بررسی ارتباط اضافه وزن و چاقی با افسردگی با عنایت به عوامل اجتماعی– اقتصادی در دختران دبیرستانی

احمدرضا درستی مطلق[*1]، پریوش نورعلیئی[1]، هاله صدرزاده یگانه[1]، سید مصطفی حسینی[2]، جواد کریمی[3]

۱. گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

نشریه پایش
سال چهاردهم شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۴ صص ۳۱۳-۳۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ اردیبهشت ۹۴]

چکیده

چاقی تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، رفتاری و فرهنگی است و اثراتی منفی بسیاری بر سلامت جسمی و روانی دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی ارتباط اضافه وزن و چاقی با افسردگی با عنایت به عوامل اجتماعی- اقتصادی و برخی عوامل زمینه ای بود. مطالعه بصورت مقطعی روی ۴۰۰ دختر دبیرستانی با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام پذیرفت. پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، افسردگی- اضطراب- استرس DASS42 و فعالیت بدنیMET توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. وزن و قد به ترتیب با ترازوی سکا (دقت ۱۰۰ گرم) و متر نواری غیر قابل ارتجاع نصب شده به دیوار(دقت ۰/۵ سانتیمتر) اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، تست t، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون لوجستیک چند متغیره انجام شد. شیوع اضافه وزن و چاقی در جامعه مورد مطالعه ۲۱/۸ درصد و شیوع افسردگی۵۴/۷ درصد بود. شیوع افسردگی در افراد دارای اضافه وزن و چاق بیشتر بود (P<۰/۰۰۱). پایه تحصیلی، تصور از وزن، رضایت از تناسب اندام، رتبه تولد و سابقه خانوادگی چاقی رابطه چاقی با افسردگی را تحت الشعاع قرار میدادند که پس از تعدیل این عوامل در الگوی رگرسیون چند متغیره لوجستیک ارتباط اضافه وزن و چاقی با افسردگی باز هم معنی‌دار بود. با توجه به رابطه معنی‌دار اضافه وزن و چاقی با افسردگی و شیوع بالای افسردگی در دختران دبیرستانی توجه بیشتر به چاقی و پیامدهای آن از جمله افسردگی ضروری است.

کلیدواژه: اضافه وزن و چاقی، افسردگی، دختران دبیرستانی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه تغذیه و بیوشیمی
تلفن: ۸۸۹۵۱۳۹۵
E-mail: a_dorosty@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

مقدمه

چاقی شایع‌ترین مشکل تغذیه ای- بهداشتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه محسوب می‌شود[۱]. شیوع چاقی در کودکان و نوجوانان در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است[۲]. بر اساس مطالعه انجام شده طی سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۷ در آمریکا حدود ۱۷درصد کودکان ۱۹-۲ ساله آمریکایی چاق و حدود ۲۲درصد آنها دارای اضافه وزن بودند[۳]. در ایران نیز بر اساس مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۴ در تهران، شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان به ترتیب ۲۱/۱درصد و ۷/۸درصد بود[۴]. عوارض پزشکی متعدد چاقی در کودکان و نوجوانان اعم از بیماری هایی نظیر دیابت نوع ۲، افزایش فشار خون، عوارض عصبی، اختلالات تنفسی و بیماری‌های قلبی-عروقی در کنار عوارض روانی- اجتماعی آن، سلامت فرد را با خطر جدی مواجه می‌سازد و جامعه را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد[۲]. یکی از جنبه‌های دردناک چاقی عوارض روانی آن است. چاقی در دوران کودکی با اعتماد به نفس پایین، اختلالات هیجانی، اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی و غیره. همبستگی مثبتی نشان داده است[۵]. در نوجوانان چاق کاهش عزت نفس، غمگینی، تنهایی، عصبانیت و رفتارهای پرخطر دیده شده است[۶]. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، وضعیت خواب، اشتها و سایر ضرب آهنگ‌های زیست شناختی همراه است. افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است[۸-۷] و در مطالعات مختلف شیوع آن از ۲۳/۷درصد در دانشجویان سبزوار تا ۶۰ درصد در دانشجویان اردبیل گزارش شده است[۸-۷]. پدیده‌هایی در زندگی ممکن است افراد را مستعد بروز علایم افسردگی نماید. از جمله اینکه ممکن است اضافه وزن یا چاقی تحت شرایط خاصی باعث بروز علایم افسردگی در افراد شود و گاهی نیز خود افسردگی اضافه وزن و چاقی را به همراه می‌آورد. این امر به ویژه در شرایطی که معیارهای تناسب اندام و لاغری سختی در جوامع وجود داشته باشد صحت دارد[۹]. بر اساس مطالعه‌ای که توسط مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۹انجام شد، شیوع افسردگی در ایران ۱۵ درصد بود. از سوی سازمان سلامت جهان افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به رتبه دوم ارتقاء یابد. تحقیقات مؤید این است که در آمریکا از ۳۲/۶ میلیون آمریکایی که دچار اضافه وزن و چاقی هستند، زنان استعداد بیشتری برای چاقی داشته و چاقی آنها با افسردگی توام است. شدت افسرگی نیز در زنان چاق بیشتر بوده و مرتبط با رفتارهای تغذیه‌ای و عملکرد روانی آنهاست[۱۰]. چاقی و افسردگی هر دو سهم عظیمی از بار بیماری‌ها و هزینه‌ها را به خود اختصاص می دهند. شیوع بالای هر دو ممکن است نشانگر ارتباط بین چاقی و افسرگی باشد. افزایش دریافت غذا و کاهش فعالیت بدنی از علایم افسردگی هستند و این علایم همچنین مسئول افزایش وزن نیز هستند؛ بعلاوه تصور بدنی منفی افراد چاق منجر به کاهش اعتماد به نفس و اختلالات روانی می‌شود، اگرچه این نظریه در نمونه‌های جمعیتی اثبات نشده است. برخی مطالعات ارتباط مستقیم، برخی ارتباط معکوس و برخی هیچ ارتباطی را نشان ندادند. بنابراین واضح است که متغیرهای اجتماعی و دموگرافیک ممکن است واسطه هایی در این ارتباط باشند و این نتایج متناقض را توجیه کنند.

