

# بررسی شیوه زندگی پرستاران زن بیمارستانهای آموزشی

## دانشگاه علوم پزشکی همدان در زمینه عوامل خطر زای

### بیماریهای قلب و عروق سال 1387

لیلا جمشیدی<sup>1</sup>

#### چکیده

بیماریهای قلبی عروقی بعنوان یکی از مشکلات سلامت بوده و به سرعت در تمام دنیا در حال گسترش می باشد. این بیماریها که دارای ریسک فاکتورهای متعددی از جمله شیوه زندگی می باشد، خطر مرگ و میر را افزایش می دهد.

در این مطالعه مقطعی 494 نفر از زنان مورد بررسی قرار گرفتند. فرم بررسی شامل مشخصات دموگرافیک، قد، وزن، فشار خون بود. همچنین رابطه بین چاقی شکمی و عمومی با مشخصات دموگرافیک، فعالیت فیزیکی، کیفیت خواب و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک نیز بررسی گردید.

میزان شیوع اضافه وزن، چاقی عمومی و چاقی شکمی به ترتیب 30٪، 11/3٪ و 83/8٪ بود. چاقی شکمی و عمومی با افزایش سن و سطوح بالای فشار خون دیاستولیک و سیستولیک ابتلا به بیماریها، هایپر لیپیدمی و کار در شیفتهای متغییر و برخی فاکتورهای دیگر ارتباط مستقیم داشت. همچنین شیوع چاقی بالا بود.

1. مربی، مدیر گروه، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

\* نشانی محل اشتغال : همدان، شهرک شهید مدنی، بلوار امام خمینی (ره) بلوار پروفسور موسیوند، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، جمشیدی.

آدرس پستی : همدان شهرک مدرس خیابان میلاد نبش بهمن 6 ساختمان سبز طبقه اول واحد 2.

تلفن تماس : 09188114651 jamshidi.leila@gmail.com

در نتیجه بیماریهای قلبی عروقی با ریسک فاکتورهای نظیر چاقی و اختلالات چربی خون مرتبط هستند. در این مطالعه شیوع اضافه وزن بالا و میزان فعالیت فیزیکی نیز نا مناسب بود. در مجموع احتمال بروز بیماریهای قلبی عروقی و اختلالات متابولیک در آینده بالا می باشد و پیشنهاد می شود که با توجه به یافته های این مطالعه مداخلات لازم صورت پذیرد. مسئله مهم این است که چه باید کرد و چگونه باید این کار را انجام داد .

**کلید واژه ها:** شیوه زندگی، زنان، ریسک فاکتورها، بیماریهای قلبی عروقی

**مواد و روشها:** این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که جهت بررسی شیوه زندگی پرستاران زن بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در زمینه عوامل خطر زای بیماریهای قلب عروقی سال 1387 صورت پذیرفته است. در این مطالعه جامعه پژوهش را کلیه زنان شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان تشکیل می دادند. نمونه ها شامل کلیه زنان شاغلی بودند که تحت عنوان پرستار، بهیار و کمک بهیار در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان مشغول به کار بودند. زنانی که کمتر از 6 ماه از زمان زایمان آنها می گذشت و یا دچار یکی از بیماریهای غدد بودند شامل نمونه ها نمی شدند و با استفاده از سرشماری، کلیه زنان شاغل ( اعم از بهیار، کمک بهیار و پرستار) که در زمان نمونه گیری مشغول به کار بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

محیط پژوهش، شامل 5 بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان بودند که پژوهشگران در زمان انجام پژوهش به نمونه های پژوهش مراجعه نمودند و با استفاده از سئوال های تنظیم شده در فرم پرسشنامه و چک لیست که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم شده بود با روش مصاحبه به گردآوری اطلاعات پرداختند. در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی ابزار پژوهش از اعتبار محتوی استفاده شد. بدین ترتیب پژوهشگران بر اساس مطالعات کتابخانه ای پس از بررسی و مطالعه جامع منابع علمی و استفاده از آخرین مقالات و متون در دسترس در ارتباط با مسئله پژوهش به طرح سوالهایی در راستای اهداف تحقیق پرداختند و آن را به جمعی از اعضاء هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

و دانشگاه علوم پزشکی همدان ارائه نمودند و پس از بررسی نظر ها و پیشنهاد های ایشان ، تغییرات جزئی صورت گرفت و ابزار گرد آوری نهایی تنظیم شد. همچنین جهت تعیین اعتماد علمی سوال های پرسشنامه برای 10 نفر از نمونه های مورد پژوهش در دو نوبت به فاصله 10 روز انجام شد پس از جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل آنها اصلاحات لازم انجام و فرم پرسشنامه نهایی تکمیل شد. درضمن این تعداد افراد از نمونه ها حذف شدند. ابزار گردآوری در این پژوهش مجموعه سئوال های تنظیم شده در فرم پرسشنامه بود که شامل سه بخش اطلاعات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه خانوار، وضعیت تاهل، وضعیت انجام ورزش و نوع آن، سابقه ابتلا به بیماریها و بالا بودن چربی خون و نوع شیفت کاری سوالهای مربوط به بررسی فعالیت فیزیکی (7 سوال) و سوالات بررسی کیفیت خواب (8 سوال) بود. فرم چک لیست نیز شامل 7 مورد (اندازه گیری قد، وزن، شاخص توده بدنی<sup>1</sup>، دور کمر، دور باسن و نسبت آنها<sup>2</sup> و میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک) بود که توسط پژوهشگران با استفاده از ابزار مناسب ، محاسبه و تکمیل می شد. سوالات بررسی کیفیت خواب نیز در 8 مورد بصورت انتخاب یکی از گزینه های "هیچ شانس" برای انجام این کار ندارم (صفر امتیاز)، "شانس ضعیفی" برای انجام این کار دارم (1 امتیاز) و "شانس متوسط" (2 امتیاز) و "شانس بالا" (3 امتیاز) برای انجام این کار دارم مورد ارزیابی قرار گرفت. نهایتاً امتیاز این بخش نیز جمع بسته شده و بصورت زیر تفسیر گردید : امتیاز کمتر از 10 نشان می داد که فرد مشکل بی خوابی ندارد و امتیاز بیشتر یا مساوی 10 اختلال خواب اساسی را در نمونه ها نشان می داد .

