

بسمه تعالی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گزارش مبتنی بر شواهد در خصوص رصد وضعیت چاقی و اضافه وزن در کشور

تهیه شده در گروه علوم بالینی فرهنگستان

تدوین کنندگان:

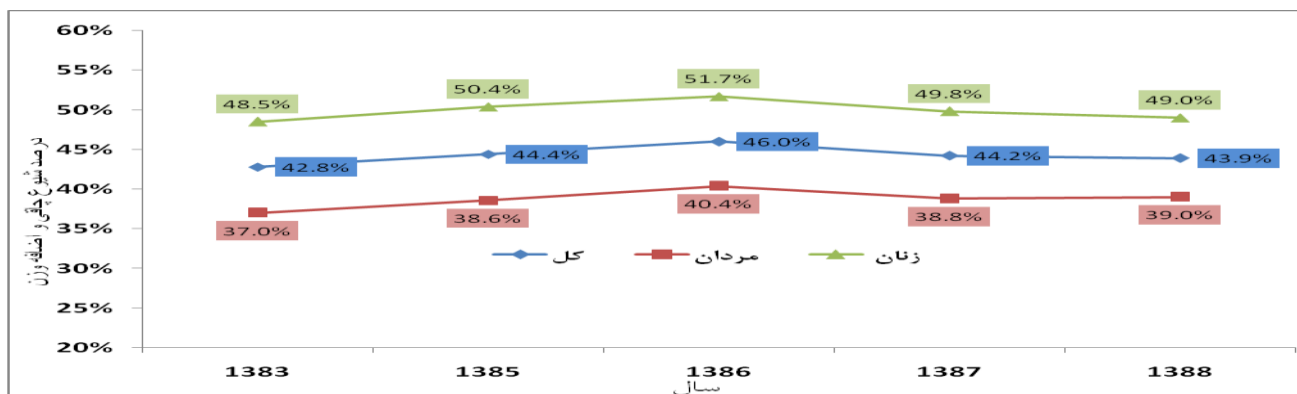
دکتر فریدون عزیزی، دکتر امیرعباس مومنان و همکاران

پاییز ۱۳۹۲

۱- وضعیت موجود شیوع چاقی در ایران و روند تغییرات آن

برای تعیین و تحلیل وضعیت موجود شیوع چاقی و اضافه وزن در ایران از اطلاعات برنامه ملی پایش وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام میشود استفاده شد. هدف کلی این برنامه تعیین اطلاعات پایه از وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور می باشد که از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۸ اجرا شده است. اولین گزارش این برنامه (سال ۱۳۸۳)، شیوع چاقی و اضافه وزن را در کشور ۴۲/۸٪ برآورد نمود (۴۸/۵٪ در زنان و ۳۷/۰٪ در مردان). در گزارشات سالهای ۸۵، ۸۶، ۸۷ و ۸۸ نیز شیوع چاقی و اضافه وزن در کشور به ترتیب ۴۴/۴، ۴۶/۰، ۴۴/۲ و ۴۳/۹٪ برآورد شده است.

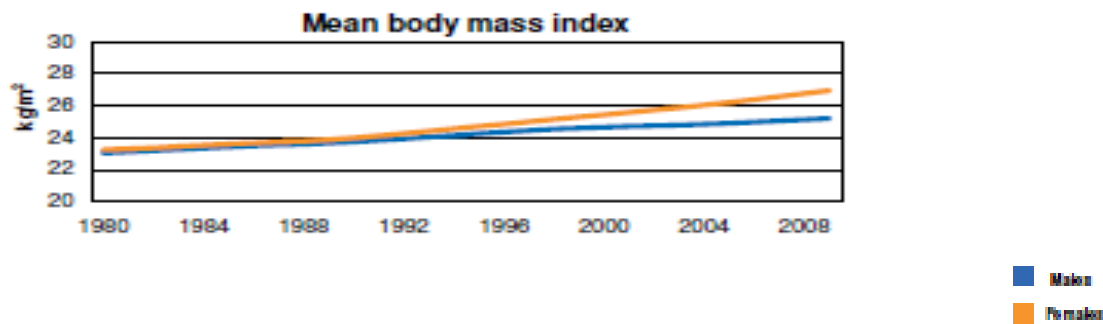
نمودار ۱: روند تغییرات شیوع چاقی و اضافه وزن در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی از ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۸. (برنامه ملی ۵ ساله پایش وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر)



سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارش رسمی خود با عنوان **Global status report on noncommunicable disease 2010** شیوع چاقی را در جمعیت بالای ۲۰ سال ایران در سال ۲۰۰۸، شیوع اضافه وزن و چاقی را در ایران به ترتیب ۵۱/۴٪ (۵۶/۸٪ در زنان و ۴۶/۰٪ در مردان) و ۱۹/۴٪ (۲۶/۵٪ در زنان و ۱۲/۴٪ در مردان) گزارش نموده است.

