

## تعیین برخی عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران نوجوان دبیرستانی شهر سمنان (۸۳-۱۳۸۲)

اعظم دوست محمدیان<sup>۱</sup>، سید علی کشاورز<sup>۲</sup>، احمدرضا درستی<sup>۳</sup>، محمود محمودی<sup>۴</sup>، هاله صدرزاده یگانه<sup>۵</sup>

- ۱- کارشناس ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، گروه تحقیقات تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پست الکترونیکی: doost\_mohammadi@yahoo.com
- ۲- استاد، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- استادیار دانشکده تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۴- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۵- مربی، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت: ۸۵/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۱/۲۵

### چکیده

**سابقه و هدف:** سوء تغذیه نوجوانان نه تنها یک مشکل مهم بهداشتی، بلکه یک مشکل توسعه اقتصادی در ایران و سایر کشورهای در حال توسعه است. بروز بالای کمبودهای تغذیه‌ای و عادات غذایی نادرست در این دوران می‌تواند به عوارضی چون استئوپروز، چاقی، افزایش فشار خون، تاخیر در بلوغ جنسی و تاثیر بر قد دوران بزرگسالی و سالهای بعد منجر شود. هدف از این مطالعه تعیین برخی عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران نوجوان دبیرستانی شهر سمنان بود.

**مواد و روشها:** تعداد ۲۵۶ دختر نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله در سطح دبیرستانهای شهر سمنان از طریق نمونه‌گیری تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شدند. قد و وزن آنها اندازه‌گیری و نمایه توده بدن (BMI) محاسبه شد. وضعیت تغذیه دختران دبیرستانی به وسیله نمایه توده بدن (BMI برای سن) بر اساس مرجع CDC 2000 تعریف شد و با استفاده از پرسشنامه‌های یادآمد ۲۴ ساعته، یادداشت خوراک و بسامد خوراک، برخی اطلاعات غذایی مربوط به دانش آموزان، جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میزان کم وزنی، اضافه وزنی و چاقی در این مطالعه به ترتیب ۵/۹٪ (مورد انتظار ۵٪)، ۱۱/۷٪ (مورد انتظار ۱۰٪) و ۴/۷٪ (مورد انتظار ۵٪) بود. دریافت روزانه چربی ( $r = +0.18$ ،  $p = 0.003$ )، درصد انرژی دریافتی از چربی ( $r = +0.1$ ،  $p = 0.04$ ) و دفعات مصرف غذای آماده در هفته ( $r = +0.13$ ،  $p = 0.026$ ) با صدک BMI ارتباط آماری معنی داری داشت. بین دفعات مصرف میان‌وعده غذایی در روز با وضعیت وزن، ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده شد ( $p = 0.023$ ). بین دریافت روزانه انرژی، کربوهیدرات، پروتئین و درصد انرژی دریافتی از درشت مغذیها به غیر از چربی، دفعات مصرف وعده‌های غذایی، میوه‌جات و سبزیجات، گوشت قرمز، محصولات لبنی به جز پنیر و نوشابه‌های گازدار با وضعیت وزن، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** دریافت بالای چربی و همچنین مصرف غذاهای آماده و میان‌وعده غذایی از عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران نوجوان دبیرستانی شهر سمنان بودند. بر این اساس، گنجاندن متون آموزشی تغذیه‌ای و ارائه الگوی صحیح مصرف مواد غذایی می‌تواند راهکارهای مناسبی جهت ارتقای سلامت جامعه باشد.

**واژگان کلیدی:** دختران نوجوان، وضعیت وزن، دریافت غذایی

### • مقدمه

توجه است (۱). بالا بودن شیوع سوءتغذیه در جهان، به خصوص در بین کودکان و نوجوانان، نگران کننده است. تقریباً ۷۰٪ کودکان و نوجوانان سوء تغذیه‌ای جهان در

سوء تغذیه اعم از چاقی، اضافه وزنی و لاغری در کودکان و نوجوانان به عنوان یک مشکل مهم بهداشتی و اقتصادی در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت مورد

طور که ملاحظه می‌شود، مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی را در زمینه ارتباط عوامل غذایی با وضعیت وزن کودکان و نوجوانان نشان داده‌اند. با توجه به شرایط گوناگون فرهنگی و اجتماعی در مناطق مختلف ایران لازم است، در هر جمعیتی، این عوامل به طور اختصاصی بررسی شوند و برنامه ریزی اصولی در زمینه غذا و تغذیه جهت دستیابی به امنیت غذایی، اصلاح و بهبود وضعیت تغذیه و رهایی از گرسنگی و سوءتغذیه در سطح ملی انجام شود. با توجه به اینکه اطلاعات محدودی درباره عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن به خصوص در میان نوجوانان مناطق مختلف ایران وجود دارد و نظر به اینکه در این زمینه در شهر سمنان پژوهشی انجام نشده است، بررسی حاضر با هدف تعیین برخی عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران نوجوان دبیرستانی ۱۴ تا ۱۸ ساله شهر سمنان در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ انجام شد.