در فرم چک لیست قد افراد دور کمر و دور باسن توسط سانتیمتر که میزان خطای آن محاسبه شده بود ارزیابی می شد . قد با استفاده از متر نواری در حالت ایستاده و بدون کفش با پاهای جفت به طوری که زانو ها ، لگن ، شانه و پشت سر در امتداد یک خط عمود بوده و سر ، راست قرار گرفته باشد با گذاشتن یک خط کش به طوری که بر فرق سر مماس شود با دقت 0/1 سانتی متر اندازه گیری شد. جهت ارزیابی وزن نیز از وزنه آلمانی با

1. Body Mass Index (B.M.I)
2. Waist Hip ratio (W.H.R)

دقت 0/5 کیلوگرم استفاده شد و نمونه ها با لباس سبک (حداقل لباس) و بدون کفش توزین شدند. سپس با استفاده از فرمول  $BMI = \frac{weight (kg)}{height squared (m^2)}$  شاخص توده بدنی نمونه ها محاسبه گردید و بر اساس تقسیم بندی مورد تایید سازمان بهداشت جهانی به شکل زیر تفسیر گردید .

شاخص توده بدنی (BMI) $\frac{kg}{m^2}$	
زیر وزن طبیعی	< 18/5
وزن طبیعی	18/5 - 24/9
اضافه وزن	25 - 29/9
چاقی کلاس I	30 - 34/9
چاقی کلاس II	35 - 39/9
چاقی مفرط کلاس III	$\geq 40$

برای اندازه گیری دور کمر و دور باسن از متر پلاستیکی استفاده شد . دور کمر در ناحیه بین پایین ترین دنده و نوک ایلپاک و دور باسن در برجسته ترین قسمت باسن اندازه گیری شد سپس با استفاده از فرمول نسبت دور کمر به دور باسن میزان چاقی مرکز(شکمی) بدین ترتیب سنجیده می شد که : نسبت با لاتر از 0/8 چاقی شکمی در نظر گرفته شده و نسبت پایین تر از این میزان طبیعی قلمداد می گردید . در نهایت نیز با استفاده از گوشی پزشکی و فشار سنج کالیبره شده در وضعیت نشسته فشار خون سیستولیک و دیاستولیک نمونه ها بررسی گردید و بر اساس میلیمتر جیوه ثبت گردید.اطلاعات پس از کد گذاری داده ها به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین منظور از روشهای آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید . کلیه داده ها به صورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی تنظیم گردیده است و از روش آماری تی تست و آنوا<sup>1</sup> استفاده گردید .

## نتایج:

یافته های پژوهش که بر روی 494 نفر از زنان شاغل انجام شد نشان می دهند که حداکثر واحدهای مورد پژوهش (27/9٪) در رده سنی 25-30 سال بوده و حداقل 24 و حداکثر 54 سال داشتند. میزان تحصیلات حداکثر واحدهای مورد پژوهش، (68٪) دانشگاهی بود. میزان درآمد خانوار حداکثر واحد های مورد پژوهش 56/1٪ بین 400-200 هزار تومان بود و 62/8٪ از واحد ها متاهل بودند. 92/7٪ با خانواده و 7/3٪ به تنهایی زندگی می کردند 64/5٪ از واحدها هیچگاه ورزش نمی کردند و از میان زنانی که ورزش می کردند، 33/7٪ به ورزشهای ایروبی و 37٪ نیز به پیاده روی اشاره کرده بودند و 30٪ زنان شاغل ورزشها را بصورت گاهگاهی و سبک انجام داده و تنها 3/67٪ بصورت حرفه ای و مرتب ورزش می کردند (جدول 1) 68٪ از واحد ها 1-2 ساعت در هفته ورزش می کردند.

46٪ از واحد های مورد پژوهش در اوقات فراغت به ندرت پیاده روی می کردند و تنها 18/6٪ اغلب این کار را انجام می دادند. 0/8٪ از واحد ها سابقه ابتلا به دیابت را ذکر کرده بودند و 3/6٪ به بیماریهای قلبی عروقی مبتلا بودند. 9/3٪ از واحد ها نیز سابقه بالا بودن میزان چربی خون (هایپرلیپیدمی)<sup>1</sup> را ذکر کرده بودند.