این گزارش روند تغییرات شاخص توده بدنی در این جمعیت را از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۸، به طور افزایشی گزارش داده است. به نحوی که متوسط آن در این جمعیت در سال ۱۹۸۰ از حدود ۲۳ kg/m² (در هر دو جمعیت مردان و زنان) در سال ۲۰۰۸ به نزدیک به ۲۷ kg/m² در مردان و ۲۸/۵ kg/m² در زنان افزایش یافته است.

نمودار ۲: روند تغییرات شاخص توده بدنی در جمعیت بالای ۲۰ سال ایرانی بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۰ تا ۲۰۰۸)



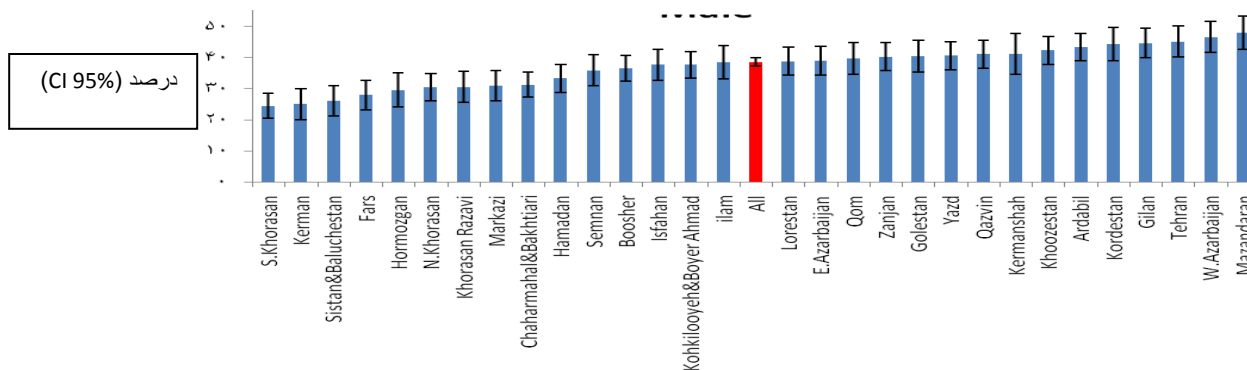
۲- شیوع چاقی و اضافه وزن به تفکیک استان ها

در خصوص شیوع چاقی به تفکیک استان ها اطلاعات دو بررسی ملی سالهای ۸۶ و ۸۷ در دسترس بود که در هر دو مورد در جمعیت مردان بیشترین شیوع چاقی در استانهای مازندران، قم، تهران، اردبیل و کمترین آن در استانهای سیستان و بلوچستان، کرمان و خراسان جنوبی گزارش شده بود.

در جمعیت زنان نیز مازندران و آذربایجان شرقی در هر دو مطالعه تقریباً بالاترین شیوع و سیستان و بلوچستان، کرمان و خراسان جنوبی کمترین شیوع چاقی و اضافه وزن را داشته اند.

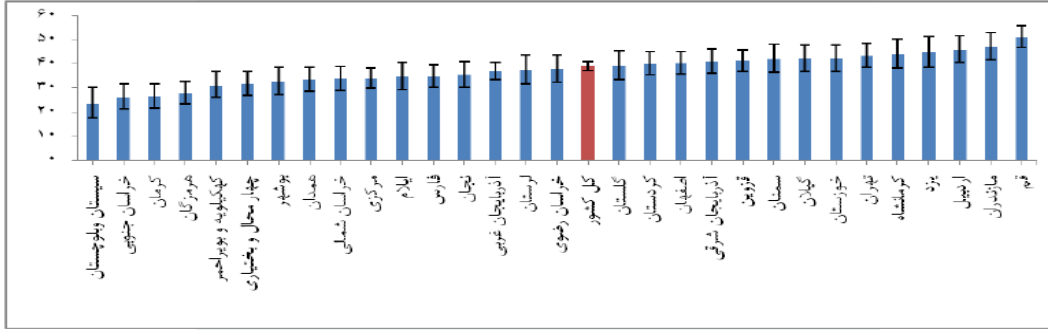
نمودار ۳: شیوع چاقی و اضافه وزن در مردان و زنان به تفکیک استان ها (برنامه ملی پایش وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران)

مردان سال ۱۳۸۶:

