

مقایسه کیفیت زندگی زنان چاق با زنان دارای وزن طبیعی

مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک-دانشگاه علوم پزشکی قزوین

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۲۹- تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۵

خلاصه

مقدمه

چاقی یک مشکل شایع سلامتی عمومی است که به یکی از نگرانی‌های عمده سلامتی جهانی تبدیل شده است، مطالعات زیادی ارتباط بین چاقی را با احتمال خطر بیماری‌های متعدد چون دیابت و ... مطرح کرده اند. افراد چاق اختلالاتی را در کیفیت زندگی خود نیز تجربه می‌کنند. این مطالعه به منظور مقایسه کیفیت زندگی زنان چاق و دارای وزن طبیعی در قزوین انجام شد.

روش کار

این مطالعه مورد-شاهدی، در سال ۱۳۸۹ در دانشگاه علوم پزشکی قزوین بر ۱۱۵ زن چاق ($BMI \geq 30$) به عنوان گروه مورد و ۱۱۴ زن با وزن طبیعی ($BMI > 20$) به عنوان گروه شاهد که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند انجام شد. برای تعیین کیفیت زندگی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 و برای تعیین چاقی از BMI استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و فاصله اطمینان ۹۵٪ تحلیل شد.

نتایج

نتایج نشان داد، زنان چاق در مقایسه با زنان با وزن طبیعی در شش بعد از هشت بعد کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی ($p < 0/001$))، محدودیت نقش کاری ($p = 0/01$) درد جسمانی ($0/05$) سلامت عمومی ($p = 0/012$) نشاط ($p = 0/014$) عملکرد اجتماعی ($p = 0/045$) به طور معنی داری دچار اختلال کیفیت زندگی بودند.

نتیجه گیری

افراد چاق معمولاً سطوح پایین سلامتی جسمی و روانی، بخصوص سطوح پایین احساس خوب بودن جسمی و اجتماعی را تجربه می‌کنند.

کلمات کلیدی: چاقی، زنان، کیفیت زندگی، وزن طبیعی

۱ اعظم قربانی
۲ امیر ضیایی*
۳ طاهره صادقی
۴ سعید آصف زاده

۱- مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲- دانشیار بیماری‌های غدد و متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳- دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- استاد بیماری‌های غدد و متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

* قزوین- بیمارستان بوعلی سینا، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، قزوین، ایران
تلفن: ۰۸۴-۳۳۶۰۰۸۴-۲۸۱-۹۸
email: aziaee1963@yahoo.com

مقدمه

چاقی یک مشکل شایع سلامتی عمومی است که روند روبه افزایش آن، به یکی از نگرانی‌های عمده سلامتی جهانی تبدیل شده است، سازمان بهداشت جهانی (WHO) برآورد می‌کند که تا سال ۲۰۱۵ بیش از ۷۰۰ میلیون چاق در دنیا وجود خواهد داشت (۲،۱). چاقی و افزایش وزن به عنوان پنجمین عامل مرگ در جهان مطرح می‌باشد و منابع پزشکی تاکید می‌کنند که چاقی و افزایش وزن در بزرگسالی یک عامل خطر عمده برای بسیاری از بیماری‌ها مانند دیابت نوع دو، بیماری‌های عروق کرونر قلب، هیپرتانسیون، سنگ کیسه صفرا، آپنه خواب، استئوآرتریت، هایپراورمی و برخی از سرطان‌ها و حتی افسردگی محسوب می‌گردد (۴،۳،۱).

چاقی می‌تواند اثرات نامطلوبی بر توانمندی افراد برای تجربه یک زندگی فعال و پویا داشته باشد، با توجه به مستندات موجود می‌توان این نکته را در نظر گرفت که مشکلات ناشی از چاقی بسیار پیچیده بوده و فقط به علت و یا بدتر شدن مشکلات جسمی محدود نمی‌شود چرا که چاقی و مشکلات طبی ناشی از آن می‌تواند بر توانمندی عملکردی افراد برای داشتن یک زندگی فعال و موثر تاثیر داشته باشد، در دهه اخیر ناتوانی‌های مربوط به چاقی افزایش یافته و چاقی یک عامل خطر ناتوانی در زندگی افراد تبدیل شده است (۳). افراد چاق توانایی زندگی کاملاً فعال را نداشته چرا که چاقی بر عملکرد جسمی و روانی - اجتماعی آنها تاثیر منفی می‌گذارد (۶،۵).