آنچه پرداختن به پژوهش حاضر را ضروری می‌نماید اهمیت سلامت جسمی و روحی دختران نوجوان به عنوان تربیت‌کنندگان نسل آینده است. توجه به این حقیقت که چاقی و افسردگی بیماری های پیچیده‌ای هستند که علاوه بر ژنتیک تحت تاثیر عوامل محیطی، فرهنگی و اجتماعی هستند، انجام پژوهش‌های تکمیلی در زمینه شناسایی وسعت مشکل و عوامل زمینه‌ساز آن در مناطق مختلف کشور به منظور انجام مداخلات جامعه محور در راستای پیشگیری و کنترل آنها را ضرورت می‌بخشد. بنابراین هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط متغیرهای جمعیتی، اقتصادی-اجتماعی و سایر متغیرهای زمینه‌ای با چاقی و افسردگی و تعیین ارتباط چاقی با افسردگی بر حسب این عوامل بود تا پایه‌ای برای طراحی مطالعات مداخله‌ای بعدی به منظور کنترل این عوامل خطر مهم باشد. از طرفی نتایج مطالعات انجام شده در سطح کشور متفاوت است که ممکن است ناشی از وضعیت تغذیه، اقتصاد و فرهنگ شهرهای مختلف باشد و نیز بسیاری از مطالعات انجام شده تاثیر متغیرهای جمعیتی، اقتصادی- اجتماعی و سایر متغیرهای مستقل را دراین گروه سنی با توجه به ویژگی‌های خاص این دوران در نظر نگرفته‌اند.

مواد و روش کار

در این مطالعه مقطعی که بصورت توصیفی- تحلیلی انجام شد، تعداد ۴۰۰ دختر دبیرستانی از ۵ دبیرستان در سطح شهر تویسرکان واقع در جنوب استان همدان مورد مطالعه قرار گرفتند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