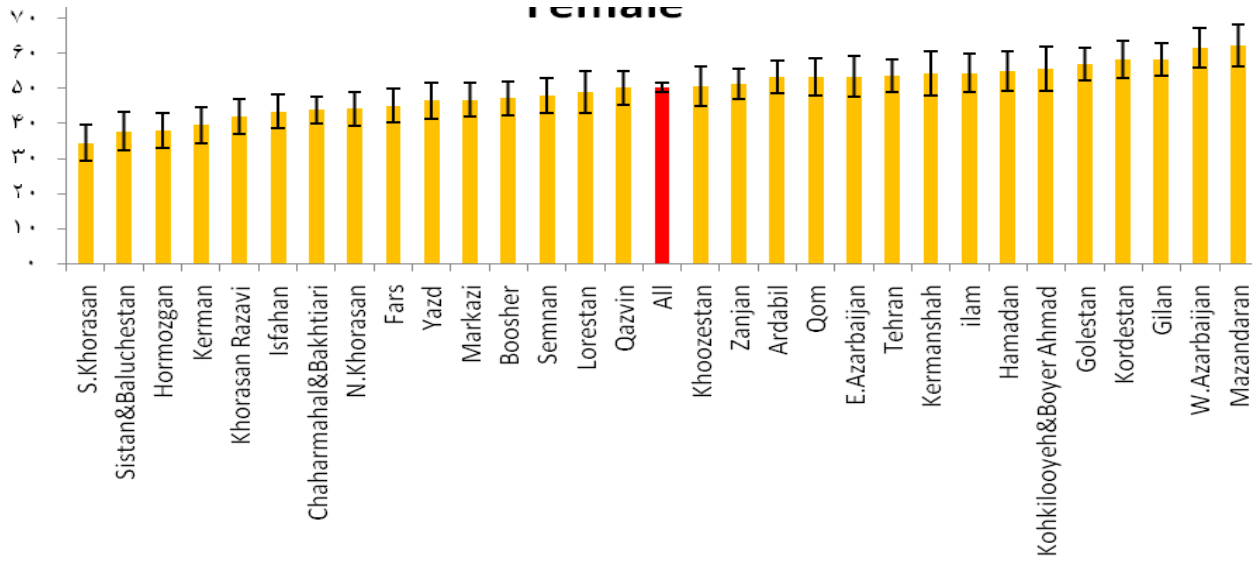


مردان سال ۱۳۸۷:

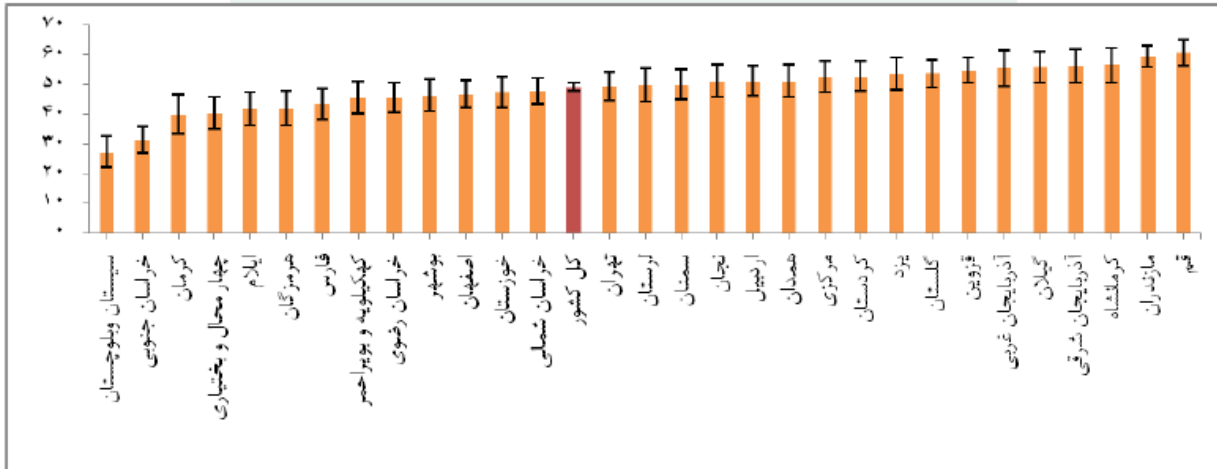
درصد (CI 95%)



زنان سال ۱۳۸۶:



زنان سال ۱۳۸۷:



۳ - مقایسه شیوع چاقی در ایران و مقایسه آن با وضعیت شیوع در دنیا و کشورهای منطقه :

سازمان بهداشت جهانی در گزارش رسمی خود شیوع اضافه وزن را در جمعیت بالای ۲۰ سال جهان در سال ۲۰۰۸، حدود ۳۵٪ (۳۴٪ در مردان و ۳۵٪ در زنان) گزارش نموده است . همین گزارش شیوع چاقی را در جمعیت بالای ۲۰ سال جهان ۱۲٪ (۱۰٪ در مردان و ۱۴٪ در زنان) برآورد کرده است.

