

دانشور

پزشکی

بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی

نویسندگان: عیسی محمدی زیدی*^۱، دکتر علیرضا حیدرنیا^۲ و دکتر ابراهیم حاجی زاده^۳

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس

۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت دانشکده پزشکی تربیت مدرس

۳. استادیار گروه آمار زیستی دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

Email: mohamm_e@yahoo.com

* نویسنده مسئول:

چکیده

هدف: بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های غیر عفونی هستند که توسط عوامل متعدد ایجاد می‌شوند که یکی از این مهم‌ترین آن‌ها، سبک زندگی ناسالم است. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت هر ساله ۱۶/۶ میلیون نفر بر اثر بیماری قلبی و عروقی فوت می‌کنند. با توجه به پژوهش ویلسون تقریباً ۶۳/۷ درصد زنان و ۶۱/۴ درصد مردان در کشورهای توسعه یافته در معرض خطر بیماری قلبی و عروقی هستند. در ایران هم بیماری‌های قلبی و عروقی از مشکلات دهه اخیر بوده است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی سبک زندگی (تغذیه، تحرک جسمانی، دخانیات و استرس) بیماران قلبی و عروقی در چابهار است.

روش: در این پژوهش با ۴۴ بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی که به علت سکته در بخش CCU بستری شده بودند - و از طریق کلی‌شماری در طول یک ماه انتخاب گردیدند - مصاحبه شد. پرسشنامه سبک زندگی از ۶ قسمت اطلاعات دموگرافیک، سابقه پزشکی، تغذیه، مصرف سیگار، ورزش و استرس تشکیل شده بود. در پایان داده‌های پژوهش به کمک آزمون کای اسکوئر، رگرسیون و تست فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۵۲/۳ درصد بیماران زن و ۴۷/۷ درصد آن‌ها مرد هستند. میانگین سنی ۴۶ سال با انحراف معیار ۱۵/۴± سال است. شایع‌ترین ریسک فاکتورها در بیماران به ترتیب عبارتند از: کم تحرکی (۸۴/۶ درصد)، مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی (۵۲/۳ درصد)، فشار خون بالا (۵۰ درصد)، شاخص توده بدن بیش‌تر از ۲۵ (۴۷/۸ درصد)، مصرف سیگار (۴۷/۷ درصد)، سابقه خانوادگی بیماری (۳۸/۶ درصد)، اعتیاد (۳۸/۶ درصد) و استرس (۲۰/۵ درصد). شایع‌ترین حوادث استرس‌زا بین بیماران احساس فشار کاری (۴۷/۷ درصد، مرگ عضو نزدیک خانواده ۹۰/۹ درصد، نارضایتی شغلی ۲۷/۳ درصد، دلواپسی و اضطراب ۷۷/۳ درصد، تندخویی ۶۵/۹ درصد و تغییر وضع مالی ۵۶/۸ درصد است. در کل از نظر وضعیت سبک زندگی ۹۵/۵ درصد بیماران در معرض خطر متوسط قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق بر اهمیت و فوریت اقدامات مداخله‌ای برای تغییر در سبک زندگی تأکید می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، بیمار قلبی و عروقی

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال سیزدهم - شماره ۶۱
اسفند ۱۳۸۴

تاریخ وصول: ۸۳/۷/۱۲
تاریخ پذیرش: ۸۴/۲/۲

مقدمه

سبک زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کارها و عادت‌های رفتاری در افراد و گروه‌ها مورد توجه قرار گیرد، بخصوص با توجه به شالوده فرهنگی و شرایط اجتماعی - اقتصادی و روابط اجتماعی و شخصیت آن‌ها. با این‌که ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می‌گیرند که بر سلامت آن‌ها تأثیرگذار است. مفاهیم تغییرات رفتاری، شکل‌گیری عادت‌ها و گسترش سبک زندگی، اساسی پر معنا برای ایفای نقش آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به وجود می‌آورد [۱]. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را براساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، بر هم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی حاصل می‌شود [۲].

