

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۳ شماره ۲ خرداد و تیر ۱۳۹۰ صفحات ۷-۱۲

آگاهی و نگرش زنان در مورد عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی و ارتباط آن با شاخص های چاقی و فاکتورهای بیوشیمیایی

مهرانگیز ابراهیمی ممقانی: گروه اپیدمیولوژی تغذیه، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
امید توپچیان: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: o.toupchian@Gmail.com

علیرضا فرساد نعیمی: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
مهديه نورمحمدی: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۸/۶/۴، پذیرش: ۸۹/۵/۱۶

چکیده

زمینه و اهداف: از آنجا که بیماری های قلبی- عروقی شیوع بالایی در کشورهای در حال توسعه دارد، یکی از اقدامات موثر در زمینه پیشگیری از این بیماریها ارتقاء سطح آگاهی و نگرش افراد نسبت به عوامل خطر این بیماریها می باشد. این مطالعه با هدف تعیین آگاهی و نگرش زنان در خصوص عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی و ارتباط آن با شاخص های چاقی و عوامل متابولیکی صورت گرفت.

مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی، ۸۹ نفر از زنان در محدوده سنی ۶۷-۱۱ سال با استفاده از پرسشنامه معتبر، از طریق مصاحبه چهره به چهره برای ارزیابی آگاهی و نگرش در خصوص عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی مورد بررسی قرار گرفتند. وضعیت آگاهی و نگرش به ۳ تئنگ طبقه بندی شد. پس از ۱۴-۱۲ ساعت ناشتایی، خون گیری انجام شده و الگوی لیپیدی و گلوکز سرم اندازه گیری شد. شاخص های چاقی شامل دور کمر، نمایه توده بدن و نسبت دور کمر به قد ایستاده برآورد شدند.

یافتهها: بیش از ۷۰٪ افراد آگاهی و نگرش متوسط و خوب داشتند. آگاهی و نگرش ارتباط مثبت معنی دار با سطح تحصیلات و ارتباط منفی معنی دار با سن، کلسترول تام، کلسترول LDL و شاخصهای چاقی داشت.

نتیجه گیری: چاقی و هیپرکلسترولمی مهمترین عواملی هستند که تحت تاثیر آگاهی و نگرش در مورد عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی قرار می گیرند.

کلید واژه ها: بیماری های قلبی- عروقی، نمایه توده بدن، الگوی لیپیدی، آگاهی و نگرش

مقدمه

(WHO) یک بلیون نفر در کل دنیا اضافه وزن داشته و ۳۰۰ میلیون نفر مبتلا به چاقی هستند که این امر منجر به افزایش ابتلا به دیابت ملیتوس و فشار خون بالا (ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی- عروقی) می گردد. از سویی دیگر مطالعات انجام یافته در ایران حکایت از شیوع بالای چاقی در زنان نسبت به مردان دارند که می توان دلیل آن را به عواملی نظیر کم تحرکی، افسردگی و حضور بیشتر زنان در منزل ارتباط داد (۴-۲). بیماری های قلبی- عروقی، علاوه بر کاستن از کیفیت زندگی و طول عمر افراد مبتلا،

در اوایل قرن بیستم بیماری های قلبی- عروقی^۱ (CVD) مسئول کمتر از ۱۰٪ کل مرگ و میر در دنیا بود. در حالیکه امروزه این رقم به حدود ۳۰٪ افزایش یافته و حدود ۸۰٪ از این مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد و در سال ۲۰۰۱، CVD اولین عامل مرگ و میر در جهان بوده است (۱). نظرات جدید پیشنهاد می کنند اغلب کشورهای توسعه یافته وارد مرحله ای از گذر اپیدمیولوژیکی شده اند که با شیوع بالای چاقی و دیابت ملیتوس مشخص می شود. با توجه به آمار سازمان جهانی بهداشت

هزینه های فراوانی را به سیستم سلامت و اقتصاد ملی وارد می سازد. به عنوان مثال در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ حدود ۳۶۸ بیلیون دلار از هزینه های مستقیم و غیرمستقیم به CVD اختصاص یافته است (۵). لذا درمان این بیماری ها با صرف وقت و هزینه زیاد همراه بوده و از آنجا که همواره پیشگیری بهتر از درمان است، ارائه راهکارهایی جهت پیشگیری از CVD از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.

