/۸)	۷ (۳۷/۵)	۵ (۳۱/۲)	۲ (۱۲/۵)	۱۸ (۱۱/۳)	۰/۵۲

*آزمون کای اسکوئر

جدول ۴: تغییرات سطح شاخص‌های چاقی شکمی و آمادگی قلبی- تنفسی در گروه‌های مختلف شاخص توده بدنی

شاخص	کم‌وزن	طبیعی	اضافه‌وزن	چاق	مقدار معناداری
گام‌ها	۷۰۸۵±۲/۶	۶۳۹۱±۲/۳	۵۹۳۰±۲/۵	۶۰۵۲±۵	۰/۶۲۱
اکسیژن مصرفی اوج	۳۸/۸۸±۶/۹	۳۷/۴۷±۱۱/۹	۳۵/۹۲±۱۲/۴	۳۲/۰۷±۱۲/۲	۰/۲۲۵
WHR	۰/۷۹±۰/۰۸	۰/۸۵±۰/۰۸	۰/۸۹±۰/۱۱	۰/۹۰±۰/۰۸	۰/۰۰۹
BAI	۲۳/۶±۳/۲۷	۲۶/۵±۳/۷۲	۳۰±۴/۲۸	۲۹/۴±۵/۷۴	۰/۰۰۰
N (نفر)	۸	۵۲	۵۶	۳۴	۱۵۰

*آزمون آنالیز واریانس چندطرفه

میزان معناداری در مقادیر WHR مربوط به گروه‌های کم‌وزن نسبت به چاق ($P=0/049$) و نرمال نسبت به چاق ($P=0/05$) می‌باشد. همچنین مقدار معناداری در BAI از آن گروه کم‌وزن نسبت به گروه اضافه‌وزن ($P=0/006$) و گروه چاق ($P<0/001$)؛

جدول ۴ نشان‌دهنده تغییرات عوامل خطر ساز قلبی- عروقی مرتبط با شیوه زندگی (گام‌ها، اکسیژن مصرفی اوج، WHR و BAI) در سطوح مختلف BMI است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تغییرات بین گروهی WHR و BAI معنادار است که این

گروه با BMI طبیعی نسبت به گروه اضافه وزن ($P=0/001$) و گروه چاق ($P<0/001$)؛ گروه اضافه وزن نسبت به گروه چاق ($P=0/001$) است.

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های اولیه تحقیقات سازمان جهانی بهداشت، زندگی بی تحرک یکی از ۱۰ علت عمده مرگ افراد در جهان است. اطلاعات به دست آمده از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در کشورهای مختلف بین ۶۰ تا ۸۵ درصد از افراد بالغ برای ارتقای سطح سلامتی خود تحرک کافی ندارند و از این رو دچار چاقی و اضافه وزن می‌گردند [۲۱]. در این راستا هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع چاقی شکمی، عوامل دموگرافیک و آمادگی قلبی- تنفسی مرتبط با آن در شهرستان بابلسر است. در این پژوهش در هر دو جنس ارتباط بین شاخص‌های BMI، WHR و BAI با Vo2peak و تحصیلات منفی و معنادار ($P<0/001$) بود؛ اما ارتباط آن‌ها با سن مثبت و معنادار به دست آمد ($P<0/001$). همچنین ارتباط مثبت و معناداری میان WHR با وضعیت تأهل زنان وجود داشت ($P=0/008$). شایان ذکر است که با افزایش سن و کاهش سطح تحصیلات، سطوح BMI افزایش غیرمعناداری را نشان داد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین BMI برای زنان $25/25 \pm 0/5$ و برای مردان $27/64 \pm 0/53$ است؛ به عبارت دیگر، عمده زنان و مردان در محدوده اضافه وزن قرار دارند. با توجه به میانگین WHR نیز زنان و مردان مورد مطالعه چاق بودند ($WHR \geq 0/85$) که این امر نشان‌دهنده چاقی شکمی می‌باشد.