توسعه شهرنشینی، زندگی در جهان صنعتی و کنترل بیماری‌های واگیردار، همراه با تغییر در ساختار سنی جامعه در جهت پیر شدن، جمعیت ما را هر چه بیش‌تر با افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطان‌ها، بیماری‌های عروق قلب، سکت و دیابت و عوامل خطر ساز آن‌ها روبه‌رو خواهد کرد [۳]. تا قبل از سال ۱۹۰۰ بیماری‌های عفونی و مسری و سوء تغذیه عمده‌ترین علت مرگ به شمار می‌رفتند و پس از آن به مرور زمان از میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها کاسته شد و اختلالات قلبی و عروقی در شمار اساسی‌ترین مشکلات بهداشتی قرار گرفتند. به طوری که در سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه یافته حدود ۴۶/۶ درصد مرگ‌ها ناشی از اختلالات قلبی و عروقی بود [۴]. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلال قلبی و عروقی در سال رخ دهد. بر این اساس از هر سه مورد مرگ یک مورد آن به علت اختلال قلبی و عروقی خواهد بود [۵]. شیوع عوامل خطر آفرین CVD در حد نگران‌کننده است. به طوری که نتیجه پژوهش ویلسون نشان می‌دهد ۶۳/۷ درصد مردان و ۶۱/۴ درصد زنان حداقل یکی از عوامل خطر زای بیماری قلبی مثل فشارخون، استفاده از سیگار، کلسترول

خون بالاتر از حد معمول، چاقی و دیابت شیرین را دارا هستند. این آمار نشانگر ضرورت تغییر در سبک زندگی به منظور حذف عوامل خطر آفرین بیماری قلبی است [۶]. در ایران نیز بیماری قلبی و عروقی یک مشکل اجتماعی رو به تزاید است. این بیماری از علل مهم ناخوشی‌ها و مرگ و ناتوانی در ایران است. دفتر جمعیت و بررسی‌های آماری و خدمات ماشینی، آمار تلفات ۲۱ شهر انتخابی کشور به علت بیماری‌های ایسکمیک قلبی را در سال ۱۳۶۵، ۱۴۶۲ نفر مرد و ۹۱۵ نفر زن گزارش کرده است [۷]. مرگ و میر بیماری‌های قلبی همچنان روندی فزاینده داشته و از ۲۸/۱ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۳۸ درصد در سال ۱۳۶۸ و ۴۳/۳ درصد در سال ۱۳۷۳ رسیده است [۸]. درصد فوت‌شدگان ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در تهران، جریانی شبیه کشورهای پیشرفته داشته است. مطالعات نشان می‌دهد سهم بیماری قلبی و عروقی در تهرانی‌ها از ۲۶ درصد به بیش از ۵۰ درصد در سال ۷۵ رسیده و طبق آخرین آمار WHO در مارس ۲۰۰۲، ۳۵ درصد علل مرگ‌ها در ایران (۹۱ هزار نفر) ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی است [۹]. در حالی که در کشورهای صنعتی با تغییراتی که در سبک زندگی (چه از نظر کاهش میزان مصرف چربی و کنترل دخانیات، و چه از نظر کنترل فشار خون، افزایش میزان فعالیت بدنی و کنترل سایر ریسک فاکتورها از جمله استرس) ایجاد شده مرگ و میر حاصل از بیماری‌های قلبی و عروقی در طی ۲۵ سال گذشته رو به کاهش گذاشته است؛ لکن در کشورهای در حال توسعه همانند ایران مرگ و میر حاصل از CVD از ۲۰ تا ۲۵ درصد به ۳۵ تا ۴۰ درصد رسیده است و این افزایش، حاصل تمایل به شهرنشینی، زندگی ماشینی، کاهش میزان فعالیت فیزیکی، افزایش وزن، ازدیاد چربی‌های خون و سایر ریسک فاکتورهای خطرناک است [۱۰]. با این همه، بیماری‌های قلبی و عروقی به سادگی و به صورت کامل و مؤثر قابل پیشگیری هستند. در واقع به غیر از سرطان ریه که با قطع سیگار قابل پیشگیری است، بیماری‌های قلبی و عروقی قابل پیشگیری‌ترین بیماری غیر قابل انتقال مزمن انسان به شمار می‌روند [۱۱].