یکی از راهکارهای مهم در زمینه پیشگیری و کنترل CVD آموزش است که می تواند در زمینه پیشگیری از عوامل خطر ابتلا، اصلاح سبک زندگی و رفتارهای غذایی سالم انجام پذیرد. از آنجا که شیوه ارائه آموزش و نیز ارزش برنامه های آموزشی یکسان نیست، نیاز به انجام مطالعاتی در جهت اطلاع از آگاهی، نگرش و عملکرد افراد وجود دارد و نتایج چنین مطالعاتی می تواند کمکی در جهت پیشرفت تکنولوژی برنامه های آموزش بهداشت باشد. از سوی دیگر این مطالعات در فراهم نمودن زمینه ای جهت ارزیابی برنامه های مداخلاتی موثر بوده و می توانند جنبه هایی از آموزش که نیاز به تقویت دارند را آشکار سازند (۶ و ۷). با توجه به بالا بودن شیوع چاقی در زنان و نیز احساس کمبود در مطالعات انجام شده در زمینه بررسی آگاهی و نگرش این قشر از جامعه که نقش مهمی را در تعیین الگوها و انتخاب های غذایی دارند مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سطح آگاهی و نگرش در مورد عوامل خطر CVD و نیز ارتباط آن با یافته های تن سنجی، الگوی لبیدی و قند خون در زنان صورت گرفت.

جهت ورود و پردازش داده ها از نرم افزار SPSS(ver11.5) استفاده شد. توزیع داده ها توسط آزمون One Sample Kolmogorov-Smirnov بررسی و پس از اطمینان از نرمال بودن بصورت میانگین و انحراف معیار برآورد گردید. جهت تعیین ارتباط داده های کیفی با یکدیگر از آزمون مجذور کای دو، جهت مقایسه داده های کمی در گروه های مختلف وضعیت آگاهی و نگرش از آنالیز واریانس یکطرفه (One Way ANOVA) با آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. ارتباط داده های کمی نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی دار در کلیه آزمون ها $p < 0.05$ تعریف شد. نقاط برش مرتبط با چاقی در مطالعه حاضر عبارت بودند از نمایه توده بدن بین ۲۹/۹ تا ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع (اضافه وزن) و مساوی یا بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع (چاق) (۹)، دور کمر بیشتر از ۸۸ سانتیمتر (۱۰) و نسبت دور کمر به قد ایستاده بیشتر از ۰/۵ (۱۱).

یافته ها

یافته های تن سنجی و عوامل بیوشیمیایی افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در مطالعه (۶۲/۹٪) در سنین بالای ۳۰ سال بودند. ۳۴/۸٪ افراد تحصیلات زیر دیپلم، ۳۴/۸٪ دیپلم، ۳۰/۳٪ تحصیلات بالای دیپلم داشتند. با توجه به نقاط برش در مورد شاخص های چاقی ۹۴/۴٪ از افراد مورد مطالعه مبتلا به اضافه وزن یا چاقی هستند. دور کمر بیشتر از ۸۸ سانتیمتر در ۸۲٪ افراد وجود دارد و نسبت دور کمر به قد ایستاده بیشتر از ۰/۵ (شاخص چاقی مرکزی) در ۹۶/۶٪ افراد مشاهده شده است. این در حالی است که حدوداً ۸٪ افراد قند خون بالاتر از ۱۱۰ mg/dl، ۲۵/۸٪ تری گلیسیرید بالاتر از ۱۵۰ mg/dl و ۴۰/۴٪ HDL کلسترول کمتر از ۵۰ mg/dl داشتند.

مواد و روشها

مطالعه مقطعی - توصیفی حاضر در کلینیک شیخ رئیس شهر تبریز بر روی ۸۹ نفر از زنان در محدوده سنی ۱۱ تا ۶۷ سال صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه معتبر شده و روش گردآوری اطلاعات مصاحبه چهره به چهره بود. در مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ نفر اعتبار محتوا، وضوح، ترتیب و جریان سوالات مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج حاکی از پایایی مناسب بود (۰/۷۲ = ضریب آلفا کرونباخ). در این پرسشنامه تعداد ۱۶ سوال آگاهی در محدوده امتیاز ۰-۱۶ و ۹ سوال نگرش در محدوده امتیاز ۰-۳۶ طراحی شده بود. سوالات در خصوص آگاهی و نگرش نسبت به CVD، فشارخون و چاقی طراحی شده بود.