حداکثر واحد های مورد پژوهش (54/3٪) در شبانه روز 7-8 ساعت می خوابیدند، 8/9٪ بیشتر از 8 ساعت و 36/8٪ کمتر از 7 ساعت می خوابیدند. 88/2٪ از واحد های مورد پژوهش روزانه کمتر از 3 ساعت را به تماشای تلویزیون می پرداختند و 11/6٪ نیز بیش از 3 ساعت در شبانه روز تلویزیون تماشا می کردند. 46/2٪ از واحد های مورد پژوهش نیز در شیفت های متغییر (صبح ، عصر و شب) کار می کردند و 9/3٪ فقط در شیفت شب، 11/3٪ عصر و 32/8٪ فقط در شیفت صبح انجام وظیفه می کردند. اکثریت واحد های مورد پژوهش (49/4٪) نمایه توده بدنی در حد طبیعی (18/5-24/9) داشته و 7/3٪ وزنشان کمتر از حد طبیعی بود. 30٪ اضافه وزن داشتند ، 7/7٪ چاقی کلاس I ، 1/6٪

چاقی کلاس II و 2٪ چاقی کلاس III داشتند. (11/3٪ چاق بودند) (جدول 2). همچنین در ارتباط با چاقی مرکزی (شکمی) 83/8٪ واحد های مورد پژوهش دارای چاقی شکمی بودند به عبارت دیگر نسبت دور کمر به باسن در آنها بیش از 0/8 بود (جدول 3). در مقایسه با پژوهش های مشابه دارای شیوع نسبتا بالایی می باشد.

آزمون آماری T بین چاقی عمومی و ورزش کردن رابطه ای وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). لیکن همین آزمون بین چاقی مرکزی با ورزش کردن ارتباط معنی دار نشان داد ( $P < 0.007$ ) به طوریکه زنانی که ورزش می کردند میزان نسبت دور کمر به دور باسن بالاتری (در محدوده چاقی شکمی) داشتند. بین چگونگی ورزش کردن و چاقی شکمی نیز رابطه ای یافت نشد. آزمون آماری T بین سابقه ابتلا به هایپر لیپیدمی و ابتلا به انواع چاقی 0 عمومی و شکمی) رابطه معنی دار نشان داد ( $P < 0.05$ )، بطوریکه میانگین شاخص توده بدنی در زنانی که سابقه هایپر لیپیدمی داشتند بالاتر بود (29/0) و همچنین نسبت دور کمر به دور باسن نیز بالاتر (0/82) از افرادی بود که سابقه هایپر لیپیدمی را ذکر نکرده بودند. زنانی که میانگین شاخص توده بدنی بالاتری دارند، عمدتا در شیفت صبح کار می کردند. 66٪ از واحد های مورد پژوهش در زمان انجام پژوهش در طی 7 روز گذشته، اصلا فعالیت ورزش نداشتند و تنها 9/7 درصد 3 روز در هفته فعالیت ورزشی شدید داشتند و از این تعداد نیز 15٪ به مدت 120 - 60 دقیقه در روز فعالیت شدید ورزش انجام می دادند و تنها 5/3٪ از نمونه ها بیشتر از 120 دقیقه به این گونه فعالیتها می پرداختند.

59/5٪ از زنان امتیاز کمتر از 10 را در بخش کیفیت خواب کسب کرده بودند به این معنی که فرد مشکل خواب آلودگی نداشته و به میزان کافی می خوابد. در حالیکه 37/7٪ نیز با توجه به کسب امتیاز بیشتر از یا مساوی 10 نیاز به یک ارزیابی کلی و دقیق تر برای تعیین خواب آلودگی مفرط (اختلال خواب) داشتند.

اکثریت واحد های مورد پژوهش 33/8٪ فشار خون سیستولیک 100 میلیمتر جیوه داشتند و 51٪ فشار خون دیاستولیک 60 میلیمتر جیوه داشتند و این در حالی بود که آزمون T بین شاخص توده بدنی با فشار خون سیستولیک و دیاستولیک رابطه معنی دار نشان دادند

( $P < 0.05$ ) و بین افزایش فشار خون دیاستولیک با افزایش چاقی شکمی (مرکزی) نیز ارتباط معنی دار نشان داد ( $P < 0.05$ ).

### بحث و نتیجه گیری :

نخستین مطالعات اپیدمیولوژیک همراهی تنگاتنگی را بین وجود برخی عادات و ویژگیها با بروز بعدی بیماریهای عروقی نشان دادند. امروزه این ویژگیها عوامل خطر نام گرفته اند و بطور وسیعی برای تعیین خطر و احتمال بروز بعدی بیماریهای عروقی و پیشگیری از این بیماریها مورد استفاده قرار می گیرند. اکثر اقدامات مداخله ای پیشگیرانه در جهت تغییر رفتارهای خطر ساز و متمرکز بر فرد است (10).