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی گذشته‌نگر است که با هدف بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی انجام شده است. پس از انتخاب جامعه پژوهش که شامل تمام بیماران بستری شده در طول خرداد ماه ۱۳۸۳ بود، پرسشنامه ارزیابی سبک زندگی (Lifestyle assessment) متشکل از ۶ قسمت اطلاعات دموگرافیک (۱۳ سؤال)، سابقه بیماری (۵ سؤال)، تغذیه (۱۵ سؤال)، تحرک جسمانی (۴ سؤال)، و مصرف سیگار (۸ سؤال) به همراه پرسشنامه استرس، از طریق مصاحبه از بیمارانی که به علت سکتته بستری شده بودند تکمیل شد. در پایان اطلاعات به دست آمده برای حصول به نتایج نهایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاصل نشان می‌دهد که میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۴۶ سال است. از لحاظ متغیر سطح تحصیلات، بیش از نیمی از افراد بی‌سواد، ۹ نفر در مقطع ابتدایی، ۳ نفر در مقطع راهنمایی، ۶ نفر در مقطع متوسطه بودند و ۳ نفر نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر شغل ۲۶ نفر بیکار، ۱۱ نفر شغل آزاد، ۶ نفر کارمند و یک نفر بازنشسته بودند. از نظر نوع مالکیت مسکن ۳۰ نفر منزل شخصی و سایرین مسکن اجاره‌ای داشتند. به لحاظ وضعیت تأهل ۳۵ نفر متأهل، ۷ نفر بیوه، ۱ نفر مجرد و ۱ نفر مطلقه بود. میانگین تعداد فرزند بیماران ۵/۴۵ نفر بود. شاخص توده بدن ۲۱ بیمار بیش از ۲۵ و یک نفر کم‌تر از ۲۰ و ۲۲ نفر >25 شاخص توده بدن >20 است (جدول ۱).

در رابطه با وجود سابقه بیماری‌های تأثیرگذار بر بیماری‌های قلبی و عروقی، ۲۲ نفر مبتلا به فشار خون، ۸ نفر به بیماری‌های قلبی، ۷ نفر به دیابت و ۱۸ نفر چاق بودند. در ارتباط با وجود سابقه خانوادگی بیماری‌ها ۳۸/۶ سابقه CVD، ۵۲/۳ درصد سابقه فشار خون، ۵۴/۵ درصد سابقه چاقی، و ۲۹/۵ درصد سابقه

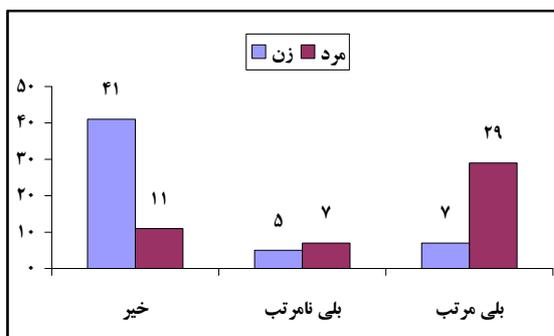
دیابت را در بستگان خود گزارش کردند. همچنین ۵۲/۳ درصد بیماران ارتباط خویشاوندی بین والدین خویش را گزارش کردند.

۶۱/۴ درصد بیماران بیان کردند که به میزان یک بار در هفته و بیش‌تر گوشت قرمز می‌خورند و ۱۱/۴ درصد بیماران هم گفتند که بیش از ۲ تا ۳ بار در هفته ماهی مصرف می‌کنند. در مورد مصرف امعاء و احشاء و غذاهای بریان اکثر بیماران بیان کردند که به ندرت از این مواد غذایی استفاده می‌کنند. ۶۸/۳ درصد بیماران کم‌تر از یک‌بار در هفته، غذاهای سریع‌الطبخ (fast foods) مصرف می‌کردند. بیش از ۵۰ درصد بیماران مورد بررسی افزون بر چند بار در هفته نوشیدنی‌های شیرین (soft drinks) می‌نوشیدند. ۴۰/۹ درصد (۱۸ نفر) بیماران میان‌وعده سالمی (مانند شیر، میوه و سبزی در برابر میان‌وعده ناسالم مانند چیپس، شیرینی جات و...) نداشتند. در ارتباط با میزان مصرف الکل در بیماران ۱۸/۲ درصد (۸ نفر) الکل می‌نوشیدند و رابطه بین مصرف الکل و جنسیت از نظر آماری معنادار و تنها مردان از الکل استفاده می‌کردند ($p < 0.001$). به تعداد مساوی از زنان و مردان (۷۵ درصد) بیماران اعلام کردند که تنها از روغن جامد و روش طبخ سرخ کردن استفاده می‌کنند (جدول ۲).