اندازه گیری های تن سنجی در شرایط ناشتا شامل وزن بدون کفش و با حداقل لباس توسط ترازوی Seca و با دقت ۱۰۰ گرم، قد در حالت ایستاده، بدون کفش و با دقت ۰/۵ سانتیمتر توسط قدسنج دیواری، دور کمر در باریکترین قطر بین زائده خنجری و ستیغ ایلیاک توسط متر نواری غیر قابل ارتجاع (Holton Ltd،)

1. Body Mass Index
2. Waist to Stature Ratio
3. High Density Lipoprotein
4. Low Density Lipoprotein

جدول شماره ۱: ویژگیهای تن سنجی و عوامل بیوشیمیایی افراد مورد مطالعه

ویژگی های تن سنجی و بیوشیمیایی	انحراف معیار ± میانگین (Mean ± SD)	(حداکثر و حداقل)
سن (سال)	۳۶/۲ ± ۱۴/۳	۱۱ و ۶۷
وزن (کیلوگرم)	۷۸/۴۳ ± ۱۲/۴۴	۵۱ و ۱۲۴
قد ایستاده (سانتی متر)	۱۵۷/۰۱ ± ۵/۴۶	۱۴۴/۵ و ۱۷۳
دور کمر (سانتی متر)	۱۰۰/۷ ± ۱۳/۰۴	۷۳ و ۱۳۳/۶
نمایه توده بدن (kg/m ^۲)	۳۱/۸۵ ± ۵/۱	۲۴/۳۹ و ۵۰/۶۳
دور کمر به قد ایستاده	۰/۶۴ ± ۰/۰۸	۰/۴۵ و ۰/۸۶
قند ناشتا (mg/dl)	۹۱/۳۴ ± ۲۰/۱۵	۴۵ و ۲۰۱
تری گلیسیرید (mg/dl)	۱۳۱/۵۶ ± ۷۷/۰۹	۵۱ و ۶۵۷
کلسترول تام (mg/dl)	۱۸۱/۶۲ ± ۴۳/۵	۱۰۲ و ۳۲۴
کلسترول HDL (mg/dl)	۴۷/۷ ± ۱۳/۷۶	۲۵/۵ و ۱۲۹
کلسترول LDL (mg/dl)	۱۱۱/۳۸ ± ۳۹/۸	۲۳ و ۲۴۲

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش در زنان مورد مطالعه

یافته	(Mean ± SD)	محدوده	ضعیف n(%)	متوسط n(%)	خوب n (%)
آگاهی	کل	۱۰/۰۴ ± ۳/۳۴	۱۹ (۲۱/۳)	۳۶ (۴۰/۴)	۳۴ (۳۸/۲)
	CVD و فشارخون	۶/۷۹ ± ۲/۸۷	۲۲ (۲۴/۷)	۳۴ (۳۸/۲)	۳۳ (۳۷/۱)
	چاقی	۳/۳ ± ۱/۱	۰-۵	۱۶ (۱۸)	۳۷ (۴۱/۶)
نگرش	کل	۲۶/۰۷ ± ۳/۹۷	۲۲ (۲۴/۷)	۳۴ (۳۸/۲)	۳۳ (۳۷/۱)
	CVD و فشارخون	۱۳/۷۴ ± ۱/۷	۲۱ (۲۳/۶)	۳۵ (۳۹/۳)	۳۳ (۳۷/۱)
	چاقی	۱۲/۳۳ ± ۳	۴-۱۷	۲۴ (۲۷)	۳۳ (۳۷/۱)

