

بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی پس از ترخیص از مرکز آموزشی درمانی قلب و عروق سیدالشهدا (ع) ارومیه در سال ۱۳۹۱

حیدرعلی عابدی^۱، سعید بیک‌محمدی^{۲*}، غلامحسین عبدیزدان^۳، حسن نظری^۴

تاریخ دریافت 1392/03/01 تاریخ پذیرش 1392/06/02

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان و از جمله ایران است که با توجه به وجود انبوهی از شواهد که نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی افراد به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی، پیشرفت و عود این بیماری است. این پژوهش به منظور تعیین سبک زندگی بیماران قلبی پس از ترخیص از بیمارستان صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که ۳۸۵ نفر از بیماران قلبی ترخیص شده با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده‌اند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه از پیش تنظیم شده و مشتمل بر دو بخش بود که قسمت اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم مربوط به سؤالات سبک زندگی بود، که در پنج مقوله بعد تغذیه‌ای، تحرک بدنی، استعمال سیگار و الکل، الگوی خواب و استراحت، و استرس مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفته و از روش‌های آماری توصیفی جهت دستیابی به اهداف پژوهش استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج مویید آن بود که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۱/۱ درصد) دارای سبک زندگی متوسط بودند. در خصوص بعد تغذیه (۵۴/۵ درصد) دارای سبک غذایی متوسط پس از ترخیص از بیمارستان بودند. در زمینه تحرک بدنی (۳۵/۹ درصد) دارای فعالیت فیزیکی و ورزش ضعیف بودند و بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۵۲/۷ درصد) دارای سبک زندگی در زمینه استعمال دخانیات بسیار خوب بودند. همچنین (۴۵/۵ درصد) واحدهای مورد پژوهش در زمینه الگوی خواب و استراحت دارای سبک زندگی خوب و (۳۳/۲ درصد) دارای سطح استرس کم (خوب) بودند.

بحث و نتیجه گیری: از آنجا که نتایج پژوهش نشان داد پاره‌ای از ابعاد سبک زندگی بیماران مبتلا به قلبی - عروقی از جمله عادات غذایی در سطح متوسط، سطح استرس خوب، فعالیت فیزیکی و ورزش ضعیف می‌باشند. لذا از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در حیطه‌های گوناگون پرستاری از جمله آموزش پرستاری، مدیریت خدمات پرستاری و پژوهش در جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: سبک زندگی، سبک غذایی، بیماری‌های قلبی - عروقی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره دوازدهم، پی در پی 53، اسفند 1392، ص 944-954

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان، دانشکده پرستاری اصفهان، ایران، تلفن: ۰۳۱۱-۵۳۵۴۰۶۵

Email: drabedieu@yahoo.com

مقدمه

شخصی، تغییرات روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی حاصل می‌شود (۲). تعریف سازمان جهانی بهداشت می‌گوید که الگوهای رفتاری مرتباً در واکنش با تغییرات محیطی و اجتماعی خود را سازگار می‌کنند و همچنین برای ارتقا 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 (۳).

سبک زندگی مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم بکار رفته و منعکس کننده طیف وسیعی از ارزش‌ها، عقاید و فعالیت‌های اجتماعی بوده و یکی از عوامل موثر بر سلامتی به شمار می‌رود (۱).

سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را بر اساس الگوی مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های

^۱ دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان، دانشکده پرستاری اصفهان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان، دانشکده پرستاری اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی هیئت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان، دانشکده پرستاری اصفهان، ایران

^۴ کارشناس ارشد مدیریت سیستم‌های اطلاعاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

مواجه می‌شوند. اصلاح سبک زندگی در این مرحله به اندازه مصرف دارو موثر خواهد بود (۱۳).