روش نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود که مرحله اول انتخاب مدارس و مرحله دوم انتخاب کلاس‌ها بود. ابتدا با مراجعه به اداره کل آموزش و پرورش شهرستان لیستی از اسامی دبیرستان‌های دخترانه، محل و تعداد دانش آموزان هر مدرسه تهیه کرده و از بین دبیرستان‌های موجود تعداد ۵ دبیرستان با کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و از هر مدرسه به نسبت جمعیتی که دارد تعدادی دانش آموز به طور تصادفی از ۳ پایه تحصیلی اول، دوم و سوم مورد بررسی قرار گرفتند تا حجم نمونه تعیین شده تامین گردید. وزن با استفاده از ترازوی سکا، بدون کفش و با حداقل لباس با دقت ۰/۱ کیلوگرم و قد با استفاده از متر نواری غیرقابل ارتجاع نصب شده روی دیوار با دقت ۰/۵ سانتی متر در وضعیتی که شخص بدون کفش و پاشنه پا به دیوارچسبیده و نگاهش معطوف به روبرو بود توسط محقق اندازه گیری شد. از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر مربع، BMI محاسبه گردید. وضعیت وزن دانش آموزان بر اساس استاندارد WHO ارزیابی شد و با استفاده از نرم افزار AnthroPlus، اسکورهای زد BMI کودکان بر اساس استانداردWHO سال ۲۰۰۷ محاسبه گردید. به این ترتیب کودکان با اسکورهای زد (BMI (z-score کمتراز ۳- به عنوان خیلی لاغر، بین ۳- تا ۲- لاغر، ۲- تا ۱- درمعرض لاغری، ۱- تا ۱+مطلوب،۱+ تا ۲+ درمعرض اضافه وزن، ۲+ تا ۳+ اضافه وزن و بیشتراز ۳+ به عنوان کودکان چاق تعیین شدند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از ابتلا به بیماری خاص(دیابت، کم کاری تیروئید، افسردگی قبلی تشخیص داده شده توسط پزشک، بیماری های کلیوی، بیماری های قلبی-عروقی، پرفشاری خون، اختلالات متابولیک و اختلالات دستگاه اعصاب مرکزی)، مصرف برخی داروها و مکمل‌ها از قبیل داروهای ضد افسردگی، داروها و مکمل‌هایی که روی وزن بدن اثر می‌گذارند، باردار بودن و عدم تمایل به ادامه همکاری. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS42 و پرسشنامه فعالیت بدنی MET که پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در مطالعه توسط دانش آموزان تکمیل گردیدند. در پرسشامه اطلاعات دموگرافیک عواملی مورد بررسی قرار گرفتند که انتظار می رفت بر چاقی و افسردگی تاثیرگذار باشند این عوامل عبارت بودند از: پایه تحصیلی، قومیت، وضعیت تصور از وزن، رضایت از تناسب اندام، زندگی با والدین، زندگی والدین با یکدیگر، رابطه بین پدر و مادر از نظر میزان صمیمیت، وجود بیماری خاص در خانواده، تجربه ناراحتی طی ۲ ماه گذشته، نگرانی موفقیت در کنکور، نگرانی شغل آینده، وضعیت میزان خواب شب، وضعیت میزان خواب روز، سابقه خانوادگی چاقی، وضعیت مالکیت خانه، سطح درآمد ماهانه، تحت پوشش سازمان های حمایتی بودن، سطح اقتصادی خانوار، شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، رتبه تولد، سن، تعداد فرزندان در خانواده، تعداد شاغلین در خانواده، بعد خانوار، سن شروع قاعدگی، وضعیت قاعدگی از نظر منظم یا نامنظم بودن، سرعت غذا خوردن، وضعیت تعداد دفعات مصرف صبحانه در هفته، وضعیت تعداد دفعات مصرف میان وعده در روز، وضعیت تعداد دفعات مصرف گروه غذایی متفرقه در ماه. پرسشنامه DASS42 یک پرسشنامه خودگزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس است که به وسیله لووی بند در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ توسط افضلی و همکاران اعتبار سنجی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی ۰/۹۴، برای مقیاس اضطراب ۰/۸۵ و برای مقیاس استرس ۰/۸۷۸ بدست آمد.پرسشنامه فعالیت بدنی met نیز توسط Norman در سال ۲۰۰۱ طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۹ سطح فعالیت از خواب و استراحت(۰/۹ met) تا فعالیت شدید (بیش از ۶ met) است. فعالیت هایی با شدت کمتر از (۳ met) به عنوان فعالیت های بی تحرک، فعالیت هایی با شدت (۶-۳ met) به عنوان فعالیت‌هایی با شدت متوسط و فعالیت های بیش از ۶ met به عنوان فعالیت‌های شدید در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه توسط کلیشادی و همکاران در سال ۱۳۸۰ اعتبار سنجی شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی دانش آموزان ۱۵/۵۲ سال بود. ۳۲/۲ درصد از دانش آموزان در پایه اول، ۳۸ درصد در پایه دوم و ۲۹/۹ درصد در پایه سوم مشغول به تحصیل بودند. بیشتر خانوارهای مورد مطالعه به طور میانگین، ۴ نفره و دارای ۳ فرزند بودند. در ۴۶/۳ درصد از دانش آموزان سابقه خانوادگی چاقی وجود داشت و ۲/۵درصد آن ها طی ۲ ماه گذشته تجربه ناراحتی داشتند که قابل چشم پوشی است. فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تن سنجی و افسردگی دانش‌آموزان در جدول ۱ آورده شده است. نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می دهد که بیش از نیمی از دانش آموزان(۶۱ درصد) در وضعیت وزنی مطلوب، حدود ۳۰ رصد در معرض لاغری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

و اضافه وزن و حدود ۰/۸درصد دانش آموزان مبتلا به چاقی یا کم وزنی شدید بودند. شیوع افسردگی در دانش آموزان مورد مطالعه ۵۴/۷ درصد بود. با توجه به پراکندگی جمعیتی گروه های قبل و بعد از طبیعی، در تحلیل‌های بعدی، گروه‌های خیلی لاغر، لاغر و در معرض لاغری به صورت گروه لاغر و گروه‌های در معرض اضافه وزن، اضافه وزن و چاق هم به صورت گروه چاق و اضافه وزن در هم ادغام شدند. بر اساس این طبقه بندی‌ها ۲۱/۸درصد از دانش آموزان بررسی شده دارای اضافه وزن و چاقی، ۶۱ درصد طبیعی و ۱۷/۲درصد لاغر بودند. با افزایش سن، رتبه تولد و تعداد فرزندان در خانواده شیوع اضافه وزن و چاقی بطور معنی‌دار کاهش یافته است. دریافت ماهانه گروه غذایی متفرقه در افراد دارای اضافه وزن و چاق بیشتر از سایرین بود. در افرادی که خود را چاق یا دارای اضافه وزن می پنداشتند یا از تناسب اندام خود رضایت نداشتند شیوع اضافه وزن و چاقی بطور معنی دار بالاتر از سایرین بود. سابقه خانوادگی چاقی نیز اضافه وزن و چاقی را افزایش داد. در افراد افسرده میانگین رتبه تولد و بعد خانوار کمتر و میانگین سنی آنها بالاتر از افراد غیرافسرده بود. در افرادی که تصور اضافه وزن و چاقی از وضعیت وزنی خود داشتند یا از تناسب اندام خود ناراضی بودند میزان افسردگی بیشتر از سایرین بود. عدم زندگی با هر دو والد، فوت والدین، بیماری خاص در خانواده و جر و بحث والدین افسردگی را بطور معنی‌دار افزایش می‌داد. مصرف روزانه صبحانه در افراد افسرده کمتر بود. یافته‌های مطالعه نشان داد شیوع افسردگی در افراد دارای اضافه وزن و چاقی بطور معنی‌داری بالاتر از سایرین است که نتیجه آن در جدول ۲ آمده است. پس از بررسی ارتباط معنی‌دار وضعیت وزنی و افسردگی با بررسی سایر متغیرهای فردی و خانوادگی ملاحظه شد که تعدادی از متغیرها بطور همزمان رابطه معنی‌داری با وضعیت وزنی و همچنین افسردگی دارند. این متغیرها عبارتند از پایه تحصیلی، وضعیت تصور از وزن، رضایت از تناسب اندام، رتبه تولد و سابقه خانوادگی چاقی. به منظور حذف عوامل مخدوش کننده این متغیرها وارد الگوی رگرسیون لوجستیک چند متغیره شدند که نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد نسبت شانس(OR) افسردگی برای دانش آموزان دارای اضافه وزن و چاق دبیرستانی شهرستان تویسرکان نسبت به دخترانی با وزن طبیعی ۶/۲ برابر (۱۲-۳/۲) است و همچنین برای دختران پایه دوم و سوم به ترتیب ۲/۳ و ۲ برابر دختران پایه اول است. در ضمن نسبت شانس افسردگی برای دانش آموزانی با سابقه خانوادگی چاقی ۱/۶ برابر نسبت به دانش‌آموزانی بدون سابقه خانوادگی چاقی است. این نسبت برای دانش‌آموزانی که رتبه تولد آنها کمتر یا مساوی ۲ بود ۱/۸ برابر دانش‌آموزانی با رتبه تولد بیشتر از ۲ بود. چنانچه در جدول مشاهده می‌گردد وضعیت وزنی، پایه تحصیلی، سابقه خانوادگی چاقی و رتبه تولد متغیر های مستقل مؤثر بر افسردگی بوده و وضعیت تصور از وزن و رضایت از تناسب اندام به عنوان مخدوش گر از الگوی نهایی حذف گردیدند.