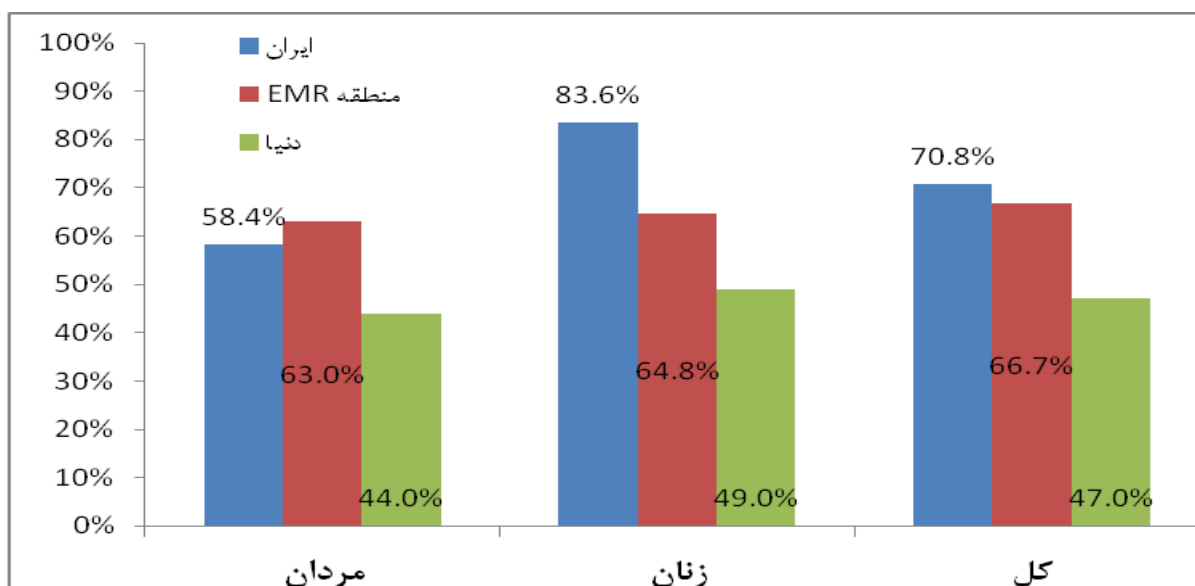
متوسط شیوع اضافه وزن و چاقی نیز در سال ۲۰۰۸ در کشورهای منطقه EMR ، به ترتیب ۴۷٪ (۴۰/۷٪ در زنان و ۵۰/۵٪ در مردان) و ۱۹/۷٪ (۲۴/۱٪ در زنان و ۱۲/۵٪ در مردان) گزارش شده است.

همانگونه که اشاره شد سازمان بهداشت جهانی در همین سال شیوع اضافه وزن و چاقی را در ایران به ترتیب ۵۱/۴٪ (۵۶/۸٪ در زنان و ۴۶/۰٪ در مردان) و ۱۹/۴٪ (۲۶/۵٪ در زنان و ۱۲/۴٪ در مردان) گزارش نموده است .