#### • مواد و روشها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی بود که در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ انجام شد. **نمونه‌گیری:** جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه دختران دانش آموز ۱۴ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در دبیرستانهای دولتی شهر سمنان بودند که با مراجعه به آموزش و پرورش شهر سمنان، تعداد آنان ۵۶۴۰ نفر برآورد شد. جهت تعیین حجم نمونه با انجام یک مطالعه اولیه (Pilot Study) تعداد ۱۰ دانش آموز از هر پایه تحصیلی و در مجموع ۴۰ دانش آموز به طور تصادفی انتخاب شدند. قد، وزن و BMI (Body Mass Index) آنها اندازه‌گیری شد. بیشترین انحراف معیار (۲/۰۴) مربوط به وزن دانش‌آموزان بود که با اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵/۰ کیلوگرم، تعداد نمونه‌های مورد بررسی در هر پایه تحصیلی ۶۴ نفر و در کل ۲۵۶ دانش آموز برآورد شد. سپس با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهر سمنان و اخذ تعداد اسامی و محل دبیرستانهای دخترانه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی دو مرحله‌ای، در مرحله اول مدارس انتخاب شدند و مرحله دوم کلاسها و ۲۵۶ دانش آموز از هشت دبیرستان در چهار منطقه

آسیا زندگی می‌کنند. شیوع کم وزنی به خصوص در جنوب آسیا بالاست (۲). چاقی و اضافه وزنی هم در میان کودکان و نوجوانان رو به افزایش است، به طوری که شیوع اضافه وزنی در نوجوانان ۱۲ تا ۱۹ ساله آمریکایی ۲۱٪ است که نسبت به دهه‌های گذشته ۶٪ افزایش یافته است (۳). کم وزنی، چاقی و اضافه وزنی در بین نوجوانان کشور ما نیز به عنوان یکی از مشکلات عمده بهداشتی، مطرح است. پژوهشهای انجام شده در مناطق مختلف کشور حاکی از وجود وضعیت رشد نامطلوب در بین دختران نوجوان است. در بررسی انجام شده روی نوجوانان ایرانی، شیوع اضافه وزنی و چاقی در بین دختران نوجوان به ترتیب ۱۰/۲٪ و ۳/۷٪ به دست آمد. این میزان در بین دختران نوجوان به طور معنی‌داری بیشتر از پسران نوجوان ایرانی بود (۴).

عوارض متعدد پزشکی و روانی اجتماعی سوء تغذیه در کودکان و نوجوانان و بار سنگینی که از این بابت به جامعه تحمیل می‌شود، ضرورت بررسی وضعیت وزن در این گروه را روشن می‌سازد (۵). هر نوع اقدام و برنامه‌ریزی در این زمینه، نیازمند آگاهی از عوامل مرتبط با وضعیت وزن کودکان و نوجوانان است. وضعیت وزن، تحت تاثیر عوامل مختلف ژنتیکی، اجتماعی - اقتصادی، محیطی و تغذیه‌ای قرار دارد در این میان، عوامل تغذیه‌ای و محیطی نقش مهمتری نسبت به سایر عوامل دارند. برخی از مطالعات، ارتباطات مثبتی بین دریافت انرژی و درشت مغذیها با وضعیت وزن گزارش کرده‌اند (۹-۶) و در برخی دیگر از مطالعات، ارتباطی دیده نشده است (۱۲-۱۰). تغییر در الگوهای غذایی و مصرف غذاهای آماده با انرژی و چربی زیاد که در گذشته، کمتر مصرف می‌شدند، در افزایش چاقی در بین کودکان و نوجوانان سهم عمده‌ای داشته‌اند (۱۳).

برخی از مطالعات، دفعات مصرف وعده و میان وعده غذایی، غذاهای آماده، نوشابه‌های گازدار، دفعات مصرف میوه‌جات و سبزیجات، لبنیات و گوشت قرمز را به عنوان عوامل مرتبط با وضعیت وزن گزارش کرده‌اند (۱۸-۱۶) در حالی که بعضی از مطالعات، بین برخی از این عوامل با وضعیت وزن، ارتباطی مشاهده نکرده‌اند (۲۱-۱۹). همان

شمال، جنوب، غرب و شرق سمنان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

**روش گردآوری اطلاعات:** با استفاده از پرسشنامه اطلاعات عمومی، اطلاعات مربوط به نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و تاریخ بررسی به دست آمد. اطلاعات مربوط به اندازه‌گیریهای تن سنجی شامل وزن و قد دانش‌آموزان با حداقل لباس و بدون کفش به ترتیب با استفاده از ترازوی کفه‌ای Beurrer با دقت ۵۰۰ گرم و با استفاده از متر نواری با دقت ۰/۱ cm اندازه‌گیری شد. بعد از هر ۱۰ نفر ترازو با یک وزنه استاندارد، جهت اطمینان از درستی آن کنترل می‌شد. BMI دانش‌آموزان از تقسیم وزن بدن (کیلو گرم) به مجذور قد (متر) به دست آمد (۲۲). داده‌های مربوط به دریافت انرژی و درشت مغذیها با استفاده از دو پرسشنامه یاد آمد خوراک ۲۴ ساعته و پرسشنامه یادداشت خوراک ۲۴ ساعته جمع‌آوری شد. در پرسشنامه یاد آمد خوراک ۲۴ ساعته، از فرد پاسخ‌دهنده خواسته می‌شد تا تمام مواد غذایی، نوشیدنیها و مکملهای رژیمی مورد مصرف در طول ۲۴ ساعت گذشته را به خاطر آورده و گزارش کند. برای تخمین صحیح میزان غذای خورده شده، از مدل‌های غذایی، فنجانهای اندازه‌گیری، قاشقها و سایر وسایل استفاده شد. در پرسشنامه یادداشت خوراک از دانش‌آموزان خواسته می‌شد که در یک روز معین مقادیر مواد غذایی مورد مصرف خود را هنگام استفاده بر حسب قاشق، فنجان و دیگر پیمانانه‌های متداول یادداشت کنند. حسن پرسشنامه ۲۴ ساعت یاد آمد خوراک این است که بدون اطلاع قبلی است و دانش‌آموزان میزان دریافت غذایشان را تغییر نمی‌دهند، ولی چون برحافظه افراد تکیه دارد، ممکن است دانش‌آموزان تمام مواد غذایی دریافتی خود را به خاطر نیاورند پرسشنامه یادداشت خوراک تا حدودی می‌توانست این میزان خطا را کاهش دهد، ضمن اینکه هر یک از این دو به تنهایی برای تعیین دریافت مواد مغذی کافی نبود، به همین دلیل، از هر دو پرسشنامه استفاده شد تا نتایج دقیق‌تری به دست آید. (۲۳) مواد غذایی در این دو روز به اجزاء، تبدیل و مقدار آنها محاسبه و کدگذاری شد. با وارد کردن این مقادیر در برنامه