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تن سنجی بر حسب نمرات (Z) BMI و افسردگی در دانش آموزان مورد مطالعه

اسکور زد BMI	تعداد	درصد
خیلی لاغر (Z< -3)	۱	٪۰/۳
لاغر (-۳<Z<-2)	۱۲	٪۳
در معرض لاغری (-۲<Z<-1)	۵۵	٪۱۳/۹
طبیعی (-۱<Z<+1)	۲۴۱	٪۶۱
در معرض اضافه وزن (+۱<<Z+2)	۵۶	٪۱۴/۲
اضافه وزن (+۲<Z<+۳)	۲۸	٪۷/۱
چاق (Z>+۳)	۲	٪۰/۵
جمع	۳۹۵	٪۱۰۰
وضعیت فرد از نظر افسردگی		
نرمال	۱۷۹	٪۴۵/۳
افسرده	۲۱۶	٪۵۴/۷

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی افسردگی و برخی متغیرهای زمینه‌ای بر حسب وضعیت وزنی

	نرمال	افسرده	P.value
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
کم وزن	(۴۸/۵)۳۳	(۵۱/۵)۳۵	<۰/۰۰۱
طبیعی	(۵۴/۸)۱۲۳	(۴۵/۲)۱۰۹	
اضافه وزن و چاق	(۱۶/۳)۱۴	(۸۳/۷)۷۲	
سابقه خانوادگی چاقی			
دارد	(۳۶/۶)۶۷	(۶۳/۴)۱۱۶	۰/۰۰۱
ندارد	(۵۳/۱)۱۱۲	(۴۶/۹)۹۹	
رضایت از تناسب اندام			
بله	(۵۳/۴)۱۲۴	(۴۶/۶)۱۰۸	<۰/۰۰۰۱
خیر	(۳۳/۷)۵۵	(۶۶/۳)۱۰۸	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

جدول ۳: مدل رگرسیون چند متغیره لوجستیک تأثیر وضعیت وزنی و سایر عوامل مؤثر بر وضعیت افسردگی

		OR(95%CI)	P.value
وضعیت وزنی:	طبیعی	-	
	لاغر	۱/۳ (۰/۷-۲/۳)	۰/۳۶
	اضافه وزن و چاق	۶/۲ (۳/۲-۱۲/۰)	<۰/۰۰۰۱
پایه تحصیلی:	اول	-	
	دوم	۲/۳ (۱/۳-۳/۹)	۰/۰۰۲
	سوم	۲/۰ (۱/۲-۳/۶)	۰/۰۱۳
سابقه خانوادگی چاقی:	ندارد	-	
	دارد	۱/۶ (۱/۱-۲/۵)	۰/۰۳۶
رتبه تولد:	۲ و بیشتر از ۲	-	
	کمتر از ۲	۱/۸ (۱/۱-۲/۸)	۰/۰۱۲