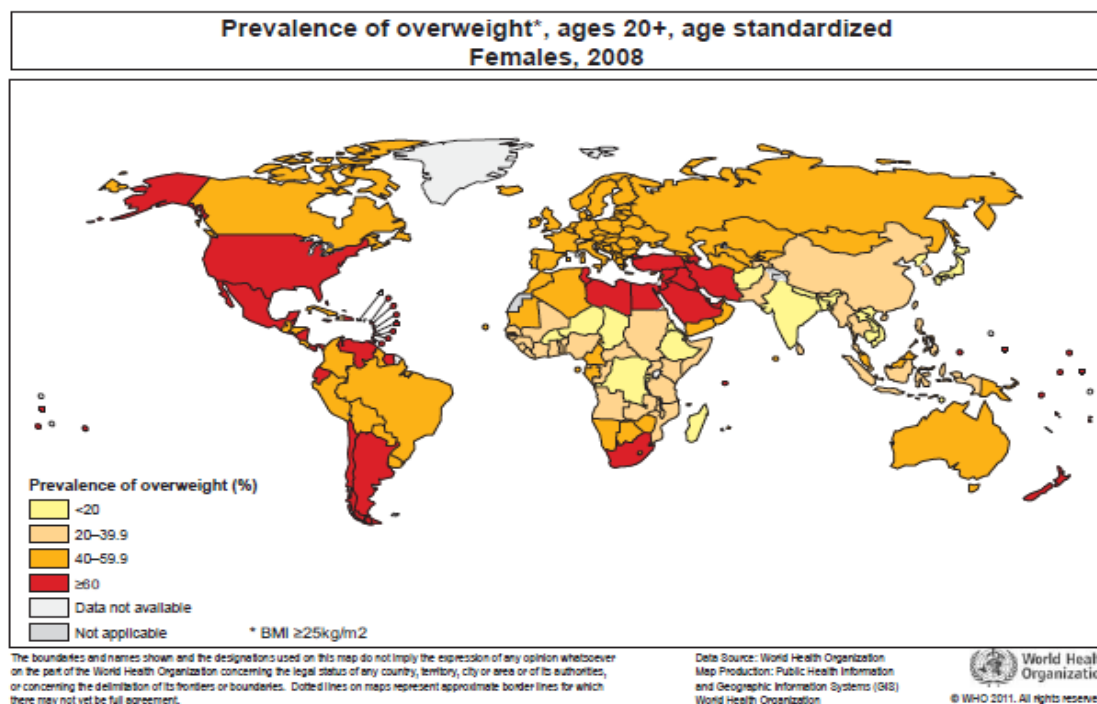
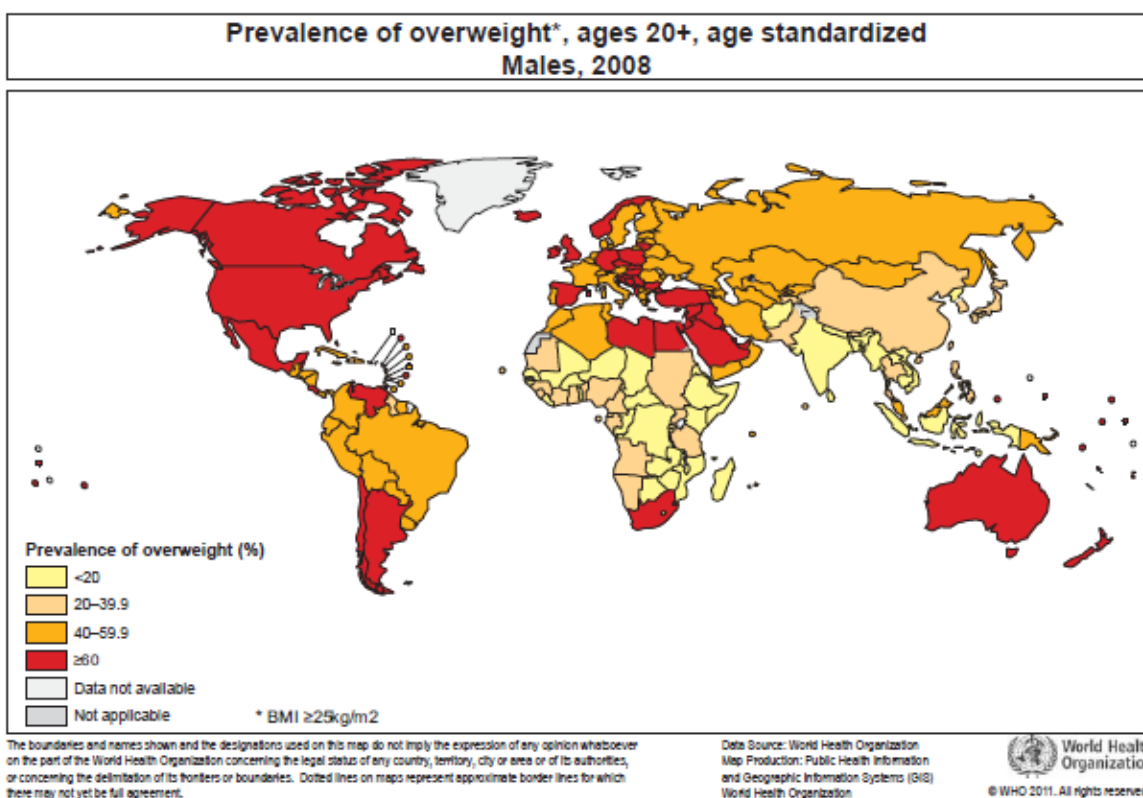
بدین ترتیب شیوع چاقی و اضافه وزن در ایران حدود ۱/۵۱ برابر متوسط جهانی و ۱/۰۶ برابر متوسط منطقه ای آن است.

و شیوع چاقی و اضافه وزن در زنان ایرانی در همین سال ۱/۷۱ برابر متوسط جهانی و ۱/۲۹ برابر متوسط منطقه ای آن بوده است.

نمودار ۴ : مقایسه شیوع چاقی و اضافه وزن در ایران در مقایسه با آمار جهانی و آمار منطقه EMR (۲۰۰۸)



تصاویر ۱ و ۲: مقایسه شیوع اضافه وزن در کشورهای دنیا به تفکیک مردان و زنان
 (Global status report on noncommunicable disease 2010)



همچنین بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۸ شیوع چاقی و اضافه وزن در دنیا تقریباً ۲ برابر شده است و این افزایش شیوع در تمامی گروه های سنی و سطوح اقتصادی نیز مشاهده شده است. در گروه های سنی کودکان و نوجوانان نیز درصد مبتلایان به اضافه وزن بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸ نزدیک به دوبرابر رشد داشته است.