جدول شماره ۳: ارتباط وضعیت آگاهی و نگرش با شاخص های چاقی

قند ناشتا	تری گلیسیرید	کلسترول تام	HDL	LDL	
۹۷/۸۹ ± ۲۷/۳۳	۱۴۶/۴۷ ± ۵۶/۶۵	۲۰۲/۹۵ ± ۵۴/۱ ^{bc}	۴۵/۳۴ ± ۹/۴	۱۳۵/۵۷ ± ۴۵/۹ ^{bc}	ضعیف
۹۳/۴۰ ± ۲۱/۷۵	۱۴۳/۳ ± ۱۰/۱/۹	۱۸۹/۰ ± ۳۷/۹۹	۴۸/۸ ± ۱۶/۶۹	۱۱۷/۱۸ ± ۳۵/۴	متوسط
۸۵/۵۰ ± ۱۰/۴۳	۱۱۰/۷۶ ± ۴۸/۵۵	۱۶۱/۷۹ ± ۳۴/۶	۴۸/۷۳ ± ۱۲/۵۳	۹۱/۶۸ ± ۳۱/۲۴	خوب
۰/۰۷۱	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	< ۰/۰۰۱	p*
۹۴ ± ۲۸/۴۹	۱۳۷/۱۶ ± ۵۰/۴	۲۰۲/۵ ± ۵۴/۳ ^b	۵۰/۲۴ ± ۱۸/۵	۱۳۱/۹۲ ± ۴۶/۹ ^b	ضعیف
۹۱/۵ ± ۱۱/۸۵	۱۲۱/۸۱ ± ۴۹/۸	۱۸۵/۳۴ ± ۳۶/۴	۴۷/۵۱ ± ۱۱/۲	۱۱۴/۵۵ ± ۳۲/۳	متوسط
۸۹/۲۴ ± ۱۹/۶	۱۳۶/۹۴ ± ۱۰/۹/۴	۱۶۲/۸۱ ± ۳۳/۲	۴۶/۰۱ ± ۱۱/۹	۹۳/۳ ± ۳۳/۳	خوب
۰/۶۸۲	۰/۶۷۵	۰/۰۰۲	۰/۵۲۳	۰/۰۰۱	p
۹۹/۱۸ ± ۲۵/۱	۱۵۳/۵۴ ± ۵۰/۵	۲۱۲/۶۴ ± ۵۰/۲ ^{ab}	۴۵/۴۷ ± ۸/۹	۱۴۲/۸۳ ± ۴۲/۵ ^{ab}	ضعیف
۸۹/۹۶ ± ۱۵/۷	۱۲۲/۸۵ ± ۵۳/۲	۱۷۷/۶۲ ± ۳۷/۹	۴۸/۶۹ ± ۱۷/۰	۱۰۷/۴۲ ± ۳۴/۹	متوسط
۸۷/۵۴ ± ۱۹/۷	۱۲۵/۸۸ ± ۱۰/۶/۳	۱۶۵/۰۶ ± ۳۳/۳	۴۸/۱۵ ± ۱۲/۸	۹۴/۵۲ ± ۳۰/۶	خوب
۰/۰۹۶	۰/۳۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷۹	< ۰/۰۰۱	p
۱۰۳/۹۱ ± ۳۵/۷ ^b	۱۶۲/۳ ± ۱۴/۱/۹	۱۸۴/۹۴ ± ۵۲/۶	۴۵/۹۹ ± ۹/۶	۱۲۳/۸۹ ± ۴۲/۹	ضعیف
۸۹/۶۷ ± ۱۵/۸	۱۳۳/۳۹ ± ۶۳/۹	۱۸۵/۸۰ ± ۴۲/۳	۵۰/۲۳ ± ۱۷/۷	۱۱۱/۳۱ ± ۴۱/۷	متوسط
۸۷/۵۴ ± ۱۱/۴	۱۱۷/۴۶ ± ۳۹/۲	۱۷۶/۱۰ ± ۴۱/۰	۴۵/۹۶ ± ۱۰/۵	۱۰۶/۰ ± ۳۶/۳	خوب
۰/۰۱۹	۰/۱۵۱	۰/۶۰۶	۰/۳۶۲	۰/۳۲۸	p
۸۷/۲۴ ± ۱۷/۵	۱۲۸/۶۷ ± ۳۷/۴	۱۸۰/۴۳ ± ۴۱/۲	۴۷/۶۴ ± ۲۱/۹	۱۱۳ ± ۳۴/۰	ضعیف
۹۴/۳۳ ± ۲۱/۳	۱۱۶/۱۴ ± ۵۰/۵	۱۸۸/۴۶ ± ۴۵/۱	۵۰/۳۶ ± ۹/۲	۱۱۳/۴۱ ± ۳۹/۴	متوسط
۹۰/۷۹ ± ۲۰/۵	۱۴۹/۷۶ ± ۱۱/۰/۲	۱۷۵/۱۲ ± ۴۳/۴	۴۴/۹۰ ± ۱۰/۶	۱۰۸/۱۶ ± ۴۴/۳	خوب
۰/۴۴	۰/۱۹۶	۰/۴۵۱	۰/۲۶۷	۰/۸۴۶	p
۹۵/۲ ± ۲۸/۴	۱۴۳/۷۹ ± ۴۹/۲	۲۱۰/۲۹ ± ۴۹/۳ ^{ab}	۵۰/۳۸ ± ۱۹/۴	۱۳۸/۲۶ ± ۴۲/۲ ^{ab}	ضعیف
۹۰/۵۹ ± ۱۱/۹	۱۲۱/۹۴ ± ۴۹/۳	۱۷۱/۶۷ ± ۳۸/۶	۴۷/۴۷ ± ۹/۸	۱۱۰/۸۹ ± ۳۴/۲	متوسط
۸۹/۲۲ ± ۱۹/۷	۱۳۲/۳۱ ± ۱۱۱/۱	۱۶۰/۰۶ ± ۳۰/۳	۴۵/۹۲ ± ۱۲/۳	۹۱/۶۹ ± ۳۱/۸	خوب
۰/۵۳۱	۰/۵۷۶	< ۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	< ۰/۰۰۱	p