نرم‌افزاری DFP<sup>۱</sup> مقادیر دریافتی روزانه انرژی، کربوهیدرات، پروتئین و چربی محاسبه شد. (۲۴)

درصد انرژی دریافتی از پروتئین به صورت کمتر از ۱۰٪، ۳۰-۱۰٪ و درصد انرژی دریافتی از کربوهیدرات به صورت کمتر از ۴۵٪، ۶۵-۴۵٪ و بیشتر از ۶۵٪ و درصد انرژی دریافتی از چربی به صورت کمتر از ۲۵-۳۵٪ و بیشتر از ۳۵٪ گروه بندی شد (۲۵)

برای تعیین سایر عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران دبیرستانی شهر سمنان از پرسشنامه بسامد خوراک استفاده شد. به منظور تأمین اعتبار یا روایی اولیه پرسشنامه بسامد خوراک، سوالات این پرسشنامه از طریق مراجعه به مطالعات قبلی انجام شده در سایر کشورها و ایران و بر اساس مطالعه منابع علمی مرتبط با موضوع پژوهش و با نظرات و پیشنهادات استادان مختلف، تهیه و پرسشنامه نهایی تنظیم شد. این پرسشنامه شامل اطلاعاتی در مورد تعداد وعده‌ها و میان‌وعده‌های غذایی در روز، دفعات مصرف هفتگی شیر و لبنیات بجز پنیر، میوه و سبزی، گوشت قرمز، نوشابه‌های گازدار و غذاهای آماده بود.

برای تعیین وضعیت تغذیه از صدک BMI برای سن و جنس منحنی رشد استاندارد مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها<sup>۲</sup> در آمریکا سال ۲۰۰۰ استفاده شد (۲۶). در این طبقه‌بندی صدک کمتر از ۵ به عنوان کم‌وزن، صدک بین ۵ تا ۸۴/۹ دارای وضعیت طبیعی، صدک بین ۸۵ تا ۹۴/۹ دارای اضافه وزن و صدک بیشتر و مساوی ۹۵ به عنوان چاق در نظر گرفته شد.

**روش پردازش داده‌ها:** به منظور ورود اطلاعات به رایانه و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 11.5 استفاده شد. برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی در چهار گروه طبقه بندی شده بر اساس صدک BMI از آنالیز واریانس یکطرفه و برای تعیین همبستگی بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و بین صفات کیفی از آزمون آماری کای اسکوئر استفاده شد.

<sup>۱</sup>- Dorosty Food Processor

<sup>۲</sup>- Center for Disease Control and Prevention-CDC2000

## • یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار عوامل غذایی مورد بررسی بر حسب وضعیت وزن در جدول ۱ مشاهده می‌شود که چهار گروه نوجوانان با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند. فقط در مورد دفعات مصرف میان‌وعده غذایی، تفاوتی در مرز معنی‌داری مشاهده شد ( $p=0/05$ ).

مبنای گروه بندی میان‌وعده‌های غذایی بر اساس چارک بود که با توجه به فراوانیها، چارک اول و دوم با یکدیگر و چارک سوم با چارک چهارم ادغام شدند و پس از انجام آزمون آماری کای اسکوئر، بین دفعات مصرف میان‌وعده غذایی با وضعیت وزن، ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ( $p=0/023$ )، به بطوری که اکثر دختران کم وزن ( $6/6\%$ ) و چاق ( $11\%$ ) در گروهی بودند که بیشترین تعداد میان‌وعده‌های غذایی را در روز

مصرف می‌کردند (جدول ۲). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بیشتر دختران چاق ( $7\%$ ) و مبتلا به اضافه وزن ( $14\%$ ) در گروهی قرار داشتند که تعداد وعده‌های غذایی آنها بین یک تا دو وعده در روز بود و بیشتر دانش‌آموزان دارای وضعیت طبیعی ( $78/8\%$ ) در گروهی بودند که بیشتر و مساوی سه وعده غذایی در روز مصرف می‌کردند؛ ولی بین تعداد وعده‌های غذایی در روز با وضعیت وزن دختران دبیرستانی سمنانی ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد ( $p>0/05$ ). همچنین جدول ۲ حاکی از آن است که بین دفعات مصرف میوه‌جات، سبزیجات، گوشت قرمز، محصولات لبنی (بجز پنیر) و نوشابه‌های گازدار در هفته با وضعیت وزن دختران دبیرستانی سمنانی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار عوامل غذایی بر حسب وضعیت وزن در دختران دبیرستانی مورد بررسی (سمنان ۸۳-۱۳۸۲)