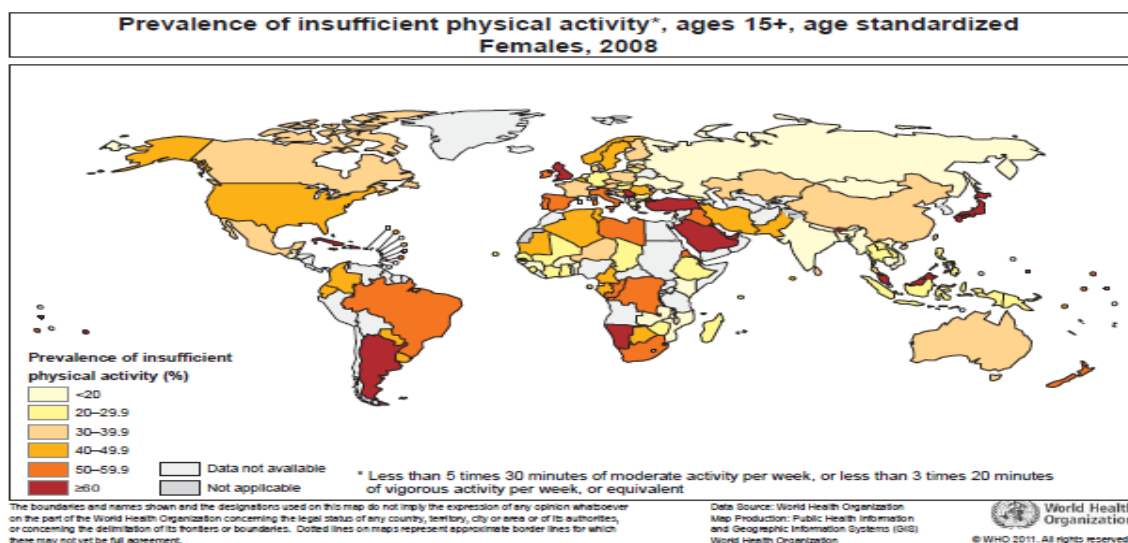
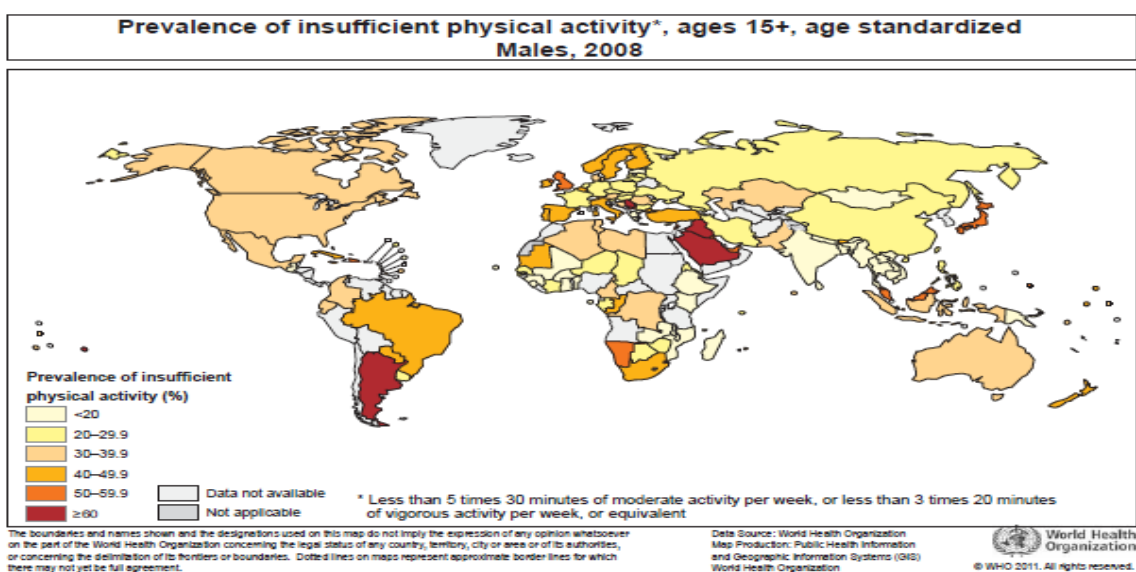
نمودار ۳: روند تغییرات شیوع اضافه وزن در جمعیت کودکان و نوجوانان به تفکیک گروه های درآمدی
(**Global status report** on noncommunicable disease 2010)



۴- بررسی عوامل تاثیرگذار قابل کنترل چاقی و اضافه وزن

اضافه دریافت انرژی دریافتی و کم تحرکی مهمترین عوامل قابل کنترل چاقی و اضافه وزن محسوب میشوند. سازمان بهداشت جهانی شیوع کم تحرکی را در جمعیت بالای ۱۵ سال ایران ۳۵/۷٪ (۴۶/۵٪ در زنان در مقایسه با ۲۵/۲٪ در مردان) گزارش نموده است.