یافته های پژوهش، نشان می دهند که حداکثر واحدهای مورد پژوهش (9/27) در رده سنی 25-30 سال قرار دارند و بطور کلی در محدوده سنی 24 (حداقل) و 54 (حداکثر) می باشند. همچنین چاقی عمومی از سن 30 سال به بالا به طور معنی داری تا سن 50 سالگی شاخص توده بدنی افزایش یافته و از 50 سالگی به بعد مجددا کاهش نشان می داد ( $P < 0.05$ ). همچنین چاقی شکمی نیز بطور پیوسته با افزایش سن افزایش یافته بود. در تایید یافته های این پژوهش مصطفوی و همکاران (1384) می نویسند: شاخص توده بدنی در زنان و مردان از سنین نوجوانی به تدریج افزایش یافته و بیشترین مقدار در دهه 59-50 سالگی دیده می شود و بعد به تدریج کاهش می یابد (11) و معیری (2006) می افزاید: شاخص توده بدنی با افزایش سن افزایش می یابد همچنین افزایش سن یکی از عوامل خطرزای غیر قابل تغییر بیماریهای قلبی عروقی محسوب می گردد (22).

میزان تحصیلات حداکثر واحدهای مورد پژوهش، (68٪) دانشگاهی بود. میزان درآمد خانوار حداکثر واحدهای مورد پژوهش 56/1٪ بین 200-400 هزار تومان بود و 62/8٪ از واحدها متاهل بودند. 92/7٪ با خانواده و 7/13٪ به تنهایی زندگی می کردند نقشه بی سوادی در جهان با نقشه فقر و سو تغذیه و بالا بودن میرایی شیرخواران و کودکان در جهان انطباق دارد. مطالعات نشان داده اند سطح تحصیلات بدون توجه به در دسترس بودن امکانات بهداشتی تا حدی اثر فقر را بر سلامتی جبران می کند و بخصوص بر سطح آموزش

بسیار موثر می باشد. چبارو<sup>1</sup> و همکاران بیان می کنند که آگاهی و نگرش و عملکرد مردم به سطح سواد و وضعیت اقتصادی و اجتماعی وابسته است (14).

64/5٪ از واحدها هرگز ورزش نمی کردند، 33/7٪ به ورزشهای ایروبی و 37٪ نیز به پیاده روی اشاره کرده بودند و 30٪ زنان شاغل ورزشها را بصورت گاهگاهی و سبک انجام داده و تنها 3/6 بصورت حرفه ای و مرتب ورزش می کردند. 68٪ از واحد ها 1-2 ساعت در هفته ورزش می کردند 46٪ از واحد های مورد پژوهش در اوقات فراغت به ندرت پیاده روی می کردند و تنها 18/6٪، اغلب این کار را انجام می دادند در حالیکه 11/6٪ بیش از 3 ساعت در شبانه روز تلویزیون تماشا می کردند. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که، فعالیتهای فیزیکی خطر بیماریهای قلبی عروقی، حملات مغزی، چاقی و دیابت نوع 2، پر فشاری خون<sup>2</sup>، بدخیمی کولون، شکستگی های ناشی از پوکی استخوان را در سنین میانسالی و بالاتر کاهش می دهد. تحقیقات اپیدمیولوژیک پیشنهاد می کنند که فعالیت فیزیکی که 1000 کیلو کالری انرژی می سوزاند 30٪ مرگ و میر را کاهش می دهد و فعالیت فیزیکی که 500 کیلو کالری انرژی می سوزاند تاثیر مطلوبی بر روی تمام علل مرگ و میر دارد و میزان فعالیتهای را بدین گونه طبقه بندی می کنند .  $\text{Met}^3/\text{min}/\text{per week}$  .  $\leq 469$  فعالیت فیزیکی کم،  $500-999 \text{ Met}/\text{min}/\text{per week}$  = فعالیت فیزیکی متوسط،  $\geq 1000 \text{ Met}/\text{min}/\text{per week}$  فعالیت فیزیکی بالا (23).

یافته ها بیانگر این مطلب هستند که بیشترین میزان میانگین شاخص توده بدنی (25/89) در افراد متاهل بوده است که از نظر آماری نیز معنی دار می باشد ( $P < 0.05$ ). همچنین میزان چاقی شکمی در افرادی که مجرد بودند نسبت به زنانی که قبلا ازدواج کرده بودند کمتر بود. به عقیده پژوهشگران ، سابقه بارداری و زایمان و یا برخی از راههای پیشگیری از بارداری می توانند بر این یافته تاثیر گذاشته باشند که در این تحقیق بدان پرداخته نشده است. آزاد بخت (1382) در تایید این یافته می نویسد: چاقی و چاقی شکمی در زنان بیشتر از مردان بوده و به ترتیب 29/1٪ در مقابل 14/2٪ در مورد چاقی و 66/1٪ در مقابل 32/1٪

1. R.Chebaro

2. Hypertension (H.T.N)

3. Meter



٪ در مورد چاقی شکمی می باشد و می افزایش، در مورد چاقی شکمی سطح پایین سواد در زنان و بیسوادی در مردان ، تاهل و فعالیت فیزیکی کم ارتباط قوی با چاقی دارد(1).