جمع کل	وضعیت وزن				طبقه بندی وزن
	$\geq 95$	۸۵-۹۴/۹	۵-۸۴/۹	$< 5$	
	چاق n=۱۲	اضافه وزن n=۳۰	طبیعی n=۱۹۹	کم وزن n=۱۵	
$O \pm SD$	$O \pm SD$	$O \pm SD$	$O \pm SD$	$O \pm SD$	عوامل غذایی
۱۹۵۷/۴۷±۴۸۵/۸۴	۱۸۲۵/۵۱±۵۱۳/۳۱	۲۰۰۲/۳±۴۷۸/۶۰	۱۹۶۲/۵۱±۴۷۸/۶۹	۱۹۰۶±۵۹۵/۵۴	انرژی دریافتی روزانه (Kcal)
۲۵۷/۲۳±۷۱/۳۲	۲۴۵/۶۹±۵۹/۳۶	۲۵۷/۴±۵۶/۵۵	۲۵۷/۳۳±۷۲/۴۱	۲۶۴/۸۳±۹۴/۴۱	کربوهیدرات دریافتی روزانه (g)
۶۲/۷۰±۱۹/۸۰	۵۵/۱۳±۲۲/۹۸	۶۵/۳±۲۰/۵۳	۶۳/۰۱±۱۹/۵۹	۵۹/۴۱±۱۸/۹۱	پروتئین دریافتی روزانه (گرم)
۷۶/۸۵±۲۶/۵۰	۷۲/۸۶±۲۱/۵۶	۸۴/۴۹±۳۵/۵۰	۷۶/۴۷±۲۴/۷۴	۶۹/۸۳±۲۳/۶۴	چربی دریافتی روزانه (گرم)
۶۲/۸۴±۷/۶۰	۵۴/۷±۶/۰۳	۵۱/۵۵±۷/۸۱	۵۲/۷۵±۷/۷۸	۵۵/۱۱±۵/۴۲	درصد انرژی دریافتی از کربوهیدرات
۱۲/۸۸±۲/۷	۱۲/۰۳±۳/۰۸	۱۲/۹۵±۲/۹	۱۲/۹±۲/۷۱	۱۳/۰۴±۱/۸۷	درصد انرژی دریافتی از پروتئین
۳۵/۰۹±۷/۰۵	۳۴/۸۲±۷/۲۷	۳۶/۶۸±۸/۹۷	۳۵/۰۱±۶/۸۲	۳۳/۲۵±۵/۴۸	درصد انرژی دریافتی از چربی
۲/۵۳±۰/۶۳	۲/۳۳±۰/۶۵	۲/۴۶±۰/۶۲	۲/۵۳±۰/۶۴	۲/۸۰±۰/۴۱	دفعات مصرف وعده غذایی
۲/۶۴±۰/۷۴	۳/۰۸±۰/۹	۲/۴±۰/۷۲	۲/۶۴±۰/۷۳	۲/۷۳±۰/۷۰	دفعات مصرف میان‌وعده غذایی*
۶/۰۳±۲/۱۱	۵/۷۵±۱/۴۲	۶/۰±۲/۱۹	۶/۰۶±۲/۱۷	۶/۰۶±۱/۶۲	دفعات مصرف میوه و سبزی در هفته
۳/۸۰±۲/۸۳	۴/۵۰±۲/۴۳	۳/۷۳±۲/۳۰	۳/۸۴±۲/۱۱	۲/۸±۱/۶۱	دفعات مصرف گوشت در هفته
۴/۸۸±۲/۳۶	۵/۸۳±۱/۳۳	۴/۳۳±۲/۶۴	۴/۹۰±۲/۳۹	۴/۹۳±۱/۸۳	دفعات مصرف لبنیات بجز پنیر در هفته
۰/۸۵±۱/۱۴	۰/۹±۱/۱۶	۰/۸۶±۱/۱۳	۰/۸۷±۱/۱۷	۰/۴±۰/۶۳	دفعات مصرف غذای آماده در هفته
۱/۸۶±۱/۷۳	۱/۶۶±۲/۱	۱/۸۳±۱/۵۳	۱/۸۷±۱/۷۴	۱/۹۳±۱/۹	دفعات مصرف نوشابه‌های گازدار در هفته

\*اختلاف آماری در مرز معنی‌داری ( $p=0/05$ )

جدول ۲- توزیع فراوانی دفعات مصرف روزانه وعده غذایی، میان وعده غذایی و دفعات مصرف هفتگی لبنیات بجز پنیر، میوه جات و سبزیجات، گوشت قرمز، غذاهای آماده و نوشابه های گازدار بر حسب وضعیت وزن در دختران دبیرستانی مورد بررسی (سمان ۸۳-۱۳۸۲)

نام متغیر	طبقه بندی وزن	وضعیت وزن							
		<۵		۵-۸۴/۹		۸۵-۹۴/۹		۹۵≥	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دفعات مصرف وعده اصلی غذایی در روز	۱-۲	۳	۳	۷۶	۷۶	۱۴	۱۴	۷	۷
		۱۲	۷/۷	۱۲۳	۷۸/۸	۱۶	۱۰/۳	۵	۳/۲
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									
دفعات مصرف میان وعده غذایی در روز*	<۳	۶	۵	۹۵	۷۹/۲	۱۸	۱۵	۱	۰/۸
		۹	۶/۶	۱۰۴	۷۶/۵	۱۲	۸/۸	۱۱	۸/۱
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									
دفعات مصرف میوه و سبزی در هفته	<۷	۴	۴/۶	۶۷	۷۷	۱۰	۱۱/۵	۶	۶/۹
		۱۱	۶/۵	۱۳۲	۷۸/۱	۲۰	۱۱/۸	۶	۳/۶
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									
دفعات مصرف گوشت قرمز در هفته	<۴	۱۱	۹/۲	۹۱	۷۶/۵	۱۴	۱۱/۸	۳	۲/۵
		۴	۲/۹	۱۰۸	۷۸/۸	۱۶	۱۱/۷	۹	۶/۶
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									
دفعات مصرف لبنیات (بجز پنیر) در هفته	<۵	۶	۵/۴	۸۹	۷۹/۵	۱۴	۱۲/۵	۳	۲/۷
		۹	۶/۳	۱۱۰	۷۶/۴	۱۶	۱۱/۱	۹	۶/۳
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									
دفعات مصرف غذاهای آماده در هفته	نمی خورم	۱۰	۸/۲	۹۱	۷۴/۶	۱۵	۱۲/۳	۶	۴/۹
		۵	۳/۷	۱۰۸	۸۰/۶	۱۵	۱۱/۲	۶	۴/۹
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									
دفعات مصرف نوشابه های گازدار در هفته	<۲	۸	۶/۳	۹۷	۷۶/۴	۱۵	۱۱/۸	۷	۵/۵
		۷	۵/۴	۱۰۲	۷۹/۱	۱۵	۱۱/۶	۵	۳/۹
		۱۵	۵/۹	۱۹۹	۷۷/۷	۳۰	۱۱/۷	۱۲	۴/۷
جمع									