تصاویر ۴ و ۵: مقایسه شیوع کم تحرکی در کشورهای دنیا به تفکیک مردان و زنان (Global on noncommunicable disease 2010 status report)

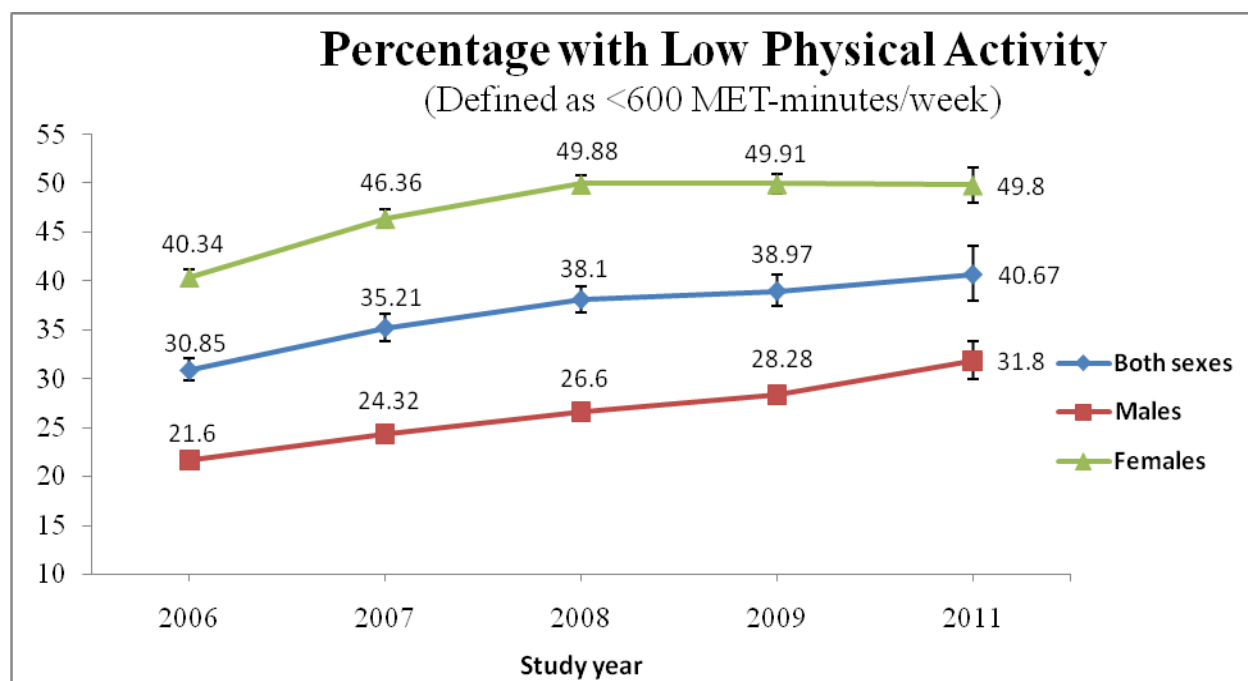


در گزارش رسمی وزارت بهداشت نیز (برنامه ملی پایش وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران) شیوع کم تحرکی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ایرانی در یک روند رو به افزایش در سالهای ۸۵، ۸۶، ۸۷ و ۸۸ به ترتیب ۳۰/۸، ۳۵/۲، ۳۸/۱ و ۳۹/۰ درصد بوده است.

در طی این سالها روند افزایش شیوع کم تحرکی، تقریبا در هر دو جنس مشاهده شده است. به نوعی که در مردان شیوع کم تحرکی از ۲۴/۳، ۲۶/۶ و ۲۸/۳ درصد در سالهای ۸۶، ۸۷ و ۸۸ رسیده است.