چاقی به عنوان یک عامل مستقل و تاثیر گذار بر کیفیت زندگی نیز مطرح شده است (۸،۷). کیفیت زندگی عبارتی است که به کرات آنرا دیده و یا می‌شنویم (۹).

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف کرده است، پس این مفهوم کاملاً "فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (۱۰).

کیفیت زندگی ترکیبی از شرایط عینی و ذهنی را در بر می‌گیرد، جنبه ذهنی آن به احساس رضایت به طور عام اشاره دارد و

جنبه عینی آن به پاسخگویی به تقاضای فرهنگی و اجتماعی برای ثروت مادی، پایگاه اجتماعی و بهزیستی جسمانی برمی‌گردد (۹). به طور کلی کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است که مربوط به تمام جنبه‌های زندگی بشر است و زمانی که از این مفهوم در مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌شود نشانه تمرکز بر اثرات بیماری و درمان است (۱۱).

چاقی موجب اختلال کیفیت زندگی در ابعاد روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی افراد و کاهش کیفیت زندگی و افزایش محدودیت عملکردی مبتلایان می‌گردد (۱۲،۶). اثرات چاقی بر کیفیت زندگی بسیار گسترده است، بررسی‌های مختلف ارتباط بین افزایش BMI و اختلال کیفیت زندگی را نشان داده و تاکید کرده اند چاقی می‌تواند موجب اختلال در ابعاد مختلف زندگی مانند عملکرد جسمی، دیسترس عمومی، عملکرد جنسی، اعتماد به نفس و کار گردد (۱۴،۱۳). مطالعات بیشتر نشان داده اند که سلامتی جسمی و احساس خوب بودن به طور کاملاً مشخص با افزایش میزان وزن و چاقی بدتر می‌شود، ضمن اینکه در نمونه‌های چاقی که مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن نیستند نیز احساس خوب بودن جسمی (physical well-being) نیز افت می‌کند (۱۵).

نتایج برخی از مطالعات نیز نشان می‌دهد که ارتباط بین چاقی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان نسبت به مردان قوی‌تر است و زنان چاق در مقایسه با مردان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و به طور معنی‌داری از نشاط و سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردارند (۱۷،۱۶).

با توجه به نقش سلامت جسمی و روانی زنان در سلامت خانواده و جامعه و با توجه به اینکه اطلاعات کافی در این موارد در جامعه زنان ایرانی در دسترس نمی‌باشد این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و چاقی در زنان شهر قزوین انجام شد تا با ارزیابی کیفیت زندگی و شناخت ابعاد مختلف آن در کیفیت زندگی زنان چاق که متأسفانه بخش عمده‌ای از مادران این سرزمین را تشکیل می‌دهند، جهت ارتقاء سلامت جسمی و روانی آنان اقدام نمود.

روش کار

این مطالعه مورد-شاهدی در سال ۱۳۸۹ با روش نمونه گیری تصادفی در قزوین انجام شد. از بین زنانی که جهت دریافت خدمات بهداشتی به درمانگاه مینودر در قزوین مراجعه کرده بودند، ۱۱۵ زن چاق به عنوان گروه مورد و ۱۱۴ زن با وزن طبیعی در مدت ۶ ماه با در نظر گرفتن سن، وضعیت تاهل، شغل و تحصیلات به عنوان گروه شاهد همسان سازی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه در گروه مورد $BMI \geq 30$ ، سن بالای ۲۰ سال، دور کمر بیشتر از ۸۸ سانتی متر و عدم وجود بیماریهای مشخص زمینه ای بود. معیارهای خروج از مطالعه بارداری و مواجهه با بحران روحی روانی خاص (فوت نزدیکان، بیماریهای حاد و...) به گفته خود افراد در زمان انجام پرسشگری بود. زنان پس از مراجعه به مرکز مورد نظر و گرفتن اطلاعاتی در خصوص مطالعه، در صورت تمایل و اعلام آمادگی جهت حضور در مطالعه فرم رضایت نامه را امضاء و به روش خود ایفائی پرسشنامه را تکمیل کردند. پرسش نامه شامل دو قسمت ۱- مشخصات فردی، اجتماعی و شاخص های آنتروپومتریک، ۲- پرسشنامه SF-36 بود.