\*دفعات مصرف میان وعده غذایی در روز با وضعیت وزن، ارتباط آماری معنی داری داشت (P=۰/۰۲۳)

حاصل از مطالعات انجام شده بر روی کودکان و نوجوانان ۴ تا ۸ ساله کانادایی (۲۷) و نوجوانان مالزیایی مشابه بود (۲۸). مطالعه انجام شده روی ۳۳۱ نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله اسپانیایی نیز همبستگی مثبت معنی‌داری بین BMI نوجوانان و درصد انرژی دریافتی از چربی نشان داد (۸). مصرف غذاها و ساندویچ‌های پرچرب و سرخ شده به عنوان میان‌وعده در دانش‌آموزان با دریافت بیش از حد انرژی و افزایش ذخایر چربی بدن می‌تواند تفسیری بر وجود ارتباط معنی‌دار بین دریافت روزانه چربی با وضعیت وزن باشد.

در این مطالعه، بین دریافت روزانه انرژی، کربوهیدرات و پروتئین و درصد انرژی دریافتی از این درشت مغذیها با وضعیت وزن، ارتباطی دیده نشد که یافته‌های حاصل از مطالعات Crant و همکاران (۱۱) را تایید می‌کند؛ ولی در برخی مطالعات، بین دریافت روزانه انرژی و درشت مغذیها با وضعیت وزن، ارتباط‌هایی گزارش شده است (۸،۷). این تاثیرات متفاوت را این‌گونه می‌توان تفسیر نمود که افراد چاق و دارای اضافه وزن، برعکس افراد کم وزن تمایل دارند که دریافت غذایی خود را کمتر از حد واقعی گزارش نمایند (۲۷). این نکته را هم باید در نظر داشت که گرچه ممکن است دریافت‌های غذایی افراد دارای اضافه وزن با افراد کم وزن یا دارای وضعیت طبیعی، تفاوتی نداشته باشد، ولی میزان فعالیت و تحرک می‌تواند بر وضعیت وزن اثر بگذارد. به طوری که برخی مطالعات نشان داده است معمولاً تحرک افراد دارای اضافه وزن و چاق نسبت به افراد لاغر و مخصوصاً طبیعی، کمتر است. (۳۲،۲۷)

همبستگی مثبت معنی‌داری بین دفعات مصرف غذای آماده در هفته با صدک BMI دختران دبیرستانی شهر سمنان وجود داشت که یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده بر روی نوجوانان بوستونی (۳۱) و کانادایی (۳۲) همسو است.

ارتباط مصرف غذاهای آماده با وضعیت وزن به دلیل اثر مصرف این غذاها بر میزان دریافت انرژی و سایر مواد مغذی است. در اکثر غذاهای آماده ۵۰٪ انرژی آنها از چربی تأمین می‌شود و معمولاً حاوی مقادیر بالایی چربی یا قندهای ساده هستند و در مقابل مقادیر کمی آهن،

میزان چربی دریافتی روزانه و درصد انرژی دریافتی از چربی با صدک BMI برای سن، همبستگی مثبت معنی‌دار نشان داد (به ترتیب  $r = +0/18$ ،  $p = 0/003$  و  $r = +0/01$ ،  $p = 0/04$ ). یافته‌ها نشان داد که با افزایش چاقی و اضافه وزن در دختران، تعداد بار مصرف غذاهای آماده در هفته افزایش می‌یافت و بین دفعات مصرف غذاهای آماده در هفته با صدک BMI برای سن، همبستگی مثبت معنی‌داری دیده شد ( $r = +0/139$ ،  $p = 0/026$ ، جدول ۳).

بین دریافت روزانه انرژی، کربوهیدرات، پروتئین و درصد انرژی دریافتی از درشت مغذیها (به غیر از چربی) با وضعیت وزن، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

جدول ۳- ضریب همبستگی بین عوامل غذایی با صدک BMI برای سن در دختران دبیرستانی مورد بررسی (سمنان ۸۳-۱۳۸۲)

صدک BMI برای سن n=۲۵۶		متغیر کمی
P. Value	r	معیار آماری
**NS	-0/09	انرژی دریافتی روزانه (Kcal)
NS	-0/07	کربوهیدرات دریافتی روزانه (گرم)
NS	-0/11	پروتئین دریافتی روزانه (گرم)
*0/003	0/18	چربی دریافتی روزانه (گرم)
NS	-0/12	درصد انرژی دریافتی از کربوهیدرات
NS	-0/01	درصد انرژی دریافتی از پروتئین
*0/04	0/01	درصد انرژی دریافتی از چربی
NS	-0/08	دفعات مصرف وعده غذایی در روز
0/053	-0/06	دفعات مصرف میان‌وعده غذایی در روز
NS	-0/08	دفعات مصرف میوه و سبزی در هفته
NS	-0/05	دفعات مصرف گوشت در هفته
NS	-0/07	دفعات مصرف لبنیات بجز پنیر در هفته
*0/02	0/13	دفعات مصرف غذای آماده در هفته
NS	-0/05	دفعات مصرف نوشابه‌های گازدار در هفته