حداکثر واحد های مورد پژوهش(3/54٪) در شبانه روز 8 – 7 ساعت می خوابیدند، 8/9 ٪ بیشتر از 8 ساعت و 36/8 ٪ کمتر از 7 ساعت می خوابیدند. گانگویسچ<sup>1</sup>(2006) می نویسد: طول مدت خواب کوتاه، همچنین ریسک ابتلا به بیماریهای افزایش فشار خون را نیز افزایش می دهد(18). پادز<sup>2</sup> و همکاران(2005) ریسک فاکتورهای ابتلا به چاقی را اینگونه بر می شمارند: تماشای تلویزیون، چاقی والدین، وزن زمان تولد، میزان تحصیلات، میزان آگاهی و در دوران کودکی و تک فرزند بودن(24). عوامل فرهنگی نیز اهمیت دارند این عوامل با قابلیت دسترسی و ترکیب رژیم غذایی و تغییرات سطح فعالیت بدنی در ارتباط اند. در جوامع صنعتی، چاقی در زنان ضعیف شایعتر است در حالیکه در کشورهای توسعه نیافته زنان سالم تر از میزان چاقی بیشتری برخوردارند. چاقی تا حدی با زمان مشاهده<sup>3</sup> تلویزیون ارتباط دارد(21).

در پژوهش دیگری گانگویسچ(2005) می نویسد: افرادی که کمتر از 7 ساعت در شبانه روز می خوابند شاخص توده<sup>4</sup> بدنی نزدیکتری به افراد چاق دارند نسبت به کسانی که حدوداً 7 ساعت در شبانه روز می خوابند و افرادی که بیش از 7 ساعت می خوابند رابطه<sup>5</sup> معنی داری با افزایش یا کاهش وزن نشان ندادند(17).

2/46 ٪ از واحد های مورد پژوهش نیز در شیفتهای متغیر(صبح ، عصر و شب) کار می کردند و 3/9 ٪ فقط در شیفت شب، 3/11 ٪ عصر و 8/32 ٪ فقط در شیفت صبح انجام وظیفه می کردند. در این رابطه روزنامه<sup>6</sup> همشهری به نقل از هلث وی نیوز (19 سپتامبر 2006) می نویسد: تحقیقات دانشمندان نشان می دهد افرادی که در شیفتهای چرخشی کار می کنند بیشتر در معرض ابتلا به سرطانها و بیماریهای قلبی عروقی قرار می گیرند. شیفتهای کاری به دو صورت ثابت و چرخشی است. در نوبت کارهای کشورهای کانادا و آمریکا حدود 42٪ افراد نوبت کار، از سیستم نوبت کاری متغیر استفاده می کنند.

1. Gangwisch  
2. Padez

محدودیت‌های این نوبت کاری‌ها باعث شده تا هرکسی در این سیستم‌ها دوام نیاورد. علاوه بر سرطان پروستات، بیماری‌های قلبی، ناراحتی‌های گوارشی، دیابت، اعتیاد به سیگار، فشار خون بالا و اختلالات روانی و نیز کسانی که از بی‌خوابی ناشی از شیفت کاری چرخشی رنج می‌برند را تهدید می‌کند. تحقیقات نشان داده‌اند که کارکردن در شیفت‌های چرخشی خطر ابتلا به سرطان سینه و سرطان روده را افزایش می‌دهد (12).

در مطالعه دیگری که بر روی دانشجویان پزشکی در یونان انجام شد، 21/7٪ از دختران مورد بررسی، دارای چاقی شکمی (نسبت دور کمر به باسن بیشتر از 0/8) بودند. مطالعات زیادی بر وجود ارتباط بین دور کمر و خطر ابتلا به هایپرتنزیون، پر فشاری خون، دیابت و بیماری‌های قلب و عروق دلالت می‌کند (15). در بررسی دیگری که بر روی زنان استرالیایی انجام شد، کالوی<sup>3</sup> و همکاران (2006) دریافتند که 45٪ زنان وزن طبیعی و 34٪ اضافه وزن داشتند و اشاره می‌کنند که اختلالات فشار خون و مرگ و میر در افراد دچار اضافه وزن بیشتر بوده و در این گروه میزان روزهای بستری در بیمارستان نیز به دلایل متفاوت، 5 روز بیشتر از سایر افراد است (13).

اکثریت واحد‌های مورد پژوهش 49/4٪ نمایه توده بدنی در حد طبیعی (9/24-18/5) داشته و 7/3٪ وزنشان کمتر از حد طبیعی بود. 30٪ اضافه وزن داشتند، 7/7٪ چاقی کلاس I، 1/6٪ چاقی کلاس II و 2٪ چاقی کلاس III داشتند (3/11٪ چاق بودند). همچنین در ارتباط با چاقی مرکزی (شکمی) 83/8٪ واحد‌های مورد پژوهش دارای چاقی شکمی بودند به عبارت دیگر نسبت دور کمر به باسن در آنها بیش از 0/8 بود. در مقایسه با پژوهش‌های مشابه دارای شیوع نسبتاً بالایی می‌باشد. معیری و همکاران نیز (2006) در نتیجه تحقیق خود چنین گزارش می‌کنند که میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در زنان بالغ تهرانی 17/9٪ و 7/1٪ بوده است (22). در تایید یافته‌های پژوهش حاضر، مصطفوی و همکاران نیز (1384) در بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان و بزرگسالان شیرازی می‌نویسند: شیوع چاقی در بزرگسالان 11/7٪ و اضافه وزن 33/3٪ می‌باشد (11). دوست محمدیان و همکاران نیز در این رابطه چنین گزارش می‌کنند که 58٪ دختران مورد بررسی کم وزن و 77/7٪ وزن طبیعی و 11/7٪ اضافه وزن داشتند