اندازه گیری قد نمونه های مطالعه با استفاده از قد سنج در وضعیت ایستاده در کنار دیوار و بدون کفش در حالی که کتف ها در وضعیت طبیعی قرار داشتند با دقت ۱ سانتی متر و وزن نمونه ها با حداقل پوشش و بدون کفش با استفاده از ترازوی دیجیتال با دقت ۱۰۰ گرم که روزانه توسط پژوهشگر کالیبره می گردید است، اندازه گیری شد.

نمایه توده بدنی (BMI) از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر مربع محاسبه شد دور کمر در باریک ترین ناحیه آن در انتهای باز دم به وسیله یک متر نواری غیر قابل ارتجاع به وسیله تحمیل هرگونه فشاری به بدن فرد با دقت انجام شد. نمایه توده بدنی مساوی و بیشتر از 30 Kg/m^2 ($BMI \geq 30$) به عنوان چاق و نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا $25 \leq BMI < 25$ به عنوان وزن طبیعی در نظر گرفته شد. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 استاندارد مورد بررسی قرار گرفت این پرسشنامه حاوی ۳۶ پرسش است که هشت بعد را اندازه گیری می کند این ابعاد عبارتند از: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، درد جسمانی،

محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی، در مجموع به هر یک از ابعاد هشت گانه سلامت، نمرات صفر تا صد تعلق می گیرد. نمرات بالاتر وضعیت سلامت بهتر را نشان می دهند. این پرسشنامه یکی از ابزارهای عمومی است که جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط باسلامتی طراحی شده است و پایایی و روایی گونه ایرانی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸). داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی همسانی گروه از آزمون کای دو استفاده شد جهت بررسی تفاوت دو گروه از نظر ابعاد ۸ گانه S F-36 از آزمون تی مستقل و بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت وضعیت وزن در دو گروه از آزمون آنوا استفاده شد

نتایج

گروه شاهد و مورد از نظر سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و شغل اختلاف معنی دار نداشتند (جدول ۱). بیشتر (۸۱٪) افراد مورد مطالعه در گروه شاهد و مورد در رده سنی ۳۰-۴۹ سال قرار داشتند، بیشتر زنان (۳۶٪) مورد بررسی از نظر تحصیلات دارای تحصیلات متوسطه بودند و از نظر شغلی (۹۰٪) زنان مورد مطالعه خانه دار بودند. میانگین سنی زنان در دو گروه $8/3 \pm$ ۴۲/۴۳ سال بود. مقایسه میانگین امتیازات ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی در دو گروه زنان چاق و با وزن طبیعی نشان می دهد که میانگین ها در هر ۸ بعد کیفیت زندگی، در گروه زنان با وزن طبیعی بالاتر از گروه زنان چاق بود که بیانگر کیفیت زندگی بهتر زنان با وزن طبیعی نسبت به گروه زنان چاق می باشد. آزمون آماری آنوا از بین ۸ بعد کیفیت زندگی در دو گروه مورد و شاهد از نظر BMI در ۶ بعد اختلاف معنی دار را نشان داد و می توان اینگونه نتیجه گیری کرد که زنان چاق ($BMI \geq 30$) به طور معنی دار نسبت به زنان با وزن طبیعی در ۶ بعد از ۸ بعد، از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار دارند و کاهش کیفیت زندگی بخصوص در ابعاد جسمانی با چاقی مرتبط است عملکرد جسمانی ($p < 0/001$)، محدودیت نقش کاری ($p = 0/01$) درد جسمانی ($P = 0/005$) سلامت عمومی ($p = 0/012$) نشاط و شادابی ($P = 0/014$) عملکرد اجتماعی ($p = 0/045$) (جدول ۲).