در رابطه با سابقه مصرف سیگار ۱۶ نفر از بیماران مصرف مرتب و ۵ نفر استفاده نامرتب آن را قبل از بستری شدن ذکر کردند. ارتباط بین مصرف سیگار با جنسیت از نظر آماری معنادار است (نمودار ۱) ($p = 0.001$). تقریباً ۸۵ درصد افراد سیگاری اعلام کردند که بیش از ۲۰ نخ در روز سیگار دود می‌کنند. ۳۱/۸ درصد بیماران قبل از بستری شدن قلیان می‌کشیدند. ۱۷ بیمار اعتیاد به مواد مخدر داشته که تقریباً به نسبت مساوی از هر دو جنس بودند (نمودار ۲). در کل ۵۶/۱ درصد بیماران در معرض خطر متوسط به بالای دخانیات قرار داشتند. بین سن و خطر ناشی از سیگار رابطه معناداری وجود دارد که با افزایش سن بر میزان استعمال سیگار افزوده می‌شود ($p = 0.001$).

جدول ۱) توزیع مطلق و نسبی فراوانی بیماران بر پایه عوامل دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد	
سن بیمار	کم تر از ۲۰ سال	۱	۲/۳
	بین ۲۰-۲۹ سال	۴	۹/۱
	بین ۳۰-۳۹ سال	۱۱	۲۵
	بین ۴۰-۴۹ سال	۱۳	۲۹/۵
	بین ۵۰-۵۹ سال	۹	۲۰/۵
بیش از ۶۰ سال	۶	۱۳/۶	
جمع	۴۴	۱۰۰	
تحصیلات	بی سواد	۲۳	۵۲/۳
	ابتدایی	۹	۲۰/۵
	راهنمایی	۳	۶/۸
	متوسطه	۶	۱۳/۶
دانشگاهی	۳	۶/۸	
جمع	۴۴	۱۰۰	
شغل	بی کار	۲۶	۵۹/۱
	بازنشسته	۱	۲/۳
	کارمند	۶	۱۳/۶
	شغل آزاد	۱۱	۲۵/۰
جمع	۴۴	۱۰۰	
شاخص توده بدن	کم تر از ۲۰	۱	۲/۳
	بین ۲۰ تا ۲۵	۲۲	۵۰/۰
	بین ۲۵ تا ۳۰	۱۶	۳۶/۶
	بیش تر از ۳۰	۵	۱۱/۴
جمع	۴۴	۱۰۰	



نمودار ۱. فراوانی نسبی استعمال دخانیات در بیماران (p=۰/۰۰۱)

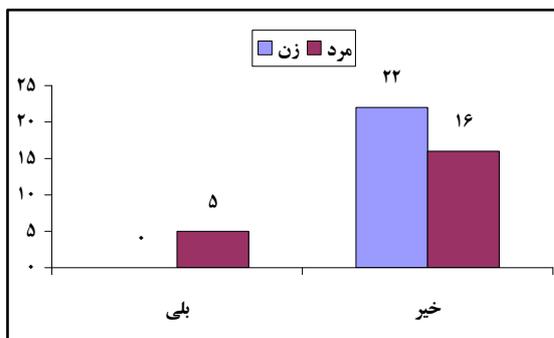
۸۸/۶ درصد بیماران هیچ گونه تحرک جسمانی در قالب ورزش نداشتند و رابطه ورزش و جنسیت از طریق آزمون فیشر معنادار شد و تعداد محدودی که ورزش می کردند جزء مردان بودند (p=۰/۰۱۳) (نمودار ۳). در مورد شرایط خواب ۳۸ نفر از بیماران بد خواب بودند و ارتباط خواب و جنسیت از نظر آماری معنادار بود و مردان شرایط بهتری داشتند (p=۰/۰۱۷).

شایع ترین حوادث و بیماری های مرتبط با استرس در بیماران قلبی و عروقی عبارت بود از: تنگی نفس (۲۷ نفر)، زخم معده (۱۶ نفر)، فشار خون (۲۲ نفر)، سردرد شدید و میگرن (۱۶ نفر)، عمل جراحی (۱۱ نفر)، نارضایتی از شغل (۱۲ نفر)، مرگ همسر (۶ نفر)، تغییر مسکن (۱۶ نفر)، اختلاف سنی با همسر (۲۳ نفر)، تغییر وضع مالی (۲۵ نفر)، اشتها نامناسب (۲۲ نفر)، تشویش و دلواپسی (۳۴ نفر) و حافظه بد (۲۵ نفر). در کل حدود ۵۷ درصد بیماران از نظر شرایط استرس در معرض خطر متوسط و زیاد قرار دارند که مردان از سهم بیش تری برخوردارند (p=۰/۰۷۱). همچنین در بررسی رابطه بین استرس و وضعیت تحصیلات (p=۰/۰۰۱) افراد با سواد استرس بیش تری داشتند. در بررسی رابطه استرس و اشتغال (p=۰/۰۱۶) افراد شاغل استرس بالاتری داشتند.