و 4/7٪ نیز چاق بودند (5). در مقایسه با سایر مناطق جهان، از جمله آمریکا و 28٪ از زنان در گروه اضافه وزن قرار داشته و 27٪ از زنان چاق بودند و در کل نیز 19/8٪ افراد در گروه بزرگسالان در ردیف افراد چاق قرار می گرفتند نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد در کشور های اسکاندیناوی تقریباً شیوع چاقی 10٪ در مردان و 11٪ در زنان گزارش شده است. در کانادا 14/8٪ افراد چاق بودند و در انگلستان میزان شیوع چاقی 11٪ و اضافه وزن 30٪، در اسپانیا، چاقی 10٪ و اضافه وزن 33٪ و در ایتالیا و فرانسه شیوع چاقی حدود 7٪ و اضافه وزن 22٪ بوده است. در استرالیا 19/1٪ مردان و 21/8٪ زنان چاق بودند و در کل نیز شیوع چاقی 20٪ می باشد (24، 11، 20).

در کشور های منطقه خاور میانه و کشور های عربی شیوع چاقی و اضافه وزن بالاست. مثلاً در کویت 36٪ مردان و 32٪ زنان چاق بودند در حالی که در عربستان، بحرین و لبنان به ترتیب 34، 17، 54٪ از مردان و 26، 28، 32٪ از زنان چاق بوده اند. در کشور های شرق آسیا و در مالزی میزان شیوع چاقی 4/5٪ و اضافه وزن 21/3٪ است (4). در مطالعه ای که در چین انجام شد بیش از 30٪ از جمعیت دارای شاخص توده بدنی بالای 24 و 12-8 درصد دارای شاخص توده بدنی بالای 28 بوده اند (20). مطالعات مختلف نشان داده است که اضافه وزن و چاقی به صورت یک اپیدمی در کل جهان از جمله در کشور های در حال توسعه رو به افزایش است در حالیکه عامل ژنتیک نقش اصلی در ایجاد چاقی ایفا می کند، عوامل محیطی نیز در بروز چاقی نقش دارند. اهمیت افزایش وزن و چاقی در آسیا زمانی بیشتر مشخص می شود که دیده می شود بیماریهای متابولیک در جوامع آسیایی در مقادیر شاخص توده بدنی پایین تر اتفاق می افتد. برای مثال احتمال ابتلا به بیماری پر فشاری خون در جمعیت ژاپنی با شاخص توده بدنی بالاتر از 24/9٪ سه برابر افزایش می یابد و دیابت در شاخص توده بدنی بالاتر از 23-22 بیشتر می شود. به نظر میرسد که احتمالاً آسیایی ها مقدار بیشتری چربی در هر واحد شاخص توده بدنی بدن ذخیره می کنند و تمایل بیشتری برای تجمع چربی در داخل شکم دارند. در یک مطالعه انجام شده 33٪ از جمعیت شهر نشین ایران سندرم متابولیک داشته اند. در این مطالعه دیده شده که افزایش وزن و چاقی از سنین نوجوانی شروع و به تدریج افزایش می یابد. با

تغییر در شیوه زندگی و رژیم غذایی، این مشکل به ویژه در زنان نمود بیشتری پیدا کرده است و در سال های اخیر شاهد افزایش قابل توجه مقادیر اضافه وزن و چاقی بوده ایم. در مطالعات دیگر، کمی فعالیت و عدم وجود امکانات ورزشی مناسب برای زنان در این افزایش تاثیر گذار بوده است (11).

از سویی دیگر در ارتباط با تعیین شیوع چاقی شکمی نیز یافته ها نشان دادند که 83/8٪ از یافته های مورد پژوهش نسبت دور کمر به باسن بالای 0/8 داشتند و به عبارت دیگر دچار چاقی شکمی بودند در این رابطه فقیه و اقتصادی (1384) در نتیجه بررسی خود گزارش می کنند که 40/5٪ از نمونه ها دارای چاقی مرکزی بوده اند و به نقل از برتسیاس<sup>1</sup> و همکاران که بر روی دانشجویان پزشکی در کرت یونان انجام شد می نویسند 21/7٪ از دختران مورد بررسی دارای چاقی شکمی (نسبت دور کمر به باسن بیشتر از 8/0) بودند. مطالعات زیادی بر وجود ارتباط بین دور کمر و خطر ابتلا به هایپرکلسترولمی، پر فشاری خون، دیابت و بیماریهای قلب و عروق دلالت می کند (7). در بررسی دیگری که بر روی زنان استرالیایی انجام شد، کالوی و همکاران (2006) دریافتند که 45٪ زنان وزن طبیعی و 34٪ اضافه وزن داشتند و اشاره می کنند که اختلالات فشار خون و مرگ و میر در افراد دچار اضافه وزن بیشتر بوده و در این گروه میزان روزهای بستری در بیمارستان نیز به دلایل متفاوت، 5 روز بیشتر از سایر افراد است (13).