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک گروه شاهد و مورد

P	BMI≥30		20 BMI<25		Groups Demographic
	Percent	Frequency	Percent	Frequency	
P=۰/۱۱	۳۳/۳	۶	۶۶/۷	۱۲	۲۰-۲۹
	۴۲/۷	۴۱	۵۷/۳	۵۵	۳۰-۳۹
	۵۷/۶	۴۹	۴۲/۴	۳۶	۴۰-۴۹ سن
	۶۱/۹	۱۳	۳۸/۱	۸	۵۰-۵۹
	۳۳/۳	۱	۶۶/۷	۲	۶۰<
P=۰/۴۷	۳۰	۳	۷۰	۷	مجرد تاهل
	۵۱/۵	۱۰۶	۴۸/۵	۱۰۰	متاهل
	۶۶/۷	۲	۳۳/۳	۱	مطلقه
	۴۰	۴	۶۰	۶	همسر مرده
P=۰/۸	۷۷/۸	۷	۲۲/۲	۲	بی سواد تحصیلات
	۵۰/۵	۹۸	۴۹/۵	۹۶	زیر دیپلم
	۳۴/۸	۸	۶۵/۲	۱۵	بالای دیپلم
P=۰/۱۵	۵۰	۴	۵۰	۴	کارمند شغل
	۲۰	۱	۸۰	۴	بیکار
	۵۱/۵	۱۰۶	۴۸/۵	۱۰۰	خانه دار
	۵۰	۱	۵۰	۱	بازنشسته
	۱۰۰	۱	۰	۰	سایر

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس های کیفیت

زندگی در گروه مورد و شاهد

حیطه	20≤BMI≤25	BMI≥30
سطح معنی دار	mean±SD	mean±SD
	۸۳/۳۷ ± ۱۶/۲۰	۶۹/۶ ± ۲۲/۵۱
عملکرد جسمانی	۶۹/۵۱ ± ۳۳/۰۵	۵۷/۶۰ ± ۳۶/۴۵
محدودیت نقش کاری	۶۱/۴۹ ± ۲۰/۱۴	۵۶ ± ۲۲/۱۵
درد جسمانی	۶۲/۲۲ ± ۱۶/۷۰	۵۶/۵۳ ± ۱۷/۴۸
سلامتی عمومی	۵۹/۸۶ ± ۱۶/۲۷	۵۴/۴۷ ± ۱۶/۶۱
نشاط و شادابی	۷۵ ± ۱۹/۳۲	۶۸/۱۳ ± ۲۴/۳۵
عملکرد اجتماعی	۶۰/۸۱ ± ۴۱/۸۹	۵۸/۲۶ ± ۳۷/۶۸
مشکلات عاطفی	۶۶/۵۲ ± ۱۷/۹۲	۶۱/۸۰ ± ۱۶/۴۹
سلامت روان	۶۹/۱۵ ± ۱۶/۳۴	۵۹/۹۳ ± ۱۸/۴۷
مجموع ابعاد فیزیکی	۶۵/۵۵ ± ۱۸/۲۰	۶۰/۹۱ ± ۱۸/۹۸
مجموع ابعاد روانی	mean±SD	mean±SD

در نتایج کلی بین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و تحصیلات با $F=۳/۵$ و $P=۰/۰۳۲$ تفاوت معنی داری را نشان داد. بدین معنی که زنانی که از سطح تحصیلات کمتری برخوردارند در ابعاد فیزیکی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند، اما بین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد روانی با سطح تحصیلات ارتباط وجود نداشت. در گروه مورد بین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و ابعاد روانی و تحصیلات ارتباط

وجود نداشت. در گروه زنان چاق بین سن و نمرات کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و ابعاد روانی ارتباط معنی دار وجود داشت (به ترتیب $p<۰/۰۰۱$, $df=۱۰۹$, $t=-۹/۷۸$, $t=-۱۰/۷۶$, $df=۱۰۹$, $p<۰/۰۰۱$).

بحث

چاقی را می توان یک بیماری مزمن در نظر گرفت که موجب ناتوانی شده و بر فعالیت های زندگی روزمره، فردی و کیفیت زندگی افراد مبتلا تاثیر می گذارد (۱۹، ۱۸). نتایج مطالعه حاضر نشان داد، کلیه ابعاد کیفیت زندگی زنان چاق در مقایسه با زنان با وزن طبیعی پایین تر و کمتر بود، مطالعات متعدد نیز به صورت واضح این مورد را تایید کردند (۲۱، ۲۰، ۷). مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی زنان چاق در ۷ بعد با کیفیت زندگی زنان با وزن طبیعی تفاوت معنی دار دارد که این تفاوت ها در ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت نقش کاری، درد جسمانی، سلامتی عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روان بود، واسل جویک^۱ نیز در مطالعه خود که در آن جمعیت شهری بلغراد را