\*\* Non Significant / (P>)

#### • بحث

در بررسی حاضر، دریافت روزانه چربی و درصد انرژی دریافتی روزانه از چربی با وضعیت وزن دختران دبیرستانی سمنانی، ارتباط معنی‌داری داشت. که با نتایج

نتیجه، کاهش اضافه وزنی و چاقی می شود. بر اساس مطالعات، دریافت بیشتر میوه جات و سبزیجات به دلیل دریافت بیشتر فیبر محلول، عامل مهمی جهت ثبات و تعادل انرژی در جلوگیری از چاقی است (۳۹).

در بررسی حاضر، بین تعداد دفعات مصرف لبنیات (بجز پنیر) در هفته با وضعیت وزن ارتباطی دیده نشد. احتمال می رود علت آن کیفی بودن روش بررسی دریافت لبنیات در فرد باشد که تعداد بار مصرف در هفته از دانش آموز پرسیده می شود و مشخص نمی شود فرد در هر بار مصرف، چه مقدار دریافت نموده است. این یافته با نتیجه بررسی انجام شده روی دختران دبیرستانی مناطق ۱ و ۱۹ شهر تهران (۲۰) همسو است. ارتباط وضعیت وزن و مصرف لبنیات به نقش کلسیم در تنظیم متابولیسم چربی در سلول های چربی و ذخیره تری گلیسرید و کنترل وزن برمی گردد. افزایش ۲۵۰ دی هیدروکسی کولی کلسیفرول به علت رژیم های کم کلسیم باعث تحریک نفوذ یون کلسیم به سلول های بافت چربی و تحریک لیپوژنز و مهار لیپولیز و در نتیجه افزایش تجمع چربی می شود، ولی دریافت محصولات لبنی به دلیل داشتن یون کلسیم، این اثرات را مهار می کند (۴۰).

از دیگر یافته های این مطالعه، عدم وجود ارتباط معنی دار بین دفعات مصرف گوشت قرمز در هفته با وضعیت وزن دختران نوجوان سمنانی بود که نتایج بررسیهای انجام شده روی نوجوانان تهرانی (۲۰) و اصفهانی (۴۲) را تایید می کند. طبق مطالعات، رژیم های پرپروتئین حاوی گوشت قرمز با کاهش میزان تری گلیسرید خون، به طور مفید و بدون عوارض روی تراکم استخوان باعث کنترل وزن و کاهش BMI می شوند (۴۱).

نوشابه ها به علت داشتن شکر، دانسیته بالایی از انرژی دارند که در نتیجه، باعث چاقی و اضافه وزن می شوند. همچنین در افرادی که مصرف این مواد بیشتر است، میزان مصرف میوه جات و سبزیجات و لبنیات کاهش می یابد (۴۳).

در بررسی حاضر، در دفعات مصرف نوشابه ها با وضعیت وزن، ارتباطی دیده نشد. اگرچه این یافته تاییدی

کلسیم، ریوفلاوین، ویتامین A و فولات دارند (۱۳). مطالعات نشان داده است که کودکان و نوجوانانی که از غذاهای آماده به عنوان میان وعده استفاده می کنند، مقدار بیشتری انرژی، چربی، کربوهیدرات از نوشابه و مقدار کمتری ویتامین های A و C را از شیر، میوه جات و سبزیجات دریافت می کنند (۳۳، ۳۴).

وجود ارتباط معنی دار بین دفعات مصرف میان وعده غذایی در روز با وضعیت وزن دختران نوجوان دبیرستانی شهر سمنان، یکی دیگر از یافته های این مطالعه بود که نتیجه مطالعه انجام شده در هنگ کنگ چین را تایید می کند (۳۵). احتمالاً مصرف غذاهای آماده و تنقلات با ارزش تغذیه ای کم در میان وعده های غذایی به دلیل دریافت بیشتر انرژی و چربی و ایجاد بی اشتها بی کاذب و محروم کردن بدن از مواد مغذی مورد نیاز در این دوران می تواند در ایجاد سوء تغذیه به صورت چاقی، لاغری یا اضافه وزنی در دختران نوجوان دبیرستانی سمنانی موثر باشد.

عدم تعادل در توزیع انرژی در وعده های غذایی می تواند بر وضعیت وزن موثر باشد. براساس مطالعات، تقسیم کردن یک وعده به چندین وعده غذایی، به دلیل افزایش اثر گرمایی غذا مانع افزایش وزن و BMI می شود (۳۶). در بررسی حاضر، بین دفعات مصرف وعده غذایی در روز با وضعیت وزن دختران دبیرستانی سمنانی، ارتباطی دیده نشد. این نتیجه با یافته های مطالعه انجام شده روی کودکان و نوجوانان لهستانی همخوانی دارد (۳۷).