اکثریت واحد های مورد پژوهش (33/8٪) فشار خون سیستولیک 100 میلیمتر جیوه داشتند و 51٪ فشار خون دیاسیستولیک 60 میلیمتر جیوه داشتند و این در حالی بود که آزمونهای آماری بین شاخص توده بدنی با فشار خون سیستولیک و دیاستولیک رابطه معنی دار نشان دادند بطوریکه با افزایش میزان شاخص توده بدنی میزان فشار خون دیاستولیک افزایش می یافت. در همین راستا آزمونهای آماری بین افزایش فشار خون دیاستولیک با افزایش چاقی شکمی (مرکزی) نیز ارتباط معنی دار نشان دادند. گاندونی<sup>2</sup> (2006) گزارش می کند که فعالیت فیزیکی و کاهش کالری مصرفی در افراد چاق سبب کاهش فشار خون

1 - Bertsiias

2 - Gondoni

سیستولیک و دیاستولیک می شود(19). چانگ<sup>1</sup> و همکاران(2006) در پژوهشی که با هدف تعیین رابطه چاقی شکمی و افزایش فشار خون در بالغین چینی انجام دادند، گزارش کردند که چاقی شکمی بطور معنی داری باعث بالا رفتن فشارخون و بروز اختلالات پر فشاری خون می شود(15). اسکات<sup>2</sup> و همکاران (2006) نیز تحقیقی با عنوان بررسی رابطه چاقی و عملکرد قلبی ریوی در آفریقا و زنان آفریقای جنوبی انجام داده و در گزارش یافته های خود می نویسند: سطح لپتین<sup>3</sup> و فیبرینوژن<sup>4</sup> و فشار خون بطور معنی داری ( $P < 0.05$ ) در زنان آفریقایی چاق بالا بود (25). اخوان و همکاران (1383) اظهار می کنند که 23/44٪ از زنان و 38 / 9٪ مردان مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی شاخص توده بدنی بالای 30 ( چاقی ) داشتند(3).

### پیشنهادات :

امروزه بیشترین تاکید در مراقبتهای بهداشتی بر حفظ سلامت و پیشگیری استوار است (6). به گزارش روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی 20 سال آینده علت اصلی مرگ و میر انسانها از بیماریهای عفونی به سمت بیماریهای مزمن و بی سرو صدا و بطور عمده بیماریهای قلبی عروقی، سکته مغزی، دیابت، سرطانها و بیماریهای تنفس مزمن در حال تغییر است به طوری که فقط در سال 2005 علت 60 درصد مرگ و میر ها را که رقمی بالغ بر 35 میلیون نفر است به خود اختصاص داده است. بر اساس این گزارش برخی از پیشنهادات سازمان بهداشت جهانی برای مبارزه با این گونه بیماریها عبارتند از: ارتقاء تحقیقات و توسعه دارویی، تاکید بر داروهای موثر و بی ضرر، افزایش دستیابی به داروها توسط مردم، اصلاح سبک زندگی با رژیم غذایی سالم، فعالیت جسمی کافی و پرهیز از مصرف سیگار و الکل(9). بنابراین پیشنهاد می شود که در جوامعی که شیوع بیماریهای قلبی عروقی بالاست در سبک زندگی افراد تغییرات اصلاحی ایجاد شود، در این راستا

1. Chuang
- 2 . Schutte
- 3 . Leptin
4. Fibrinogen

فعالیت‌های فیزیکی منظم به همراه رژیم غذایی مناسب یکی از موثرترین روش‌های کنترل چاقی و باقی ماندن در وزن بدنی ایده آل در میان زنان و در نتیجه پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی است.

از آنجائیکه این پژوهش فقط در زنان شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان انجام شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشی با همین عنوان و با در نظر گرفتن نیازهای آموزشی در زنان شهر همدان یا سایر شهرها انجام شود تا با توجه به شیوه زندگی آنان که بعضاً تحت تاثیر عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز قرار می‌گیرد نیازهای آموزشی این قشر تعیین شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف تعیین الگوهای تغذیه‌ای در زنان انجام شود و پس از بررسی آگاهی آنان در این زمینه، برنامه‌های آموزشی تدوین و در سطح عمومی اجرا گردد. امروزه تحقیقات در کشورهای متعدد از جمله ایران نشان می‌دهد که جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می‌برند و هر جا این تفاوت بیشتر باشد، وضعیت کودکان آنان وخیم‌تر و به طبع خانواده‌هایشان محروم‌تر به نظر می‌آیند. مسئله زنان ابعاد بزرگ و پیچیده‌ای دارد. سلامت هر کشور را باید با توجه به وضعیت جسمی و روحی آنان و جایگاه اجتماعی‌شان تعریف کرد. از آنجائیکه هر دولتی مسئول کمک و راهنمایی برای آموزش بهداشت همگانی به مردم است خدمات بهداشتی اولیه که نخستین سطح تماس بین مردم و نظام خدمات بهداشتی کشور است، باید با گسترش آموزش بهداشت همگانی موجب ارتقای دانش بهداشتی مردم و بخصوص زنان شود (26).

در انتها باید گفت که اکثر عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر مهم امروز، به الگوهای زندگی و نحوه مصرف مرتبط می‌باشد. اضافه وزن و چاقی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت هستند که می‌توانند به فشار خون بالا، افزایش چربی خون و دیابت منجر شوند. مصرف میوه و سبزی و افزایش فعالیت بدنی می‌تواند به پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی و برخی از انواع سرطانها کمک کند و کاهش عوامل خطر موثر در بیماری‌های غیر واگیر از

جمله بیماریهای قلبی عروقی نیازمند تمهیدات کشوری و استانی و نیازمند همکاری همه مردم جامعه است (2).