^۱Vasiljevic

خود تاکید می کنند که در گروههایی از زنان که از وضعیت تحصیلی بهتری برخوردار بودند این تفاوت معنی دار نیست (۳۰). در مطالعه حاضر بین BMI و کیفیت زندگی در برخی از ابعاد روانی ارتباط معنی دار نشان داده شد، به طوری که در ۳ بعد از ۴ بعد روانی کیفیت زندگی در بین دو گروه ارتباط معنی دار وجود دارد، در بسیاری از مطالعات نیز ارتباط ضعیفی بین ابعاد روانی کیفیت زندگی و BMI در افراد چاق و غیر چاق گزارش شده است (۳۱،۲۸،۲۰). با در نظر گرفتن این ارتباط و با توجه به اهمیت نقش زنان در خانواده این موضوع بخصوص در جمعیت زنان باید مورد توجه قرار گیرد، چرا که خطرات مشکلات روانی در افراد چاق نسبت به جمعیت با وزن طبیعی بیشتر است و افزایش وزن با افزایش احتمال خطر افسردگی و افکار خودکشی بیشتر خواهد بود (۳۲،۲۸،۲۰). لازم به یادآوری است در مطالعات متعددی نیز مدارک و شواهد واضحی دال بر وجود ارتباط بین چاقی و بعد روانی کیفیت زندگی وجود نداشته و یا ضعیف است در حالی که در بسیاری از آنها بین چاقی و کیفیت زندگی در ابعاد جسمی این ارتباط تاکید شده است (۳۴،۳۳،۶).

بنابراین با توجه به روند رو به رشد چاقی در دنیا و تغییر الگوی بیماری ها به سوی بیماری های مزمن و غیر واگیر با توجه به گزارش ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی که شیوع چاقی (BMI مساوی با ۳۰ و بالاتر) را در زنان سراسر دنیا رو به افزایش گزارش می دهد و در نظر گرفتن این موضوع که چاقی می تواند بر سلامت زنان (بخصوص زنان سنین باروری تاثیر منفی داشته باشد انتظار می رود، علاوه برافزایش بروز مشکلات جسمی چون ناباروری، انواع بیماری های غیرواگیر، سرطان و ... شاهد کاهش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در جمعیت زنان باشیم (۳۶،۳۵). لذا نیاز به استفاده از روش استاندارد جهت مطالعه چاقی در جوامع و تولید برنامه هایی عملی با اهداف بهداشتی با در نظر داشتن و برحسب مشخصات اجتماعی و دموگرافیک هر منطقه لازم است و باید تلاش های هماهنگ در جهت معکوس کردن روند چاقی در گروه زنان انجام گیرد و تیم های سلامتی زنان در سطح کشوری و جهانی با تامین و ارائه برنامه های هماهنگ در جهت ارتقاء سلامت زنان فعالیت نمایند (۳۷،۳۶).

سنجیده بود گزارش نمود که افراد چاق و دارای افزایش وزن در ۷ بعد از ابعاد کیفیت زندگی در مقایسه با افراد با وزن طبیعی نیز تفاوت معنی دار داشتند، درحالی که ساراک^۱ و همکاران در مطالعه خود که در ترکیه انجام شده این تفاوت را در ۶ بعد از ۸ بعد کیفیت زندگی گزارش کردند (۲۱،۲۰).

در صورتی که در نظر داشته باشیم که چاقی بر سلامت جسمی تاثیر گذاشته و توانایی انجام فعالیت های روزمره (ADL) را محدود می کند (۲۲). در مطالعات متعددی نشان داده شده که افزایش BMI، بخصوص با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی همراه است (۲۳،۲۱،۲۰). علاوه بر این مطالعات متعدد ارتباط بین افزایش BMI و افزایش شکایات و مشکلات جسمی و از کار افتادگی را گزارش کرده اند (۲۴-۲۶). به علاوه با افزایش شدت چاقی سلامتی عمومی کمتر و تعداد مشکلات جسمی افزایش می یابد (۲۸،۲۷). می توان انتظار داشت زنان چاق در مطالعه حاضر مشکلات بیشتری را تجربه کنند که تفاوت امتیازات درد جسمانی و محدودیت نقش کاری در زنان چاق با زنان با وزن طبیعی موید این مسئله است در تایید ارتباط افزایش BMI و کاهش عملکرد جسمانی در گروه زنان، وین-لینگ تاسائو^۲ نیز به دنبال بررسی خود ارتباط معنی دار ($p < 0.05$) را بین BMI و عملکرد جسمانی، درد جسمانی و محدودیت نقش جسمانی را در گروه زنان تایید کرد (۷). سونگ^۳ و همکاران نیز در مطالعه خود که تفاوت سن و جنس را در تاثیر افزایش وزن بر کیفیت زندگی بالغین کره ای مورد بررسی قرار دادند به این نتیجه رسیدند که زنان چاق کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان دارند (۲۹).