بررسی‌های متعددی در ارتباط با چاقی در مناطق مختلف ایران صورت گرفته است. طی پژوهشی در تهران مشخص شد که ۵۲ درصد از افراد دارای BMI بالاتر از حد طبیعی هستند و

میانگین BMI در زنان بالاتر از مردان است. در سال ۱۳۸۰ نیز مجیبیان گزارش کرد که براساس ملاک BMI، ۵۱/۹ درصد و بر مبنای معیار WHR، ۵۶/۳ درصد از زنان و مردان یزد چاق هستند که نتایج این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است. براساس نتایج این مطالعات، علت افزایش شیوع چاقی در این افراد عمدتاً عدم فعالیت جسمانی کافی و حرکت زندگی افراد به سمت زندگی بی تحرک است [۲۲]. همچنین در مطالعات صورت گرفته، تأثیر معنادار حجم بالای ورزش بر شاخص‌های چاقی شکمی و عدم تأثیر ورزش با حجم کم بر شاخص‌های مذکور نشان داده شده است. شایان ذکر می‌باشد که مردان کاهش بیشتری را در نسبت دور کمر به لگن در مقایسه با زنان در اثر ورزش داشته‌اند.

با توجه به نتایج بیان شده در جدول ۲ مشاهده می‌شود که در هر دو گروه زنان و مردان بین تمامی شاخص‌های مرتبط با چاقی شکمی (BMI، WHR و BAI) با شاخص آمادگی قلبی- تنفسی (اکسیژن مصرفی اوج) ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نیز حاکی از آن است که با افزایش مقادیر BMI، سطوح آمادگی قلبی- تنفسی افراد کاهش می‌یابد. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات Chatterjee و همکاران (۲۰۰۷) و Pate و همکاران (۲۰۱۰) همسو است؛ به عبارت دیگر در تمامی گروه‌ها با افزایش چاقی، اکسیژن مصرفی اوج کاهش می‌یابد [۲۳، ۲۴]. کاهش آمادگی قلبی- تنفسی در افراد چاق ناشی از آن است که بافت چربی اضافی به عنوان یک بار بی‌خاصیت که باید دائماً توسط بدن جابه‌جا گردد، عمل می‌کند. از سوی دیگر، چاقی ممکن است سبب اختلال در کارکرد طبیعی قلب و یا تنفس شود. افزون‌براین، افراد چاق به دلیل روش زندگی کم تحرک خود ممکن است دچار کاهش آمادگی قلبی- عروقی گردند [۲۳، ۲۴]. بر مبنای نتایج بین شاخص‌های چاقی شکمی با سن زنان و مردان ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت. براساس مطالعات صورت گرفته، مشکل

دارد. از آنجایی که WHR به عنوان یکی از مهم ترین شاخص های چاقی شکمی در نظر گرفته می شود، می توان یکی از دلایل افزایش آن در زنان متأهل را بارداری دانست. در طول دوران بارداری، زنان حدود ۱۲ کیلوگرم اضافه وزن پیدا می کنند که قسمتی از آن باقی مانده و به تدریج با تکرار بارداری و زایمان، چاقی و به ویژه چاقی شکمی افزایش می یابد [۲۷، ۲۸]. علاوه بر این با توجه به جدول ۴ دریافت می شود که با کاهش میانگین گام های روزانه، سطوح BMI افزایش پیدا می کند که این ارتباط منفی بین تعداد گام ها و BMI معنادار نمی باشد.

به طور خلاصه، براساس یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که چاقی شکمی به عنوان یک عارضه مهم و درخور توجه به شدت تحت تأثیر عوامل دموگرافیک و آمادگی قلبی-تنفسی قرار دارد که با برنامه ریزی مناسب می توان از روند رو به رشد آن در جامعه جلوگیری کرد.

قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از آزمودنی های شرکت کننده در پژوهش حاضر برای همکاری سازنده در سراسر دوره مطالعه و همچنین از گروه فیزیولوژی و معاونت محترم پژوهشی دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه مازندران به دلیل فراهم سازی مقدمات لازم به منظور جمع آوری داده ها صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند. کد اخلاق این مقاله IR.UMZ. REC.396010 می باشد.