در این مطالعه، ارتباطی بین دفعات مصرف میوه و سبزی با وضعیت وزن دیده نشد که احتمال می رود به علت تشابه گروهها از نظر دفعات مصرف میوه و سبزی باشد. در مطالعه ای که Field و همکاران در زمینه ارتباط بین دفعات مصرف میوه و سبزی با BMI در دختران نوجوان آمریکایی انجام دادند، نتیجه مشابهی به دست آمد (۳۸). ارتباط وضعیت وزن با مصرف میوه و سبزی به نقش فیبر در پیشگیری از چاقی و اضافه وزنی برمی گردد. فیبر به عنوان افزایش دهنده حجم با ایجاد لایه ژل مانند در دیواره روده باریک، یک عامل مهار کننده انتشار چربیها از مخاط روده است و باعث کاهش جذب چربی و در

انجام بررسی در زمینه وضعیت تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان و عوامل مرتبط با آن در سایر شهرها و روستاهای کشور و انجام مطالعات آینده نگر به منظور روشن شدن عواملی که با مطالعات مقطعی، امکان بررسی آنها وجود ندارد، می‌تواند اطلاعاتی را در این زمینه در کل کشور جهت ارزیابی وضعیت تغذیه و مقایسه با دیگر نقاط جهان فراهم نماید.

### سپاسگزاری

از همکاری و حمایت کلیه کارکنان محترم دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران قدردانی می‌شود، همچنین از سرکار خانم سعیده احسانی فر و مسئولان محترم آموزش و پرورش، مدیران، معاونان، دبیران و دانش‌آموزان دبیرستانهای دولتی شهر سمنان که همکاری صمیمانه‌ای در انجام این تحقیق داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

### • References

1. Popkin BM. Nutrition in transition the changing global nutrition challenge. *Asia Pac J Clin Nutr* 2001; 10 (supple): 18-13.
2. Khor GL. Update on the prevalence of malnutrition among children in Asia. *Nepal Medical College Journal* 2003; 5: 113-122.
3. Greger N, Edwin CM. Obesity: a pediatric epidemic. *Pediatric Annale* 2001; 30: 694-700.
4. Mohammadpour Ahranjani B, Abdollahi M, Hoshyar Rad A, Abtahi M, Kalantari N, Ghaffarpour M. Overweight and obesity: An emerging public health problem in Iran. National nutrition and food technology research institute, Shaheed Beheshti university of medical science, Iran. Abstract book of the 13<sup>th</sup> Asia-Oceania congress of endocrinology (AOCE). Endocrine Research Center. 2006, 107.
5. Dehghan M, Merchant AT, Akhtardanesh N. Childhood obesity: prevalence and prevention. *Nutrition Journal* 2005; 4:24.
6. Troiano RP, Briefel RP, Carrol M, Bialostosky K. Energy and fat intakes of children and adolescents in United States: data from the National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Clin Nutr* 2000; 72(suppl): 1343S-53S.
7. Chugh R, Puri S. Affluent adolescent girls of Delhi: Eating and weight concern. *British Journal of Nutrition* 2001; 86: 535-542.
8. Garaulet M, Martinez A, Victoria F, Perez-Lamas F, Orteaga RM, Zamora S. Different in dietary intake and activity level between normal- weight and

بر نتیجه حاصل از مطالعه انجام شده توسط Forshee و همکاران است (۴۴)، اما برخی مطالعات، نتایج مغایری را به دست آورده‌اند (۱۸). این مطالعه در ماههای اسفند و فروردین انجام شد و در این ماهها با توجه به خنک بودن هوا میزان مصرف نوشابه‌ها در دختران مورد مطالعه، کم بود. شاید این موضوع بتواند دلیلی برای عدم ارتباط معنی‌دار بین مصرف نوشابه‌ها با وضعیت وزن در بررسی حاضر باشد.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادها

دریافت بالای چربی و همچنین مصرف غذاهای آماده و میان‌وعده‌های غذایی از عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران نوجوانان دبیرستانی شهر سمنان بودند. بر این اساس، گنجاندن متون آموزشی تغذیه‌ای و ارائه الگوی صحیح مصرف مواد غذایی می‌تواند راهکارهای مناسبی جهت ارتقای سلامت جامعه باشد. همچنین

overweight or obese adolescents. *J pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 253-258.

9. جعفری راد، سیمنا. بررسی وضع تغذیه و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران ۱۴-۱۸ ساله دبیرستانی منطقه یک شهر ساری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ۱۳۸۴.
10. Ashima K. Association of self- perceived body weight status with dietary reporting by teens. *Obes Res* 2002; 10:1269.
11. Crant AM, Ferguson EL, Toafa V, Henry TE, Guthrie BH. Dietary factors are not association with high levels of obesity in New Zealand pacific preschool children. *J Nutr* 2004; 134: 2561-5.
12. Moaery H, Aghamohammadi A, Anari S, Nazemi L, Gholami N, et al. Overweight and obesity and associated factors in adolescents in Tehran, Iran (2004-2005). Immunology, asthma and allergy research institute Tehran University of medical science. Abstract book of the 13<sup>th</sup> Asia-Oceania congress of endocrinology (AOCE). Endocrine Research Center. 2006, 136.
13. Spear BA. Nutrition in adolescence. Ln: Mahan LK, Escott- Stump S (eds.) *Karuses Food, Nutrition and Diet Therapy*. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2004: 285-297.
14. Cho S, Dietrich M, Brown CJ, Clark CA, Block G. The effect of breakfast type on total daily energy in take and body mass index: result from the third