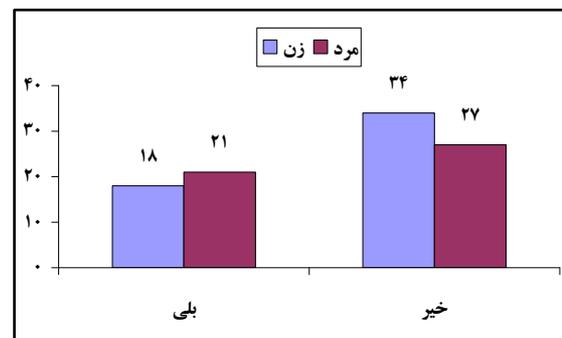
در کل از نظر شرایط کلی سبک زندگی و مجموع عوامل دخیل در سبک زندگی سالم (تغذیه، ورزش، استرس و استعمال دخانیات) ۴۲ بیمار (۹۵/۵ درصد) سبک زندگی با خطر متوسط داشتند.

جدول ۲) مقایسه توزیع فراوانی نسبی و مطلق مصرف عوامل غذایی در دو جنس

آزمون آماری	کل	جنسیت		متغیر	
		زن	مرد		
p=۰/۰۶۱ کای دو	۴ (% ۹/۱)	۱ (% ۲/۳)	۳ (% ۶/۸)	روزی یکبار هفته‌ای دو تا سه بار هفته‌ای یک یکبار به‌ندرت	میزان مصرف میوه و سبزی
	۷ (% ۱۵/۹)	۱ (% ۲/۳)	۶ (% ۱۳/۶)		
	۱۴ (% ۳۱/۸)	۸ (% ۱۸/۲)	۶ (% ۱۳/۶)		
	۱۹ (% ۴۳/۲)	۱۳ (% ۶۸/۴)	۶ (% ۱۳/۶)		
	۴۴ (% ۱۰۰)	۲۳ (% ۵۲/۳)	۲۱ (% ۴۷/۷)	جمع	
p=۰/۱۶۸ کای دو	۵ (% ۱۱/۴)	۱ (% ۲/۳)	۴ (% ۹/۱)	به‌ندرت یکبار در ماه یکبار در هفته ۲-۳ بار در هفته	میزان مصرف گوشت قرمز
	۱۲ (% ۲۷/۳)	۷ (% ۱۵/۹)	۵ (% ۱۱/۴)		
	۱۸ (% ۴۰/۹)	۱۲ (% ۲۷/۳)	۶ (% ۱۳/۶)		
	۹ (% ۲۰/۵)	۳ (% ۶/۸)	۶ (% ۱۳/۶)		
	۴۴ (% ۱۰۰)	۲۳ (% ۵۲/۳)	۲۱ (% ۴۷/۷)	جمع	
p=۰/۰۰۱ فیشر	۳۶ (% ۸۱/۸)	۲۳ (% ۵۲/۳)	۱۳ (% ۲۹/۵)	نمی‌خورد می‌خورد	الکل
	۸ (% ۱۸/۲)	۰	۸ (% ۱۸/۲)		
	۴۴ (% ۱۰۰/۰)	۲۳ (% ۵۲/۳)	۲۱ (% ۴۷/۷)	جمع	
p=۰/۵۱۱ کای دو	۳۳ (% ۷۵/۰)	۱۷ (% ۳۸/۶)	۱۶ (% ۳۶/۴)	روغن جامد روغن مایع روغن جامد و مایع	نوع روغن مصرفی
	۱ (% ۲/۳)	۰	۱ (% ۲/۳)		
	۱۰ (% ۲۲/۷)	۶ (% ۱۳/۶)	۴ (% ۹/۱)		
	۴۴ (% ۱۰۰/۰)	۲۳ (% ۵۲/۳)	۲۱ (% ۴۷/۷)	جمع	
p= ۰/۰۵۸ کای دو	۵ (% ۱۱/۴)	۴ (% ۹/۱)	۱ (% ۲/۳)	به‌ندرت یکبار در ماه یکبار در هفته چند بار در هفته روزانه	نوشیدنی‌های شیرین
	۳ (% ۶/۵)	۲ (% ۴/۵)	۱ (% ۲/۳)		
	۹ (% ۲۰/۵)	۶ (% ۱۳/۶)	۳ (% ۶/۸)		
	۲۱ (% ۴۷/۷)	۱۱ (% ۲۵/۰)	۱۰ (% ۲۲/۷)		
	۴۴ (% ۱۰۰/۰)	۲۳ (% ۵۲/۳)	۲۱ (% ۴۷/۷)	جمع	