چاقی مردان و زنان را در همه نژادها و گروه های سنی تحت تأثیر قرار می دهد که می توان آن را به کاهش سطوح فعالیت بدنی با افزایش سن نسبت داد. همان طور که در جدول ۳ مشخص شده است، بیشترین تعداد زنان و مردان در پژوهش حاضر در گروه BMI اضافه وزن قرار دارند و بیشترین میزان چاقی مربوط به گروه سنی ۴۵-۵۴ سال می باشد. کمترین میزان چاقی نیز از آن گروه سنی ۲۵-۳۴ سال است. در این راستا براساس پژوهشی در آمریکا، چاقی در زنان در همه گروه های سنی شیوع یافته است که بیشترین میزان آن در سنین ۵۹-۵۰ سال مشاهده می شود و تنها ۱۰ درصد از افراد در محدوده سنی ۳۴-۱۵ سال دارای اضافه وزن هستند. آزمون همبستگی نیز ارتباط معناداری را میان چاقی و افزایش سن نشان داد [۲۵].

علاوه بر این، نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که ارتباط معناداری میان چاقی و میزان تحصیلات وجود دارد؛ به گونه ای که با افزایش سطح تحصیلات، میزان بروز چاقی و افزایش BMI کمتر شده و اکثر افراد دارای تحصیلات در مقطع دیپلم و زیر دیپلم در محدوده BMI بالاتر از ۲۵ قرار دارند. مطالعات مشابه در کشورهای آسیای جنوبی نیز این نتیجه را تأیید می کند [۲۶]. از دلایل متعدد این امر می توان به کمبود اطلاعات در ارتباط با عوارض ناشی از چاقی و در نتیجه عدم تمایل به انجام فعالیت های فیزیکی منظم در افراد با تحصیلات پایین اشاره کرد.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در زنان ارتباط منفی و معناداری بین مقادیر WHR با وضعیت تأهل آنها وجود

References

1. Eshaghi SR, Shahsanai A, Ardakani MM. Assessment of the physical activity of elderly population of Isfahan, Iran. J Isfahan Med Sch 2011; 29(147):939-46 (Persian).