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۲۱/۸درصد از دانش آموزان بررسی شده دارای اضافه وزن و چاقی بودند و شیوع افسردگی در آن ها ۵۴/۷ درصد بود. اضافه وزن و چاقی بطور معنی‌دار با افسردگی ارتباط داشت. در این مطالعه شیوع اضافه وزن و چاقی در دختران دبیرستانی مورد مطالعه ۲۱/۸درصد بود. به طوری که ۱۴/۲درصد در معرض اضافه وزن، ۷/۱ درصد دارای اضافه وزن و ۰/۵درصد مبتلا به چاقی برآورد شدند. در سال ۱۳۸۵ در دختران نوجوان تهران شیوع اضافه وزن و چاقی به ترتیب ۱۳/۳درصد و ۴درصد بود[۳]. در سال ۱۳۸۵ در اصفهان شیوع چاقی و اضافه وزن به ترتیب ۱/۰۴درصد و ۹/۱درصد و در همان سال در سنندج ۱۱/۲درصد، ۳/۲درصد به ثبت رسیده است. در بوشهر در سال ۱۳۸۸شیوع به ترتیب ۱۴/۵درصد و ۷/۱ گزارش شد[۱۵-۱،۱۴] در سال ۲۰۰۲ در هندوستان شیوع اضافه وزن در پسران ۱۷/۸درصد و در دختران ۱۵/۸ درصد بود. در قطر در سال ۲۰۰۶ شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان پسر به ترتیب ۲۸/۶درصد و ۷/۹ درصد و در نوجوانان دختر به ترتیب ۱۸/۹درصد و ۴/۷درصد گزارش شد[۱۷-۱۶] اختلافات مشاهده شده در مطالعات مختلف می تواند به علت استفاده از ابزارهای متفاوت در تعیین اضافه وزن و چاقی، تفاوت اجتماعی-اقتصادی جوامع مورد بررسی، تفاوت در الگوی مصرف غذایی، شیوه زندگی و میزان فعالیت بدنی آنها باشد. در مطالعه حاضر مشابه مطالعه حاجیان با افزایش تعداد فرزندان در خانواده خطر اضافه وزن و چاقی کاهش یافت[۱۸] با افزایش تعداد فرزندان تامین مایحتاج زندگی به مخاطره می افتد و سهم غذایی هر فرد کاهش می‌یابد. در مطالعه حاضر مانند برخی مطالعات در افرادی که تصور چاقی و اضافه وزن از وضعیت وزنی خود داشتند یا از تناسب اندام خود ناراضی بودند شیوع اضافه وزن و چاقی بالاتر بود[۲۰-۱۹]. در جوامع غربی لاغر بودن معیار زیبایی بویژه در زنان محسوب می‌شود و این نگرش ممکن است به کشورهای در حال توسعه از جمله ایران نیز انتقال پیدا کرده باشد و بیشتر از سایر اقشار نوجوانان را تحت تاثیر قرار دهد. در مطالعه حاضر نیز همانند برخی مطالعات شیوع اضافه وزن و چاقی در افرادی با سابقه خانوادگی چاقی بالاتر بود[۲۴-۲۱]. در افرادی با سابقه خانوادگی چاقی احتمالا عادات غذایی خانوار نادرست بوده و این امر به فرزندان نیز منتقل می‌شود. از طرفی دیگر نقش ژنتیک در ایجاد چاقی را می‌توان در توجیه این مسئله بکار برد. در افراد دارای اضافه وزن و چاقی تکرر مصرف گروه متفرقه بیشتر از سایرین بود که همسو با برخی مطالعات است[۲۵، ۲]. با مصرف بیشتر گروه غذایی دریافت انرژی، قند و چربی بیشتر و دریافت میوه جات، سبزیجات و لبنیات که اثرات محافظتی در پیشگیری از چاقی و اضافه وزن دارند کاهش می‌یابد. در مطالعه حاضر شیوع افسردگی در دختران دبیرستانی ۵۴/۷ درصد بود. شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی اصفهان ۴۳/۴درصد[۲۶] و در دانشجویان سبزوار ۲۳/۷درصد بود[۸]. علت تفاوت مشاهده شده را می توان به فرهنگ متفاوت شهرهای مختلف و استفاده از ابزارهای متفاوت در تعیین افسردگی نسبت داد. در مطالعه حاضر با افزایش پایه تحصیلی و متعاقب آن سن، شیوع افسردگی بطور معنی‌داری افزایش می‌یافت که همسو با مطالعه منیرپور و مخالف با مطالعه میری و سلطانی فر است[۲۹-۲۷]. البته مطالعه میری در دانشجویان و مطالعه سلطانی فر در دانش آموزان ابتدایی انجام شده بود. در اواخر دوران نوجوانی، نوجوان با تکالیف دوران نوجوانی و بزرگسالی نظیر انتخاب شغل و پذیرش نقش‌های اجتماعی تازه روبرو می‌شود؛ فارغ التحصیل شدن و جدایی از دوستان دبیرستان، ورود به دانشگاه و ترک خانه و لزوم انطباق با این تغییرات ضمن وارد کردن استرس زیاد به نوجوان ممکن است آنها را با افسردگی بیشتری مواجه سازد[۲۷]. در مطالعه حاضر مشابه مطالعه محمدی در افرادی که خود را چاق و دارای اضافه وزن تلقی می‌کردند یا از تناسب اندام خود ناراضی بودند میزان افسردگی بالاتر بود[۱۹]. توجه بیش از حد به لاغری و نگرش منفی نسبت به چاقی ممکن است باعث فشار به نوجوانان چاق شده و آنها را با افسردگی مواجه کند. در مطالعه حاضر فوت یا