نمودار ۱. فراوانی نسبی تحرک جسمی و ورزش در بیماران (p= ۰/۰۱۹)



نمودار ۲. فراوانی نسبی اعتیاد در بیماران (p= ۰/۵۸۳)

بحث و نتیجه گیری

فهم طبیعت و رفتار انسان نقطه شروع اصلاح رفتارهای او است [۱۲]. گستره سلامت و بیماری از یک سو نتیجه روابط فرد با محیط، گروه‌های اجتماعی و ساختارهای جامعه (در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و...) است و از سوی دیگر با ویژگی‌های فرد از نظر تطابق فردی در ابعاد ارگانیکی و ذهنی در ارتباط مستقیم است [۱۳].

سازمان جهانی بهداشت اصطلاح "lifestyle" را سبک زندگی براساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی حاصل می‌شود. تعریف WHO می‌گوید که الگوهای رفتاری مرتباً در واکنش با تغییرات محیطی و اجتماعی خود را سازگار می‌کنند و همچنین برای ارتقای سلامتی و توانمند کردن مردم جهت تغییر رفتار و سبک زندگی‌شان نه تنها باید بر افراد تمرکز کرد، بلکه باید شرایط اجتماعی را هم در نظر گرفت. سازمان جهانی بهداشت اعتقاد دارد که سبک زندگی ایدئال وجود نداشته و بسیاری از عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی برای هر فرد ویژه خود او است [۱]. سبک زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کارها و عادات‌های رفتاری در افراد و گروه‌ها مورد توجه قرار گیرد، بخصوص با توجه به شالوده فرهنگی و شرایط اجتماعی - اقتصادی و روابط اجتماعی و شخصیت آنها. با وجود این که ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می‌گیرند که بر سلامت آنها تأثیر گذار است [۲]. مفاهیم تغییرات رفتاری، شکل‌گیری عادات‌ها و گسترش سبک زندگی، اساسی پر معنا برای ایفای نقش آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به وجود می‌آورد [۱۴]. ۳۵ درصد کل مرگ‌ها در سراسر جهان به علت بیماری‌های قلبی عروقی است. در ایران نیز بیماری قلبی و عروقی یک مشکل بهداشتی رو به تزاید است. مرگ و میر بیماری قلبی در ایران از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ روند رو به رشد داشته و از ۲۸/۱ درصد به ۴۳/۳ درصد

رسیده است [۱۵]. ۴۴/۴ درصد مرگ‌ها در شهر تهران در سال ۱۳۷۵ به علت بیماری‌های قلبی و عروقی و دستگاه گردش خون بوده است [۱۶]. این افزایش حاصل تمایل به شهرنشینی، زندگی ماشینی، کاهش میزان فعالیت فیزیکی، افزایش وزن، ازدیاد چربی‌های خون و سایر ریسک فاکتورهای خطرناک است [۱۷].

طبق اطلاعات مندرج در جدول ۱ میانگین سن بیماران ۴۶ سال است که در برابر میانگین سنی بیماری در کشور که ۳۵ تا ۴۵ سال گزارش شده بالا است. همچنین از نظر جنسی با انجام آزمون آماری و بررسی ارتباط بین دو عامل جنسیت و خطر کلی بیماری قلبی و عروقی، اختلاف آماری معناداری دیده نشد و مرد بودن به عنوان یک ریسک فاکتور خودش را نشان نداد. میانگین تعداد فرزندان نشانگر بالا بودن بعد خانوار است. بی‌سواد بودن تعداد زیادی از بیماران می‌تواند احتمال نبود آگاهی لازم برای برخورداری از سبک زندگی مناسب را نشان دهد. از نظر وضعیت اشتغال، همان‌طور که دیده می‌شود بسیاری از بیماران بیکار بودند که دلیل عمده‌ای برای عدم تحرک، پناه بردن به مواد مخدر و سیگار و سبک زندگی ناسالم است. بررسی شاخص توده بدن نشان می‌دهد که حدود نیمی از بیماران چاق بوده، در معرض خطر قرار دارند که این یافته در مقایسه با تحقیق دکتر کیمیاگر که نشان داده ۴۹ درصد جمعیت بالای ۱۶ سال مبتلا به اضافه وزن (>25) شاخص توده بدن) هستند، بر وجود چاقی به عنوان یک ریسک فاکتور مهم و چشمگیر حتی در نقاط جنوبی کشور ما - علی‌رغم شرایط خاص - تأکید می‌کند [۱۸]. ابتلا به فشار خون بالا، دیابت، چاقی و همچنین برخوردار بودن از سابقه این چنین بیماری‌هایی در تعداد زیادی از بیماران، نشانگر لزوم توجه ویژه به فشار خون بالا، دیابت و چاقی به عنوان ریسک فاکتورهای عمده CVD است. همانند سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه، فشار خون بالا با شیوع ۵۰ درصد (۳۱/۱) درصد در بررسی اولایی و ۸۷/۳۵ درصد