* p آنالیز واریانس یکطرفه،

^a اختلاف معنی دار بین گروه ضعیف و متوسط،

^b اختلاف معنی دار بین گروه ضعیف و خوب،

^c اختلاف معنی دار بین گروه متوسط و خوب

جدول شماره ۴: ارتباط وضعیت آگاهی و نگرش با قند و الگوی لیپیدی خون

WSR	BMI	دور کمر		
۰/۸۲ ± ۰/۰۶ ^{a,b,c}	۳۷/۷۸ ± ۴/۸۲ ^{a,b,c}	۱۱۱۰/۹ ± ۹۹/۹ ^{b,c}	ضعیف	آگاهی کل
۰/۶۷ ± ۰/۰۷	۳۲/۹۶ ± ۳/۲۰	۱۰۵/۴۵ ± ۱۰/۷۵	متوسط	
۰/۵۷ ± ۰/۰۵	۲۷/۳۷ ± ۲/۱۰	۸۹/۹۹ ± ۸/۶۵	خوب	
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	p*	
۰/۸۲ ± ۰/۰۷ ^{a,b}	۳۶/۴۶ ± ۴/۹۳ ^{a,b,c}	۱۱۲/۳۴ ± ۱۰/۰۹ ^{a,b}	ضعیف	نگرش کل
۰/۶۲ ± ۰/۰۸	۳۱/۸۷ ± ۴/۲۳	۹۸/۲۴ ± ۱۲/۵۹	متوسط	
۰/۶ ± ۰/۰۶	۲۸/۵۷ ± ۳/۲۵	۹۴/۶۳ ± ۹/۸۷	خوب	
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	p	
۰/۸۲ ± ۰/۰۶ ^{a,b,c}	۳۷/۳۸ ± ۴/۸۰ ^{a,b,c}	۱۱۰/۱۶ ± ۹/۶۱ ^{b,c}	ضعیف	آگاهی (CVD و فشارخون)
۰/۶۷ ± ۰/۰۷	۳۲/۷۸ ± ۳/۰	۱۰۵/۳۶ ± ۱۰/۸۸	متوسط	
۰/۵۷ ± ۰/۰۵	۲۸/۲۰ ± ۲/۰۸	۸۹/۵۹ ± ۸/۵۴	خوب	
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	p	
۰/۷۰ ± ۰/۰۸ ^{b,c}	۳۵/۲۴ ± ۵/۹۴ ^{b,c}	۱۱۰/۰۱ ± ۱۲/۳۳ ^{b,c}	ضعیف	آگاهی (چاقی)
۰/۶۶ ± ۰/۰۸	۳۲/۶۸ ± ۴/۴۶	۱۰۳/۲۲ ± ۱۱/۷۵	متوسط	
۰/۶۰ ± ۰/۰۸	۲۹/۵۸ ± ۴/۳۸	۹۴/۲۴ ± ۱۱/۴۱	خوب	
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	p	
۰/۶۹ ± ۰/۰۷ ^{a,b}	۳۳/۹۳ ± ۴/۰۷ ^b	۱۰۸/۱۹ ± ۱۰/۶۱ ^{a,b}	ضعیف	نگرش (CVD و فشارخون)
۰/۶۳ ± ۰/۰۹	۳۲/۴۴ ± ۵/۷۸	۹۹/۲۷ ± ۱۳/۲۷	متوسط	
۰/۶۲ ± ۰/۰۸	۲۹/۹۰ ± ۴/۴۱	۹۷/۴۷ ± ۱۲/۶۷	خوب	
۰/۰۰۹	۰/۰۱۲	۰/۰۰۸	p	
۰/۸۱ ± ۰/۰۷ ^{a,b}	۳۶/۲۷ ± ۵/۰۸ ^{a,b,c}	۱۱۱/۳۷ ± ۱۰/۳۵ ^{a,b}	ضعیف	نگرش (چاقی)
۰/۶۳ ± ۰/۰۸	۳۱/۸۵ ± ۳/۹۹	۹۹/۵۷ ± ۱۲/۹۷	متوسط	
۰/۶۰ ± ۰/۰۷	۲۸/۵۳ ± ۳/۵۶	۹۳/۸۸ ± ۹/۶۲	خوب	
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	p	

* p آنالیز واریانس یکطرفه،

^a اختلاف معنی دار بین گروه ضعیف و متوسط،

^b اختلاف معنی دار بین گروه ضعیف و خوب،

^c اختلاف معنی دار بین گروه متوسط و خوب

خون ضعیف تر بوده و تنها در مورد کلسترول کل و کلسترول LDL وابستگی معنی دار یافت شد.