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

طلاق والدین و همچنین جرو بحث شدید آنها در دانش آموزان افسرده بالاتر از سایرین بود که همسو با برخی از مطالعات می‌باشد [۳۲-۲۹]. زندگی با هر دو والد و روابط صمیمی بین والدین باعث ایجاد محیطی امن، آرام و خالی از تنش برای نوجوان شده و سلامت روانی نوجوان را باعث می‌شود. در این مطالعه بر خلاف مطالعه هاشمی شیوع افسردگی در خانواده‌هایی با بعد خانوار بیشتر بطور معنی‌داری کمتر بود[۳۲]. در خانواده‌های پرجمعیت‌تر احتمال تنها ماندن فرزندان و کنترل سختگیرانه والدین کمتر است و فرزندان از آزادی و استقلال بیشتری برخوردارند به همین دلیل مشکلات روحی از جمله افسردگی را کمتر تجربه می‌کنند. در مطالعه حاضر میزان خواب بیشتر با نرخ بالاتر افسردگی در ارتباط بود. برنامه ریزی منظم برای انجام کارهای روزمره باعث می‌شود نوجوان کمتر در معرض تنش و اضطراب قرار بگیرد و افسردگی کمتری را تجربه کند. از طرفی در افرادی که صبحانه مصرف نمی‌کردند میزان افسردگی بطور معنی‌داری بالاتر از سایرین بود، مصرف صبحانه به دلیل تامین تعدادی از ریز مغذی‌ها و درشت مغذی‌ها در ساعات اولیه آموزش نوجوانان در مدرسه از استرس و فشار ناشی از افت قند خون کاسته و به نوبه خود باعث بهبود روحیه نوجوان می‌شود. در مطالعه حاضر افسردگی در دانش آموزان دارای اضافه وزن و چاق بطور معنی‌داری بالاتر از سایرین بود که همسو با برخی مطالعات انجام شده بود[۳۶-۳۳]. در مطالعه سیدامینی اضافه وزن و چاقی با مشکلات رفتاری درونی شده از جمله افسردگی در دختران ابتدایی مرتبط بود[۵]. در مطالعه آینده نگر Roberts وجود چاقی خطر افسردگی را در ۵ سال آینده بطور معنی‌داری افزایش می‌دهد ولی عکس این قضیه صادق نبود[۳۷]. در مطالعه Ozmen اضافه وزن و چاقی به تنهایی اثری بر افسردگی و عزت نفس نداشتند اما از طریق تاثیرشان بر رضایت از تناسب اندام منجر به افسردگی و کاهش عزت نفس می‌شوند بنابراین خطر افسردگی و سایر مشکلات روانی در نوجوان بیشتر تحت تاثیر عدم رضایت از اندام است تا وزن واقعی[۳۸]. این احتمال وجود دارد که چاقی و افسردگی هر دو زمینه ژنتیکی داشته باشند یا به عبارتی ژن مربوط به چاقی و افسردگی بطور همزمان در ژنوم برخی افراد وجود داشته باشند[۳۹]. علی رغم شیوع بالای چاقی در سراسر جهان هنوز هم تبعیض و نگرش منفی نسبت به چاقی حتی از زمان کودکی وجود دارد. کودکان چاق تحت عنوان افرادی کثیف، تنبل، زشت و حتی دروغگو تلقی می‌شوند و این نگرش به زمان نوجوانی نیز منتقل می‌شود. کودکان چاق از همان دوران کودکی مورد اذیت و آزار همسالان خود قرار گرفته و این امر منجر به بروز بیشتر افسردگی در آنها می‌شود. نقطه قوت این مطالعه این است که پرسشنامه‌ها توسط خود دانش آموزان تکمیل گردید که دقت پاسخ‌ها را بالا می‌برد و نیز اگرچه نتایج مطالعه قابل تعمیم به کل ایران نیست اما می‌تواند پایه‌ای برای بررسی‌های گسترده‌تر در آینده باشد. از محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن آن است بنابراین نمی‌توان جهت رابطه مشاهده شده را تعیین کرد از دیگر محدودیت‌ها، محدود بودن آن به گروه سنی نوجوانان و دختران بود.

در انتها می‌توان گفت در سال‌های اخیر اضافه وزن و چاقی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه افزایش پیدا کرده است و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست. اضافه وزن و چاقی در بسیاری از کشورها یک بحران تلقی می‌شود از طرفی شیوع بالای آن در نوجوانان اهمیت مسئله را چند برابر می‌کند زیرا علاوه بر عوارض جسمی و روانی چاقی، نوجوانان چاق عمدتا به بزرگسالان چاق تبدیل می‌شوند، با نظر به اینکه دختران امروز مادران فردا و تربیت‌کنندگان نسل آینده هستند توجه به سلامت جسمی و روانی آنها از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرفی شناخت عوامل مرتبط با چاقی و افسردگی و سیاست گزاری در نحوه مقابله و کاهش روند روز افزون آنها می‌تواند تاثیر بسزایی در کاهش بار مالی بیماری‌های مزمن داشته باشد. در این بررسی ارتباط معنی‌داری بین چاقی با افسردگی مشاهده شد. چاقی به عنوان مشکلی بهداشتی بر سلامت روان نوجوانان تاثیر منفی می‌گذارد و آنها را با افسردگی مواجه می‌سازد و همانطور که مشخص است افسردگی تبعات زیادی به دنبال داشته و ممکن است تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد بنابراین انجام اقداماتی جهت کاهش عوامل مرتبط با چاقی و افسردگی ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده علاوه بر افسردگی سایر مشکلات روانی نیز در نظر گرفته شود و نیز ارتباط این متغیرها در سایر گروه های جنسی و سنی و نیز به صورت مورد-شاهدی مورد ارزیابی قرار گیرد. با توجه به شیوع بالای افسردگی در دختران نوجوان به مسئولین آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود با تشکیل جلسات متعدد اولیاء و مربیان و دعوت از تیم پزشکی و روانپزشکی در این جلسات به آموزش مسائل بهداشت روانی نوجوانان پرداخته شود. از آنجا که افسردگی و چاقی تحت تاثیر متغیرهای مختلف هستند پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با این مضمون

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

در شهرهای مختلف ایران و به منظور تعیین نقش متغیرهای زمینه‌ای انجام شود.