نتایج مطالعه حاضر بین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی و تحصیلات تفاوت معنی دار را نشان داد و زنان چاق با سطح تحصیلات کمتر از کیفیت زندگی پایین تری در ابعاد جسمانی برخوردار بودند، که یافته فوق با نتایج مطالعه انجام شده در زنان اسپانیایی نیز همخوانی دارد ضمن اینکه پژوهشگران در مطالعه

¹Saraç²Wen-Ling Tsai³Song

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی در مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک قزوین و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شده است، بدینوسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و اعضای محترم مرکز تحقیقات که در جمع‌آوری اطلاعات و انجام طرح همکاری نمودند سپاسگزاری می‌گردد، همچنین از آقای دکتر منتظری و همکاران در جهاد دانشگاهی تهران که فرم پرسش‌نامه را در اختیار پژوهش‌گران قرار داده و تجزیه و تحلیل اولیه آن را انجام دادند سپاسگزاری می‌گردد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر نمونه بزرگ زنان مورد مطالعه، اندازه‌گیری مستقیم اندازه‌های آنتروپومتریک توسط پژوهشگر و استفاده از ابزار مناسب، جمعیت ایرانی جهت کنترل کیفیت زندگی زنان بود (۳۸،۱۸،۷). در نظر نگرفتن درجات مختلف چاقی و نداشتن اطلاعات دقیق در خصوص مشکلات جسمی تشخیص داده نشده و مسائل اقتصادی و اجتماعی حاکم بر زندگی زنان مورد بررسی می‌تواند بر نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد و از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌گردد.

References:

1. World Health Organization .Fact sheet: Obesity and Overweight. Available Online: [http://www.who.int/mediacentre/facts/fs311/en/up dated march 2011](http://www.who.int/mediacentre/facts/fs311/en/up%20dated%20march%202011)(accessed on 19 June 2011).
2. Chan Ruth S.M, woo Jean; Prevention of overweight and obesity: How Effective is the current public health approach .Int. J. Environ .Research Public Health 2010, 7:765-783.
- 3.Guh DP, Zhang W , Bans back N, Amarsi Z, Birmingham C I ,Anis AH; The incidence of Co-morbidities related to obesity and over weight: A Systemic review and meta-analysis; BMC Public Health;2009;9:88.
4. Pi-Sunyer X; The Medical Risks of Obesity; Post grad Med. 2009 November; 121(6): 21-33. Available in PMC 2010 November 1.
5. Fontaine KR, Bartlett SJ. Estimating health-related quality of life in obese individuals. Dis Manage Health Outcomes 1998; 3:61-70.
6. Wen-Ling Tsai, Chun-Yuh Yang , Sheng-Fung Lin and Fu-Min Fang, Impact of Obesity on Medical Problems and Quality of Life in Taiwan; American Journal of Epidemiology; 2004;160(6):557-565.
7. Philips David, Quality of life "concept, policy and practice; London, Published by Rutledge; 2006:5.
8. World Health Organization. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Berlin: Spinger -Verlag; 1994.
9. Guyatt GH , Estwing Ferrans C, Halyard M ,Revicki D A , Symonds T , Varriccho C G and etal Exploration of the value of Health-Related quality of life information from clinical Research and into clinical practice; Mayo Clinic proceeding ;October 2007,28(10):1229-1239.
10. Lamai K , Gregg EW , Chen YJ , Zhang P , Rekeneire N , Willamson DF ;The association of BMI with function status and self- lite health in US adults; Obesity;2008;16:402-408.
11. Crosby RD, Williams GR; health related quality of life varies among obese subgroups; Obesity Research; 2002; 10:748-756.
12. Doll HA, Peterson SEK, Stewart -Brown SL; Obesity and Physical and emotional well-being association between body mass index, chronic illness and physical and mental components of the SF-36 questionnaire; Obesity Research; 2000; 8:160-17.
13. Women are more likely than men to suffer health problems and worse quality of life due to obesity. AHRQ Research Activities [serial on the Internet]. (2007), [cited August 10, 2011]; (317): 14. Available from: CINAHL with Full Text.