در بررسی همبستگی داده های تن سنجی و یافته های بیوشیمیایی مشخص گردید نمایه توده بدن با اندازه دور کمر، نسبت دور کمر به قد ایستاده، کلسترول LDL، کلسترول تام ($p < ۰/۰۰۱$) و قند خون ناشتا ($p = ۰/۰۱۳$) همبستگی دارد. نسبت دور کمر به قد ایستاده با نمایه توده بدن، دور کمر، کلسترول LDL ($p < ۰/۰۰۱$) و کلسترول تام ($p = ۰/۰۱$) مرتبط بود. اندازه دور کمر نیز ارتباط معنی داری را با سطوح در گردش کلسترول LDL ($p = ۰/۰۰۱$) و کلسترول تام ($p = ۰/۰۰۴$) نشان داد. از میان یافته های بیوشیمیایی نیز ارتباط قند خون ناشتا با تری گلیسیرید، کلسترول LDL با کلسترول تام ($p < ۰/۰۰۱$) و کلسترول تام با تری گلیسیرید ($p = ۰/۰۰۷$) معنی دار بود. همچنین آگاهی و نگرش در افراد با افزایش سن کاهش می یافت (به ترتیب $p = ۰/۰۰۲$ و $p = ۰/۰۰۱$). شایان ذکر است که ۵۲/۸٪ افراد مصاحبه شونده اطلاعات خود را از رسانه های جمعی مانند رادیو و تلویزیون،

نمره کل آگاهی و نگرش براساس تائیک های ضعیف، متوسط و خوب در جدول شماره ۲ آورده شده است. سوالات بخش آگاهی و نگرش از لحاظ محتوا به ۲ گروه: (۱) CVD و فشار خون و (۲) چاقی تقسیم شد و آنالیزهای آماری یک بار براساس آگاهی و نگرش کل و یک بار به تفکیک زیر گروه های آن انجام گرفت. همان گونه که در این جدول مشخص است آگاهی در مورد چاقی بیشتر از آگاهی در مورد عوامل خطر CVD بود. در حالیکه در مورد نگرش چنین تفاوتی یافت نشد. بیش از ۳۵٪ افراد آگاهی و نگرش خوب و تقریباً کمتر از ۲۵٪ افراد آگاهی و نگرش ضعیف نه تنها در کل بلکه در مورد عوامل خطر CVD و فشارخون بالا داشتند.

ارتباط سطوح مختلف آگاهی و نگرش با داده های تن سنجی و یافته های بیوشیمیایی به ترتیب در جداول شماره ۳ و ۴ خلاصه شده است. همان گونه که مشاهده می شود تمامی شاخص های چاقی با وضعیت آگاهی و نگرش کل ارتباط معنی دار و قوی را نشان دادند. در حالیکه این ارتباط در مورد قند و الگوی لیپیدی