همسر و اعضای خانواده، و تشویش و اضطراب به همراه سایر رخدادهای و بیماری‌ها مانند فشار خون، زخم معده، میگرن و سردرد شدید، تنگی نفس، اشتهای نامناسب، بیوست و حافظه نامناسب، همه و همه نمایشگر استرس متوسط و بالا در بیماران است که به علت ناتوانی در برخورد مناسب با این رخدادهای، تأثیرات منفی بر سلامت جسمی و روحی آن‌ها گذاشته است.

یافته‌های این پژوهش در کل نشان دهنده وجود عادت‌های رفتاری غلط و نامناسب در بیماران بخصوص در زمینه سیگار و اعتیاد، و تحرک بدنی است که به همراه تاریخچه بیماری در خود فرد و نزدیکان و عادت‌های تغذیه‌ای نامناسب و رویدادهای استرس‌زا، باعث شده تا ۹۵/۵ درصد بیماران دارای سبک زندگی متوسط خطری داشته باشند. این امر، لزوم توجه و تأکید بر نقش آموزش بهداشت را با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب و عادت‌های رفتاری صحیح نشان می‌دهد، تا هم در این بیماران از وقوع مجدد بیماری جلوگیری کند و هم در سایرین به‌عنوان یک فاکتور پیشگیری‌کننده عمل کند.

منابع

1. Veal, AJ., Leisure and lifestyle. A review and annotated bibliography. schools of leisure, sport & tourism, university of technology. Sydney. 2002. au/1st/research/bibliography.htm.
2. Joanne Kerr. Community health promotion; challenges for practice. Bailliere Tindhall; first edition. 2000. pp.9-11.
3. عزیزی فریدون؛ مطالعه قند و لیپید تهران: مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۸۰. ص ۲.
4. The world health report 1999. Geneva: world health organization.1999.
5. International cardiovascular disease statistics, biostatistician fact sheet, American heart association, 1998.

در بررسی سکوی (جزء اساسی‌ترین ریسک فاکتورهای تشدیدکننده بیماری است [۱۹ و ۲۰].

یافته‌های حاصل از پژوهش‌های متفاوت نشان داده که مصرف ۵ بار در روز میوه به میزان ۲۷ درصد و ۳ بار در روز سبزی به میزان ۷۰ درصد خطر بیماری قلبی و عروقی را کاهش می‌دهد [۲۱] و این در حالی است که اکثر قریب به اتفاق این بیماران در رژیم غذایی خود به‌ندرت از میوه و سبزی سود می‌جستند.

برای مقابله با عادات غلط غذایی مصرف غذاهای چرب و پر نمک و شور، مصرف کم میوه و سبزی، میان وعده ناسالم، مصرف زیاد نوشیدنی‌های شیرین، استفاده کم از ماهی به‌عنوان فاکتور پیشگیری‌کننده از بیماری قلبی، مصرف غذاهای سریع‌الطبخ و سایر عادت‌ها و رفتارهای غذایی غلط، آموزش بهداشت باید درصدد ایجاد آگاهی و نگرش مناسب برآید که پیامد آن ایجاد رفتار صحیح غذایی است.

همچنین استعمال سیگار به ترتیب با شیوع ۱۳/۳ درصدی در پژوهش اورایی و ۴۱ درصد در پژوهش امین باش در مقایسه با میزان‌های به‌دست آمده در این پژوهش (۴۷/۷ درصد برای سیگار و ۳۸/۶ درصد برای مواد مخدر) مقادیر کم‌تری را به خود اختصاص داده‌اند [۲۲]. شیوع بالای استعمال سیگار و مواد مخدر به همراه تماس طولانی مدت و تقریباً همیشگی قریب به اتفاق بیماران با دود سیگار، استفاده از قلیان به‌عنوان یک سنت قدیمی در زنان و مردان و نبود تفاوت معنادار در اعتیاد بین دو جنس باید زنگ خطر را برای مسئولین بهداشتی و سایرین به صدا درآورد. همچنین سبک زندگی بدون تحرک و نقصان چشمگیر تحرک جسمانی و ورزش در بیماران بخصوص زنان (چه به‌علت گرمی بیش از اندازه هوا و چه به‌علت نداشتن آگاهی لازم) و اختصاص زمان اندک به فعالیت‌های ورزشی در همان طیفی که ورزش می‌کنند، عاملی بسیار مؤثر در بروز بیماری قلبی است.