سهم نویسندگان

احمدرضا درستی مطلق: همکار در طراحی پروژه، راهنما و ناظر در اجرای مطالعه، همکاری در نگارش مقاله

پریوش نورعلیئی: همکار در طراحی پروژه، اجرای مطالعه و همکاری در نگارش مقاله

هاله صدرزاده یگانه: همکاری و مشاوره در انجام طرح

سید مصطفی حسینی: مشاور آماری طرح

جواد کریمی: مشاور روانشناسی طرح

منابع

1.Mohamadpour chaldea M, Fouladvand M, Avakh kisemi M**,** Prevalence of overweight and obesity in 17-14 year old school girls in Bushehr, Southern Medical Journal 2013;15: 221-32

2.Dorosty Motlagh A.R, Tabatabaee M, Dietary factors associated with obesity in primary school children in Ahvaz, 2002-2003, Journal of Medicine Tehran University of Medical Sciences 2006;63: 7-17

3.Ogden C.L, Carroll M.D, Curtin, L.R Lamb, M.M Flegal, K.M, Prevalence of Hig h Body Mass Index in US Children and Adolescents, 2007-2008, JAMA 2001; 303:3

4.Mohammadpour-Ahranjani B, Rashidi A, Karandish M, Eshraghian M.R, Kalantari N, Prevalence of overweight and obesity in adolescent Tehrani students, 2000–2001 : an epidemic health problem, Public Health Nutrition 2004; 7: 645-48

5.Seyed Amini B, Malek A, Moradi A, Ebrahimi M, Overweight and obesity associated with internalizing behavior problems in elementary school girls. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences, 2010;31: 40-4

6.Pinhas-Hamiel O, Singer S, Pilpel N, Fradkin A, Modan D, Reichman B, Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. International Journal of Obesity 2006; 30: 267-72

7. Feizi I, Naghizade Baghi A, Rahimi A, Nemati S, The relationship between BMI and depression among female students of medical sciences. Medical Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2013;12: 213-20

8.Mehri A, Sedighi Z, Mental health status and its related factors in Sabzevar University in 1388. Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University 2012;21: 298-304

9.Golparvar M, Kamkar M, Rismanchian B, The relationship between overweight with confidence, depression, lifestyle and body image in women referring to weight loss centers, Knowledge and research in psychology 2008;32: 121-44

10. Jalalinia F, Varaee SH, Rasoulzade N, Kazem Nejad A, The effect of exercise on depression in obese women, Research in Nursing 2011;5: 33-41

11. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M, Psychometric properties of DASS42 tests on a sample of high school students in Kermanshah, Behavioral Sciences 2007;5: 81-92

12. Kelishadi R, Rabiee K, Khosravi A, Famouri F, Sadeghi M, Rouhafza H et al, The pattern of physical activity in adolescents, Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2001;3:55-66

13. Mirmiran P, Mirbolouki M.R, Mohamadi Nasrabadi F, Azizi F, Prevalence of underweight, overweight and obesity in adolescents between the years 80-1377: Tehran Lipid and Glucose Study, Journal of Endocrinology and Metabolism 2004;5: 371-77

14. Amidi Mazaheri M, Hoseini M, Prevalence of underweight, overweight and obesity in girls high school in Isfahan. Journal of Health System 2011;6:1-6

15. Ahmadi S, Shahsavari S, Ahmadi H, Tabatabaeefar T, The prevalence of obesity, overweight and underweight (thinness) of high school students in Sanandaj during 1384-1385, Journal of Endocrinology and Metabolism 2006;12: 153-59

16. Ramachandran A, Snehalatha C, Vinitha R, Thayyil M, Sathish Kumar C.K, Sheeba L, et al., Prevalence of overweight in urban Indian adolescent school children. Diabetes Research and Clinical Practice 2002; 57: 185-90

17. Bener A, Prevalence of obesity, overweight and underweight in Qatari adolescents. Food and Nutrition Bulletin 2006; 27:39-45

18. Hajian K, Heidari B, The prevalence of obesity and its associated factors in urban population aged 70-20 Central Highlands province (2007) Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2007;16:107-17