نگرش ضعیف در مورد عوامل خطر CVD داشتند ولی در مطالعه ایشان ۶۵/۳٪ افراد آگاهی ضعیف و ۵۳/۷٪ نگرش ضعیف داشتند که این امر می تواند احتمالاً مرتبط با شرایط جمعیتی، اجتماعی و یا فرهنگی در نمونه‌های مورد مطالعه باشد. به طوری که مطالعه ایمانی پور و همکاران بر روی معلمان شهر تهران حاکی از نسبت ۶۷٪ برای آگاهی مطلوب بود (۱۶) که می توان تا حدودی تاثیر تحصیلات و نوع جمعیت مورد مطالعه را بر سطوح آگاهی و نگرش مشاهده کرد. در مطالعه حاضر نیز ارتباط مثبت معنی دار بین آگاهی و نگرش با سطح تحصیلات وجود دارد. در حالی که سایر مطالعات انجام یافته در مورد جمعیت عادی، بهتر بودن سطح آگاهی آموزگاران را پیرامون عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی نشان می‌دهد (۱۷ و ۱۸). در تعدادی از مطالعات نشان داده شده که آگاهی از عوامل خطر CVD ارتباط مستقیمی با وجود این عوامل خطر در افراد مورد مطالعه دارد (۲۱-۱۹) در حالیکه در مطالعه حاضر بین آگاهی و نگرش نسبت به اغلب عوامل خطر بیماری‌ها با وجود آنها در افراد مورد مطالعه ارتباط معکوس مشاهده می شود. آگاهی و نگرش ارتباط مستقیم و معنی داری با یکدیگر داشتند به طوری که افزایش آگاهی منجر به بهبود نگرش می شد. این یافته در مطالعات دیگری که در این زمینه انجام گرفته اند نیز به اثبات رسیده است (۲۲ و ۲۳).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که چاقی و هیپرکلسترولمی متاثر از سطح آگاهی و نگرش از عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی می باشند و با ارتقاء سطح آگاهی از طریق برنامه های مداخله‌ای آموزشی می‌توان در پیشگیری و کنترل عوامل خطر این بیماری ها گام های موثری برداشت.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کرده و در کلیه مراحل مطالعه اعم از خون گیری و اندازه گیریهای تن سنجی با ما همکاری داشته اند تقدیر و تشکر می کنند.

References:

1. Gaziano T. Cardiovascular Disease in the Developing World and Its Cost-Effective Management. *Circulation* 2005; **112**(23) : 3547-3553.
2. Khabazkhub M, Futuhi A, Hashemi H, Mohammad K. Obesity and Overweight in Tehran Population in 2001. *Iranian Journal of Diabet and Lipid* 2008; **7**(3): 315-324 (Persian).
3. Najafi S, Momennasab M, Tarahi MJ. Prevalence of Obesity and Overweight in Khoram Abad Population over Ages 25-64 in 2006. *Iranian*

روزنامه، مجله یا اینترنت، ۴۲/۷٪ از پزشکان و متخصصان تغذیه و ۴/۵٪ اطلاعات خود را از دوستان و آشنایان به دست آورده بودند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر به منظور ارزیابی ارتباط وضعیت آگاهی و نگرش زنان در مورد بیماری های قلبی-عروقی و چاقی با شاخص های چاقی و الگوی لیپیدی و قند خون نشان داد که اکثر افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی هستند در حالیکه از لحاظ یافته های بیوشیمیایی تنها ۸٪ افراد قند خون بالاتر از ۱۱۰ mg/dl داشتند و شیوع تری گلیسیرید بالا و HDL کلسترول پایین به ترتیب ۲۵/۸٪ و ۴۰/۴٪ بود که ممکن است این یافته به دلیل مداخلات رژیم و تغییرات در سبک زندگی افراد مورد مطالعه باشد. آگاهی و نگرش افراد در وضعیت مطلوبی قرار داشت به طوری که بیش از ۷۰٪ افراد آگاهی و نگرش متوسط و خوب در خصوص عوامل خطر CVD، فشار خون و چاقی داشتند که این میزان در مورد آگاهی از چاقی و عوامل به وجود آورنده آن به ۴۱/۶٪ رسید. مهمترین یافته این مطالعه ارتباط شاخص های تن سنجی با سطوح آگاهی و نگرش است که نشان می‌دهد با افزایش سطوح آگاهی و نگرش میزان چاقی نیز کاهش می‌یابد. یافته‌های سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که افزایش آگاهی منجر به تغییر در عملکرد تغذیه‌ای می‌شود (۱۲ و ۱۳). مطالعه هم گروهی که توسط Lynch و همکاران انجام گرفت نشان داد افرادی که آگاهی مطلوبی نسبت به افزایش توده بدنی (از عوامل خطر CVD) داشتند در طول زمان کمتر به چاقی مبتلا می‌شدند در حالی که در افرادی با آگاهی ضعیف ابتلا به چاقی بیشتر بود (۱۴). شایان ذکر است که سن ارتباط معکوس و معنی داری با سطوح آگاهی و نگرش نشان داد که این یافته در تناقض با یافته جلالی و همکاران است که در شهر بابل و در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد مردم بابل در خصوص علائم بالینی و عوامل خطر ساز CVD صورت گرفت می‌باشد (۱۵). به طوریکه در مطالعه ایشان با افزایش سن میزان آگاهی (ولی نه نگرش) افزایش می‌یافت. تفاوت بارز دیگری که بین دو مطالعه وجود دارد نتیجه کلی در سطوح آگاهی و نگرش است به طوری که در مطالعه حاضر ۲۱/۳٪ افراد آگاهی ضعیف و ۲۴/۷٪

Journal of Diabet and Lipid 2008; **8**(2): 167-176 (Persian).