### منابع:

1. آزاد بخت . ل ، میر میران .پ ، عزیزی. ف، بررسی شیوع و عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی ، مطالعه قند و لیپید ، مجله غدد درون ریز و متابولیسم . 1382 ، سال 5 ، ضمیمه 20 .
2. ابریشمی.الف، جوایم.ر، خدایی.غ ح، یوسف نژاد.الف، خلاصه نتایج بررسی مرحله دوم نظام مراقبت عوامل خطر موثر در بیماریهای غیر واگیر، استان خراسان رضوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی، 1385.
3. اخوان طبیب . الف ، بهشادی. ر ، ثابت . ب، چاقی در مرکز ایران ، ششمین کنگره سراسری تازه های قلب و عروق ، مشهد ، 1383 ص 23 .
4. حدائق. ف، و همکاران. بررسی نسبت دور کمر به قد ، بهترین شاخص چاقی شکمی در مقایسه با نمایه توده بدنی در پیش بینی بروز دیابت در مردان بالغ تهرانی . مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران ، 7(4)، 1384.
5. دوست محمدیان ، الف و همکاران. بررسی وضع تغذیه و ارتباط بین فعالیت بدنی و نگرش تغذیه ای با نمایه توده بدن برای سن در دختران دبیرستانی 18 - 14 ساله شهر سمنان 83 - 1382. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد 6 ، شماره 3 ، بهار 1384 . ص 193 - 187 .
6. ضابطیان. آ و همکاران . شاخصهای تن سنجی و پیش بینی کننده بروز دیابت نوع 2 در بالغین مجله دیابت و لیپید ایران زمستان 1384 ، 5(2)، ص 151 - 143 .
7. فقیه، ش ، اقتصادی . ش، بررسی شیوع چاقی مرکزی و عمومی در دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه ولنجک دانشگاه شهید بهشتی تهران . مجله دیابت و لیپید ایران . بهار 1384 دوره 4(شماره 3). ص 73 - 67 .

8. عزیزی. ف، مطالعه قند و لیپید تهران، یافته های مرحله دوم مطالعه، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، 1387.
9. عزیزی. ف، حاتمی. ح، جانقربانی. م، (1383)، اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، تهران، خسروی.
10. عزیزی، ف. (1381)، تغییر در شیوه زندگی برای پیشگیری از بیماریهای مهم غیر واگیر. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تابستان 84، سال چهارم، شماره 2. ص 84-81.
11. مصطفوی. ح، دباغ منش. م. ح، زارع. ن، بررسی میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان و بزرگسالان شهر شیراز. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی. سال 7. شماره 1. بهار 84. ص 66-57.
12. ملکی. ر، روزنامه همشهری. 15 اردیبهشت. 1384.
13. Callaway, LK. (et al), the prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *Med. J.* August 2006 Jan. 16. 184(2), 51.
14. Chebaro. R (et al), Knowledge, Attitudes and Practices about contraception in an urban popvlation. **East mditerr Health j.** 11. 4. (2005), 573 – 85.
15. Chuang SY. Presence and progression of abdominal obesity are predictors of future high blood pressure and hypertension. **Am J Hypertens.** 2006 Aug; 19(8): 788-95.
16. Earl. S .ford, Waynch. G, William .H. D. Prevalence of the metabolic syndrome among us adults. **JAMA Journal,** 2002:16 (287). 356-359.



17. Gangwisch JE. (Etal), Inadequate sleep as a risk factor for obesity; analyses of the NHANESI. **Sleep.J** 2005 Oct. I; 28 (10): 1289 – 960.
18. Gangwisch. JE (etal), short sleep durations a risk factor for hypertension analyses of the first National Health and Nutrition Examination survey. **Hypertension J.** 2006. Maj; 47 (5): 833-9.
19. Gondoni. LA. (et al). short term effect of physical exercise and low calorie diet left ventricular function in obese subjects. **Nutr meth cardiovas dis J.** 2006 . aug
20. Jee. SH. (etal), Body mass Index and mortality in Korean men and women. **N. Eng 1. J Med.** 2006 Aug 24. 355 (8). 758-60.
21. Kasper. D. L, Braunwald. E, A, Hauser. S, Longo. D, Jameson. J.Larry. Harrison's principles of internal medicine. 15th Edith. W.b.Sunders Company,2005.
22. Moayeri H. (et al). **Over weight and obesity and their associated factor in adolescents in Tehran.** Iran 2004 – 2006. Eury. *Pediatr.* 2006 may 5.
23. Nosikov. A, Gudex. C. developing common instruments for healt surveys. Ios press. **Health promotion research UKK institute.** Tampere. Finland.2003.
24. Pade, C, (etal), Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. **Acta pediatric. J.** 2005. NOV; 94 (11); 15507.
25. Schutte. AE, Van. Vuuren D, Van Rooyen JM; Huisman. HW; Schutte. R; Malan. L; Malan. NT. Inflammation. obesity and cardiovascular function in African and Caucasian women from South Africa. **J Hum hyper tens.** Jul. (20). (2006). 10. 1038.
26. Stanhope. M, Lancaster, **Community public health nursing.** St Louis. Mosby, 2004.