2. Bashiri Moosavi F, Farmanbar R, Taghdisi M, Atrkar Roshan Z. Level of physical activity among girl high school students in Tarom county and relevant factors. *Iran J Health Educ Health Promot* 2015; 3(2):133-40 (Persian).
3. Ayabe M, Aoki J, Kumahara H, Yoshimura E, Matono S, Tobina T, et al. Minute-by-minute stepping rate of daily physical activity in normal and overweight/obese adults. *Obes Res Clin Pract* 2011; 5(2):e151-6.
4. Hojjati Z, Alipour V. Relationship between physical activity and health related anthropometric indices of university female staffs. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci* 2014; 18(2):148-55 (Persian).
5. Steven AF, Timothy BH, Hymen GL. *Body composition*. 1st ed. New York: Human Kinetic Press; 1996.
6. Brunet M, Chaput JP, Tremblay A. The association between low physical fitness and high body mass index or waist circumference is increasing with age in children: the 'Quebec en Forme' Project. *Int J Obes* 2007; 31(4):637-43.
7. Choi BC, Pak AW, Choi EC. Daily step goal of 10,000 steps: a literature review. *Clin Invest Med* 2007; 30(3):E146-51.
8. Gaba A, Pelclova J, Přidalova M, Riegerova J, Dostalova I, Engelova L. The evaluation of body composition in relation to physical activity in 56-73 year old women: a pilot study. *Acta Univ Palack Olomuc Gymn* 2009; 39(3):21-30.
9. Motefaker MS, Sadrabafghi SM, Rafiee M, Bahadorzadeh L, Namayandeh SM, Karimi M, et al. Suic epidemiology of physical activity: a population based study in Yazd citywide attempt and its relation to stressors and supportive systems: a study in Karaj city. *Tehran Univ Med J* 2007; 65(4):77-81 (Persian).
10. Zabihi A, Jafarian SR, Farokhfir M, Babaei F. Study on physical activities in Babol city. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 11(6):71-6 (Persian).
11. Santos R, Santos MP, Ribeiro JC, Mota J. Physical activity and other lifestyle behaviors in a Portuguese sample of adults: results from the Azorean Physical Activity and Health Study. *J Phys Act Health* 2009; 6(6):750-9.
12. Mandviwala T, Khalid U, Deswal A. Obesity and cardiovascular disease: a risk factor or a risk marker? *Curr Atheroscler Rep* 2016; 18(5):21.
13. da Cunha GB, de Lourdes Lima M, Teixeira CT, Souza LA, Sá CK, Guimarães A, et al. Correlation between ipaq and Vo2max among obese women. *Brazil J Med Hum Health* 2013; 1(1):34-45.
14. Sanada K, Midorikawa T, Yasuda T, Kearns CF, Abe T. Development of nonexercise prediction models of maximal oxygen uptake in healthy Japanese young men. *Eur J Appl Physiol* 2007; 99(1):143-8.
15. Orr K, Howe HS, Omran J, Smith KA, Palmateer TM, Ma AE, et al. Validity of smartphone pedometer applications. *BMC Res Notes* 2015; 8(1):733.
16. Androustos O, Grammatikaki E, Moschonis G, Roma-Giannikou E, Chrousos GP, Manios Y, et al. Neck circumference: a useful screening tool of cardiovascular risk in children. *Pediatr Obes* 2012; 7(3):187-95.
17. Paknahad Z, Saboktagin M. Studying the blood pressure in Isfahan rural residents and its relationship with BMI. *Health Syst Res* 2010; 6(3):506-13 (Persian).
18. Bergman RN, Stefanovski D, Buchanan TA, Sumner AE, Reynolds JC, Sebring NG, et al. A better index of body adiposity. *Obesity* 2011; 19(5):1083-9.
19. Kline GM, Porcari JP, Hintermeister R, Freedson PS, Ward AN, McCarron RF, et al. Estimation of VO2max from a one-mile track walk, gender, age, and body weight. *Med Sci Sports Exerc* 1987; 19(3):253-9.
20. Tudor-Locke C, Camhi SM, Leonardi C, Johnson WD, Katzmarzyk PT, Earnest CP, et al. Patterns of adult stepping cadence in the 2005–2006 NHANES. *Prev Med* 2011; 53(3):178-81.
21. Janghorbani M, Amini M, Willett WC, Gouya MM, Delavari A, Alikhani S, et al. First nationwide survey of prevalence of overweight, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults. *Obesity* 2007; 15(11):2797-808 (Persian).
22. Mojibian M, Ghilian Z. Prevalence of obesity among women in Yazd in 2000-2001. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv* 2001; 9(4):36-42 (Persian).
23. Chatterjee S, Chatterjee P, Bandyopadhyay A. Cardiorespiratory fitness of obese boys. *Indian J Physiol Pharmacol* 2005; 49(2):353-7.
24. Pate RR, Wang CY, Dowda M, Farrell SW, O'Neill JR. Cardiorespiratory fitness levels among us youth 12 to 19 years of age. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(2):1005-12.
25. Wildman RE, Mederios DM. *Advanced human nutrition*. Florida: CRC press; 1999.
26. Pomerleau J, McKeigue PM, Chaturvedi N. Factors associated with obesity in South Asian, Afro-

- Caribbean and European women. In J Obes Relat Meiab Disord 1999; 23(1):25-33.
27. Heydari B, Hajian K. The role of weight and age on osteoarthritis. J Qazvin Univ Med Sci 2004; 29(4):10-5 (Persian).
28. Sarshar N, Khajavi AJ. The prevalence of obesity in females of 15-65 years of age in Gonabad, Iran. Horizon Med Sci 2006; 12(3):38-43 (Persian).