4. Sarvgadi F, Rambod M, Hossein Panah F, Hedayati M, Tohidi M, Azizi F. Prevalence of Obesity in People Over Age of 50 in Tehran. *Iranian Journal of Endocrin Glands and Metabolism* 2007; **9**(1): 99-104 (Persian).
5. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics, 2004. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4725:Update>. Dallas, Tex: American Heart Association; 2003.

6. Talib R, Osman A, Arshad F, Abdul Kadir Kh. The effectiveness of group dietary counselling among non- insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) patients in resettlement scheme areas in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 1997; **6**(2): 84-87.
7. Tan A, Yong L, Wan S, Wong M. Patient education in the management of diabetes mellitus. *Singapore Medical Journal* 1997; **38**(4): 156-160.
8. Al-Lawati J, Barakat N, Al-Lawati A, Mohammed A. Optimal cut-points for body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio using the Framingham coronary heart disease risk score in an Arab population of the Middle East. *Diabetes and Vascular Disease Research* 2008; **5**(4): 304-309.
9. Singh SP, Sikri G, Garg MK. Body Mass Index and Obesity: Tailoring "cut-off" for an Asian Indian Male Population. *MJAFI* 2008; **64**(4): 350-353.
10. Lean M, Han T. Waist worries. *Am J Clin Nutr* 2002; **76**(4): 699-700.
11. Hsieh SD, Yoshinaga H, Muto T. Waist to height ratio, a simple and practical index for assessing central fat distribution and metabolic risk in Japanese men and women. *International Journal of Obesity* 2003; **27**(5): 610-616.
12. Sajadi F, Mohamadi Fard N, Khosravi A, Bahonar A, Magrun M, Fathi M, et al. Nutritional [Knowledge, Attitude and practice in health care staffs about cardiovascular disease (ISFAHAN's HEALTHY HEART PROGRAM 2000-2001)]. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Science* 2008; **15**(2): 15-26 (Persian).
13. Variyam JN, Blaglock J, Smallwood DM. Modeling nutrition knowledge attitude, and diet disease awareness: the case of dietary fiber. *Statistics in Medicine* 1996; **15**(1): 23-25.
14. Lynch E, Kiang Liu, Kiefe C, Greenland Ph. Cardiovascular Disease Risk Factor Knowledge in Young Adults and 10-year Change in Risk Factors. *Am J Epidemiol* 2006; **164**(12): 1171-1179.
15. Jalali F, Haji Ahmadi M, Hossein Pour M, Angari M, Asadi A. [Knowledge, Attitude and practice of Babol population about prevention of CVD clinical symptoms and risk factors]. *Journal of Babol University of Medical Science* 2003; **21**(1): 43-49 (Persian).
16. Imani Pour M, Basam Pour Sh, Hagani H. [Preventive behaviors regarding Cardiovascular disease and its relation to knowledge about CVD risk factors]. *Hayat* 2008; **14**(2): 41-49 (Persian).
17. Khani M, Kazemi MR, Javanshir S. [The awareness rate of the symptoms and risk factors of coronary artery disease in over 20-year-old urban population in Zanjan]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Service* 2003; **6**(4): 50-54 (Persian).
18. Mahbub S, Alipour B, Areff Hosseini S, Kushavar H, Alipour S. [Knowledge, Attitude and practice of official workers in Tabriz about nutritional factors which are effective in incidence of Atherosclerosis]. *Scientific Journal of Tabriz University of Medical Science*. 1999; **1**(2): 10-18 (Persian).
19. Reeves MJ, Hogan JG, Rafferty AP. [Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults]. *Neurology* 2002; **59**(10):1547-1552.
20. Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, Brott T, Tuchfarber A, Miller R. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA* 1998; **279**(16): 1288-1292.
21. Schneider AT, Pancioli AM, Khoury JC, Rademacher E, Tuchfarber A, Miller R. Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *JAMA* 2003; **289**(3): 343-346.
22. Mohammadi M, Dustkami H, Dadkhah B, Sezavar H. Knowledge, Attitude and practice of Ardabil population about risk factors of CHD. *Ardabil Journal of Medical Sciences* 2002; **2**(2): 42-48 (Persian).
23. Holloway A. [Patient knowledge and information concerning medication on discharge from Hospital]. *Journal of Advanced Nursing* 1996; **24**(6): 1169-1174 (Persian).