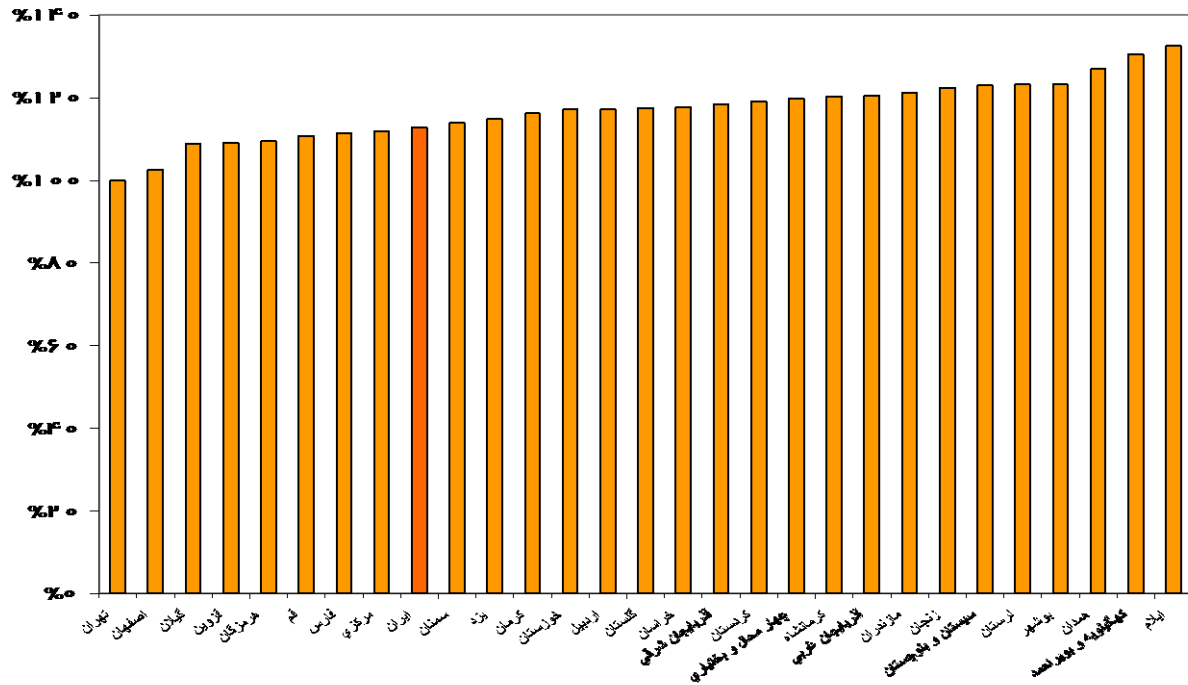
در جمعیت زنان نیز شیوع کم تحرکی که در سال ۸۵، ۴۰/۳٪ برآورد شده بود در سالهای بعد به ترتیب به ۴۶/۴، ۴۹/۹ و ۴۸/۹٪ رسیده است.

نمودار ۶: روند تغییرات شیوع کم تحرکی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی از ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۸. (برنامه ملی ۵ ساله پایش وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر)



نتایج آخرین مطالعه ملی انجام شده در خصوص الگوی مصرف جمعیت ایرانی نیز درصد خانوارهایی که دریافت کالری آنها بیش از نیاز روزانه اشان میباشد (نسبت انرژی دریافتی به انرژی مورد نیاز بیش از ۱/۲) را ۳۵/۶٪ گزارش داده است. نتایج این مطالعه نشان میدهد که گرچه متوسط انرژی مورد نیاز جمعیت ایرانی ۲۳۶۱ کیلوکالری است اما این جمعیت به طور متوسط روزانه ۲۶۳۶ کیلوکالری انرژی دریافت مینماید.

نمودار ۷: میانگین دریافت انرژی نسبت به نیاز در استان های کشور (سال ۸۱-۱۳۷۹)



۵- راهکارهای پیشنهادی

طراحی برنامه های مداخلاتی جامع و چند وجهی به منظور ارتقاء سطح آگاهی، حساسیت و نگرش عموم جامعه نسبت به چاقی و عوامل خطر ساز آن و راهکارهای پیشگیری و کنترل آنها و همچنین ارتقاء عملکردهای بهداشتی آنها به منظور بهبود شیوه زندگی با شش راهبرد عمده و اصلی :

- "ارزیابی و بررسی مستمر وضعیت چاقی و عوامل خطر ساز آن در سطح جامعه "
- "آموزش"،
- "جلب مشارکت و سازماندهی در سطح جامعه"،
- "تامین و تضمین سلامت فردی از طریق ارائه خدمات بهداشتی درمانی" و
- "تغییرات محیطی"
- "تغییر سیاست ها و اجرایی کردن آنها"

مهمترین راهکارهای پیشنهادی موثر در کنترل چاقی و سایر عوامل خطر ساز ابتلا به بیماریهای غیرواگیر است که تفصیل آن از حوصله این گزارش خارج است.

به عنوان مثال مهمترین سطوح این مداخلات آموزشی باید شامل خانواده، جامعه و مدرسه و میتواند شامل فعالیت هایی ذیل باشد:

- آموزش عمومی سلامت
- آموزش در مدارس
- آموزش جوانان
- آموزش دست اندرکاران سلامت و درمان
- آموزش در محل کار
- آموزش در پایگاه های مراقبت سلامت نظیر مراکز بهداشتی درمانی، خانه های سلامت و ...

در این بین ذیل راهبرد های اساسی سه تا شش ارائه مناسب یا رایگان خدمات مشاوره ای بهبود شیوه زندگی از طریق سیستم خدمات بهداشتی درمانی کشور و برنامه پزشک خانواده به افراد مبتلا و سایرین و نیز ایجاد یک اجتماع سالمتر و محیط حمایتی بویژه دست یابی به اهداف تغذیه سالم و مناسب و فعالیت بدنی کافی برای آحاد جامعه ذیل راهبرد های فوق برای پیشگیری و کنترل چاقی و اضافه وزن و عوامل خطرساز آنها از راهکارهای عمده پیشنهادی خواهد بود.