- National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Am Coll Nutr* 2003; 22:296-302.
15. Serra- Majem L, Ribas L, Perez- Rodrigo C, Garcia-Closas R, Pena- Quintana L, Aranceta J. Determinants of nutrient intake among children and adolescents: results from the enkid study. *Ann Nutr Metab* 2002; 1: 31-38.
  16. Neutzling MB, Taddei JA, Gigante DP. Risk factors of obesity among Brazilian adolescents: a case control study. *Public Health Nutr* 2003; 6: 743-746.
  17. Huang TT, Howarth NC, Lin BH, Robert SB, McCroery MA. Energy intake and meal portions: associations with BMI percentile US children. *Obes Res* 2004; 12:1875-85.
  18. Liebman M, Pelican S, Moore SA, Holmes B, Wardlaw MK, Melcher LM, Liddil AC, Paul LC, Dunnagan T, Haynes GW. Dietary intake, eating behavior, and physical activity- related determinants of high body mass index in rural communities in Wyoming, Montana, and Idaho. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 684-29.
  19. O'Connor TM, Yang SJ, Nickolas TA. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics* 2006; 118:1010-8.
۲۰. ابتهی، میترا. بررسی و مقایسه الگوی مصرف چربی، نحوه توزیع چربی بدن و نمایه توده بدن در دختران دبیرستانی مناطق ۱ و ۱۹ آموزش و پرورش شهر تهران سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۴. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ۱۳۸۴.
۲۱. سیف، زهرا. بررسی میزان شیوع چاقی در دختران نوجوان شهر همدان در سال ۸۲-۱۳۸۱. معاونت پژوهشی و بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان. خلاصه مقالات هشتمین کنگره تغذیه ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۳، صفحه ۳۸۳.
22. Kathleen A. Dietary and clinical assessment. Ln: Mahan LK, Escott- Stump S (eds.) *Karuses Food, Nutrition and Diet Therapy*. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2004:364-70.
  23. Dewyer J. Dietary assessment. Ln: Shils ME, Olson JA, Shike M, Catherine Ross A (eds.) *Modern Nutrition in Health and Disease*. 9<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins: USA; 1999: 587-881.
۲۴. تهیه شده از دفتر انجمن تغذیه ایران (اتا)  
(Dorosty food processor, Version 1995)
25. Earl R. Guideline for Dietary Planning. Ln: Mahan LK, Escott- Stump S (eds.) *Karuse's Food, Nutrition and Diet Therapy*. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2004:364-370.
  26. Kuczamarski RJ, Ogden CL, Grummer LM, Flegal KM, Gua SS, Jonson CL. CDC growth chart: United States. *Advance data* 2000; 314: 180-198.
  27. Gillis LJ, Kennedy LC, Gillis AM, Bar- Or. Relationship between juvenile obesity energy and fat Intake and physical activity. *Int. J Obes Relat Metab Disora* 2002; 26:458-463.
  28. Zalilah MS, Khor GL, Mirmalin K, Norimah AK, Ang K. Dietary intakes, physical activity and energy expenditure of Malasian adolescents. *Singapore Med J* 2006; 47:491-498.
  29. Patrick K, Norman GJ, Calfas KJ, Sallis JF, Zabinski MF, Rupp j, Cella J. Diet, physical activity and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence. *Arch. Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 385-390.
  30. Molnar D, Livingstone B. Physical activity in relation to overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2000; 159 Suppl 1: S45-55.
  31. Ebbeling CB, Sinclair KB, Pereira MA, Garcia-Lago E, Feldman HA, Ludwig DS. Compensation for energy intake from fast food among overweight and lean adolescents. *J A M A* 2004; 23: 2828-2833.
  32. Gillis LJ, Bar-Or O. Food away from home, sugare-sweetened drink consumption and juvenile obesity. *J Am Coll Nutr* 2003; 22: 539-545.
  33. Bowman S.A, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast- food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004; 113:112-188.
  34. Taveras EM, Berkey CS, Rifas-Shiman SL, Ludwig DS, Rockett HR, Field AE, Colditz GA, Gillman MW. Association of consumption of fried food away from Gillman home with body mass index and diet quality in older children and adolescents. *Pediatrics* 2005; 116: 518-524.
  35. Sea MM, Woo J, Tong PC, Choww CC, Chan JC. Association between food variety and body fatness in Hang Kong adults. *J Am Nutr* 2004; 23: 404-13.
  36. Bellisle F, Mc Devitt R, Prentice AM. Meal frequency and energy balance. *Br J Nutr* 1997. 77: S57-70.
  37. Weker H. Simpl obesity in children. A study on the role of nutritional factors. *Med Wiek Rozwoj* 2006; 10:3-191.
  38. Field AE, Gillman MW, Rosner B, Rockett HR, Colditz GA. Association between fruit and vegetable intake and change in body mass index among a large sample of children and adolescents in the United States. *Int. J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 821-826.
  39. Saltzman E, Roberts SB. Soluble fiber and energy regulation. Current knowledge and future directions. *Adv Exp Med Biol* 1997; 427: 89-97.

40. Zemel MB, Thompson W, Milstead A, Morris K, Campbell P. Calcium and dairy acceleration of weight and fat Loss during energy restriction in obese adults. *Obes Res* 2004; 12 : 582-590.
41. Clifton PM, Noakes M, Keogh J, Foster P. Effect of an energy reduced high protein red meat diet on weight loss and metabolic parameters in obese women. *Asia Pac J Clin Nutr* 2003; 12:S10.
42. کلیشادی، رویا. هاشمی پور، مهین. صراف زادگان، نضال. صدری، غلامحسین. انصاری رضوان. علیخانی حسین و همکاران. فراوانی اضافه وزن و چاقی در نوجوانان و ارتباط آن با عوامل محیطی (اصفهان-۱۳۸۰). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲، شماره ۴، ص ۲۶۰-۲۷۳.
43. Tanasescu M, Ferris AM, Himmelgreen DA, Rodiguze N, Perez- Escamilla R. Biobehavioral factors are associated with obesity in Puerto Rican children. *J Nutr* 2000; 130: 1734-1742.
44. Forshee RA, Storey ML. Total beverage consumption and beverage choices among children and adolescents. *Int. J. Food. Sci. Nutr* 2003; 54: 297-307.