وجود درآمد پایین و بیکاری بالا و همچنین نوسان وضعیت مالی، نارضایتی از شغل و فشار کاری، مرگ

۱۶. نقوی محسن، اکبری محمداسماعیل. همه گیرشناسی ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی. معاونت سلامت. تهران. موسسه فرهنگی انتشاراتی فکرت. ۱۳۸۱. ص (۵۰).
۱۷. ملکی مجید. قلب در بیماری‌های سایر اعضا. مجموع سخنرانی‌های متخصصین در چهارمین کنگره قلب و عروق ایران. اسفند ماه ۱۳۶۹. صفحات ۴ و ۲۵۳.
۱۸. کیمیگر س. جعفرپور م. هشیار راد آ. هرمزیاری ه الگوهای مصرف غذا در ایران و ارتباطش با بیماری کرونری قلب. نشریه مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۹. اورایی سعید و همکاران. شیوع ریسک فاکتورهای بیماری قلبی و عروقی در تهران: گزارش پروژه قلب سالم. ژورنال قلب ایران. ۱۳۸۰. شماره دوم. صفحات ۲۸ تا ۳۱.
۲۰. سکوی مریم. بررسی شیوع فاکتورهای خطر مؤثر در بیماری‌های شریان کرونری در زنان بستری در بخش قلب بیمارستان خاتم الانبیا (ص) در شهرستان زاهدان در سال (۷۴-۷۷). پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ۱۳۷۸.
21. Agustin F and et al. influence on lifestyle measures and five-years coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention program in patients with coronary heart disease. *J cardiovascular Risk*. 2003 Dec. 10(16): pp.429-437.
۲۲. امین‌باشی میترا. بررسی شیوع عوامل خطر ساز بیماری شریان کرونری در بیماران زیر پنجاه سال بستری شده در بخش قلب و CCU بیمارستان خاتم الانبیا (ص) طی سال‌های ۱۳۷۳-۷۷. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. دانشکده پزشکی. ۱۳۷۸.
۶. عزیزی فریدون؛ حاتمی حسین؛ جانقربانی محسن؛ اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. چاپ اول. تهران: نشر اشتیاق؛ ۱۳۷۹.
۷. ابدی علیرضا؛ سالنامه آماری اداره کل آمار و خدمات ماشینی. نشر و آمار بیمارستان‌ها؛ شماره نشر ۳۲۶. تهران. انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸. صفحات ۳۱ و ۳۲.
۸. عالی‌نژاد زهرا. پرستاری داخلی - جراحی قلب از دیدگاه روان-تنکارشناسی. نشر شهرآب. چاپ اول. ۱۳۷۶. صفحات ۴ تا ۴۵.
9. WHO, World health statistics quarterly, Vol.46, No.2, 1998.
۱۰. جهان بین، ایران؛ اپیدمیولوژی و پیشگیری بیماری‌های قلب و عروق؛ خلاصه مقالات دوازدهمین کنگره بین‌المللی قلب و عروق ایران؛ تهران؛ آبان ۱۳۷۹. ص ۹۰.
11. Butler JT. Principle of health education and health promotion. 3ed. wads worth press. 2001. pp.14-15.
12. Dunkley Jacqueline., health promotion in midwifery. 1th ed. Bailliere Tindall, 2000. pp.46-48.
۱۳. محسنی منوچهر؛ جامعه‌شناسی پزشکی. تهران. طهوری. چاپ ششم. ۱۳۷۶. ص ۴۸.
14. Cheryl A. Kolander J. Danny JB. Cynthia KC. Contemporary women health; Issues for today and the future. 1st ed. Wcb/McGraw-Hill; 1999. p.27.
۱۵. ابدی علیرضا. سالنامه آماری اداره کل آمار و خدمات ماشینی. نشر و آمار بیمارستان‌ها. شماره نشر ۳۲۶. تهران. انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۸. صفحات ۳۱ و ۳۲.