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

19. Zeighami Mohamadi SH, Mojde F, Correlation between body mass index, body image and depression in women referred to Hazrat Ali (AS) in Karaj. New care 2013;9: 40-8
20. Omidvar N, Eghtesadi SH, Ghazi Tabatabaee M, Minaee S, Samare S, Body image and its relationship with body mass index and food intake in adolescents in Tehran. Research in Medicine 2004;26: 257-64
21. Tabatabaee M, Dorosty Motlagh A.R, Keshavarz A. Case-control study of risk factors for obesity in primary school children in Ahvaz, Quarterly monitoring 2005;4: 19-27
22. Mirbolouki M.R, Mirmiran P, Azizi F, Family Obesity and nutrition: Tehran Lipid and Glucose Study. , Journal of Endocrinology and Metabolism 2004;5: 89-97
23. Kalantari N, Shenavar R, Rashidkhani B, Hoshyarrad A, Nasihatkon A, Abdolahzade M, Relationship between obesity and excessive weight year old children in Shiraz with breastfeeding pattern, birth weight and socioeconomic status - the academic year 1387-88. Iranian Food Science and Nutrition 2011;5:19-28
24. Nabavi M, Karimi B, Ghorbani R, Mazloum M, Talebi M, The prevalence of obesity and its associated factors among students aged 7-12. Quarterly monitoring 2011;9: 443-51
25. Dahri M, Safarian M, Haji faraji M, Hoshyarrad A, Abadi A, The relationship between overweight and obesity with age at menarche and nutritional status of 15-11 year old girls in Mashhad. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2011;53: 245-53
26. Zargham Boroujeni A, Yazdani M, Yazdannik A.R, Parental behavior patterns associated with depression and suicidal thoughts in teens. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2002;3: 46-4
27. Monirpour N, Yazdan Dust R, Atef Vahid M.K, Delavar A, Khousefi H, Demographic characteristics associated with the incidence of depression in high school students. Journal of Social Welfare 2005;4: 178-93
28. Miri M.R, Abdorazagh Nejad M, Haji Abadi M.R, Sourgi Z, Ghasemi KH, Relationship between depression and level of reliance on Allah students in Birjand. Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences 2008;14: 9-15
29. Soltani Far, A, Bina M, Prevalence of depressive symptoms in children 9 to 11 years old Tehran and its relationship with the family. Journal of Mental Health 2008;9: 7-14
30. Taraghi Jah S, Hamdie M, Yaghoubi N, Connection types Parental relationships with drugs and depression in young, Journal of Social Welfare 2012;11: 1-35
31. Nouri Khajavi M, Halakouee K, Major depression in adulthood and the loss of a parent before age 18, Thought and Behavior 2004;9: 41-5
32. Hashemi Mohamadabad N, Bagheri GH, Ghafarian H.R, Factors associated with depression in university students in 1380 Yasooj, Journal of Medical Research 2002;2: 19-27
33. Kubzansky L.D, Gilthorpe M.S, Goodman E, A Prospective Study of Psychological Distress and Weight Status in Adolesc ents/Young Adults. ann.behav.med 2012; 43: 219-28
34. Richardson L.P, Garrison M.M, Drangsholt M, Mancl L, LeResche L, Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. General Hospital Psychiatry 2006; 28: 313-20
35. Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D, Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? Pediatrics International 2004; 46: 296-301
36. Onyike C.U, Crum R.M, Lee H.B, Lyketsos C.G, Eaton W.W, Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. American Journal of Epidemiology 2003; 158:1139-47
37. Roberts R.E, Kaplan G.A, Shema S.J, Strawbridge V.J, Are the Obese at Greater Risk for Depression? American Journal of Epidemiology 2000; 152: 163-170
38. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya A.C, Sen N, Dundar P.E et al, The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. BMC Public Health 2007; 7doi:10.1186/1471-2458-7-80
39. Stunkard A, Faith M, Allison K, Depression and Obesity. Biol Psychiatry 2003; 54: 330-37

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

Determination of Economic - Social factors associated with weight status and depression and the relationship between obesity and depression with regard to these factors in high school girls

Ahmad reza Dorosty Motlagh [1*], Parivash Nooraliey [1], Hale Sadrzade yegane [1], Mostafa Hossein[2], Javad Karimi [3]

1. Department OF Nutrition and Biochemistry, School of Health, Tehran Universiyy of Medical Science, Tehran, Iran
2. Department Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Tehran Universiyy of medical science, Tehran, Iran
3. Department of Psychology, School of Literature and Humanity Science, University of Malayer, Malayer, Iran

Payesh 2015; 3: 305-313
Accepted for publication: 10 June 2014
[EPub a head of print-10 May 2015]

Objective (s): Obesity is affected by genetic, behavioral and cultural factors and has severe negative impact on body and mental health. The objective of this study was finding the possible association between overweight and depression, in regard to socio-economic factors

Methods: This cross sectional study was conducted on 400 high school girls found by simple random sampling. Questionnaires including demographic information, "Depression Anxiety Stress Scale DASS42", and "Rosenberg self-esteem, physical activity MET" were filled by pupils. Weight was measured using Seca digital weight scale having 100g precision, and height was measured using inelastic tape installed on wall with 0.5 centimeter of accuracy. Data was analyzed using Chi-square, t-test, ANOVA and logistic regression statistical.

Results: Prevalence of overweight and obesity was 21.8%, and prevalence of depression was 54.7%. The depression prevalence was significantly higher in overweight and obese subjects (P<0.0001). School stage, weight perception, body fitness satisfaction, birth order, and family history of obesity were factors affecting the association of obesity and depression. After adjusting for these factors in multivariate logistic regression model, the association of obesity and depression remained significant.

Conclusion: Due to significant association between overweight and depression and regarding high prevalence of depression in high school girls, paying more attention to obesity and its complications including depression is necessary.

Key Words: overweight and obesity, depression

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.3.0]

[*] Corresponding author: School of Health, Tehran Universiyy of medical science, Tehran, Iran
Tel: 88951395
E-mail: a_dorosty@yahoo.com