14. García-Mendizábal M J, Miguel Carrasco J, Pérez- Gómez B, Aragonés N , Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, López-Abente G, and Pollán M; Role of educational level in the relationship between Body Mass Index (BMI) and health- related quality of life (HRQL) among rural Spanish women; *BMC Public Health* 2009, 9:120:1-10
15. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B; the short form health survey (SF-36): Translation and Validation study of the Iranian Version, *Quality of Life Research* ;2005;14:875-882.
16. Sirtori A, Brunani A, Liuzzi A Pasqualinotto L , Villa V, Leonardi M and Raggi A; Quality of life, disability, and body mass index are related in obese patients; *International Journal of Rehabilitation Research* 2011, Vol 00 No 00 (Brief research report).
17. Saraç F, Parýldar S, Duman E, Saygýlý F, Tüzün M, Yýlmaz C. Quality of life for obese women and men in Turkey. *Preventing Chronic Disease* [serial online] 2007 Jul [date cited]. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06_0108.htm.
18. Vasiljevic N, Ralevic S, Marinkovic J , Kocev N, Maksimovic M, Milosevic G S and Tomic J ; The assessment of health-related quality of life in relation to the body mass index value in the urban population of Belgrade; *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:106: available from: <http://www.hqlo.com/content/6/1/106>
19. Alley DE, Chang VW The changing relationship of obesity and disability, 1988–2004. *JAMA* 2007; Nov 7; 298(17):2020–2027.
20. Ucan O and Ovayolu N; Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey;2010; *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2511–2519
21. Richards MM, Adams TD, Hunt SC. Functional status and emotional well-being, dietary intake, and physical activity of severely obese subjects. *J Am Diet Assoc.* 2000; 100(1):67–75.
22. De Zwaan M, Petersen I, Kaerber M, Burgmer R, Nolting B, Legenbauer T, Benecke A, and Herpertz S; Obesity and Quality of Life: A Controlled Study of Normal-Weight and Obese Individuals; *Psychosomatics (Academy of Psychosomatic Medicine)*; September–October 2009; 50:474-482.
23. Song H.R, Park H.S, Yun K.E, Cho S.H, Choi E.Y, Lee S.Y, Kim J.H, Sung H.N, Kim J.H, Choi S.I, Yoon Y.S, Lee E.S, Han J.H, Shin C.I, Chang H.M, Bae S.C; Gender and age differences in the impact of overweight on obesity-related quality of life among Korean adults; *Obesity Research & Clinical Practice* ;2010; 4, e15—e23.
24. García-Mendizábal M J, Miguel Carrasco J, Pérez- Gómez B, Aragonés N , Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, López-Abente G, and Pollán M; Role of educational level in the relationship between Body Mass Index (BMI) and health- related quality of life (HRQL) among rural Spanish women; *BMC Public Health* 2009, 9:120:1-10
25. Doll HA, Petersen SEK, Stewart-Brown SL: Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 Questionnaire. *Obesity Res* 2000; 8:160–170.
26. Llana P , Ĩnarrea J, Gonzalez C , Alonso A, Arnott I, Ferrer-Barriendos J; Differences in health related quality of life in a sample of Spanish menopausal women with and without obesity; *The European Menopause Journal (Maturitas)* 58);2007:357-394.
27. Chescheir N C; Global Obesity and the Effect on Women's Health ; *American College of Obstetricians and Gynecologists*; May 2011; 117(5):1213-1222.
28. Musaiger A O; Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes ; *Journal of Obesity*; 2011 ; Article ID 407237, 17 pages.
29. World Health Organization. Global database on body mass; index. Available at: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> ; Retrieved November 2010.
30. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, Joseph L, Brown JP, Murray TM, Adachi JD, Hanley DA, Papadimitropoulos E; The Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group: Canadian normative data for the SF-36 health survey. *Canadian Medical Association Journal*; 2000, 163(3):265-271.