بستری شدن‌های مکرر این بیماران از یک طرف هزینه‌های سنگینی را به نظام بهداشتی کشور تحمیل نموده و از طرف دیگر کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را نیز به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا کاهش دفعات بستری بیمار از اهداف مهم نظام بهداشتی کشور بوده و چگونگی نیل به این هدف از چالش‌های مهم آن محسوب می‌شود. از آنجا که این خطر را می‌توان به طور چشمگیری با تغییر در سبک زندگی کاهش داد بنابراین تغییر سبک زندگی بایستی در درمان پس از بیماری قلبی و عروقی و یا حملات ناشی از آن در اولویت قرار گیرد (۶). از سوی دیگر یکی از مزایای برنامه‌های تغییر رفتار مرتبط با بیماری‌های قلبی آن است که عوارض زیان‌بار دارو درمانی که خود می‌تواند یکی از راه‌های اصلاح شیوه زندگی محسوب می‌گردد کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی بیمار بهبود می‌یابد (۱۴).

از آنجایی که یکی از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت عمومی یک جامعه کسب اطلاعاتی در زمینه وضعیت موجود یک بیماری است و یکی از شیوه‌های ارتقاء سلامتی تغییر رفتارهای بیماری زا جهت کمک و تشویق به برقراری سبک زندگی سالم‌تر می‌باشد و با توجه به افزایش تعداد بیماران قلبی و اهمیتی که تأثیر این بیماری روی تمام ابعاد زندگی افراد دارد تهیه گزارشی از وضعیت حاکم می‌تواند به کادر بهداشتی - درمانی جامعه کمک کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقا سلامتی و بهبود سبک زندگی سازماندهی نمایند، مخصوصاً پرستاران که در ارتباط نزدیک با این بیماران هستند می‌توانند وضعیت سبک زندگی این بیماران بررسی نموده و در جهت تعدیل این مشکلات گام بردارند به طوری که با ارائه آن به سازمان‌های ذی‌ربط و خانواده‌های آن‌ها علاوه بر آگاهی دادن به آنان، همکاری لازم را در جهت بهبود سبک زندگی ایشان جلب نمایند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که با هدف بررسی سبک زندگی بیماران قلبی - عروقی پس از ترخیص از بیمارستان در پنج مقوله بعد تغذیه‌ای، تحرک بدنی، استعمال سیگار و الکل، الگوی خواب و استراحت، و استرس مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش در این تحقیق کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی بودند که از مرکز آموزشی - درمانی قلب و عروق سیدالشهدا (ع) ارومیه ترخیص شده‌اند. نمونه‌های مورد پژوهش نیز ۳۸۰ نفر از بیماران قلبی ترخیص شده از مرکز آموزشی - درمانی قلب و عروق سیدالشهدا بودند که برای ورود به

تا قبل از سال ۱۹۰۰ بیماری‌های عفونی و مسری و سوءتغذیه عمده‌ترین علت مرگ و میر بشمار می‌رفتند و پس از آن به مرور زمان از میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها کاسته شد و اختلالات قلبی عروقی در شمار اساسی‌ترین مشکلات بهداشتی قرار گرفتند (۴). بطوریکه امروزه بیماری‌های قلبی و عروقی قلب حدود ۳۵ درصد مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه و حدود ۳۰ درصد تمام مرگ‌ها در سراسر جهان را به خود اختصاص داده (۵) و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ علت ۴۰ درصد مرگ‌ها در سراسر جهان را به خود اختصاص دهد (۶).

بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی ابتلا، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر دنیا بوده (۷) و از سوی دیگر علت عمده مرگ و میر در ایران است (۸).

شواهد زیادی حاکی از آن است که خطر بیماری‌های قلبی و عروقی را می‌توان از طریق اصلاح عوامل خطر کاهش داد (۹) که از این میان می‌توان به فقدان ورزش، رژیم غذایی نامناسب، فشار خون بالا، چاقی، دیابت و کشیدن سیگار به عنوان تعدادی از این عوامل خطر اشاره نمود (۱۰) و با در نظر گرفتن این نکته که با کنترل این عوامل خطر می‌توان بیش از ۵۰ درصد مرگ‌ها و ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های قلبی را کاهش داد (۱۱).

شیوع بالای بیماری‌های قلبی در سال‌های اخیر در ایران و کاهش میانگین سن ابتلا به آن بیانگر این است که متأسفانه اکثر افراد با عدم رعایت رفتارهای بهداشتی زمینه پیدایش یا پیشرفت بیماری‌های قلبی را در خود فراهم می‌سازند و افزایش آگاهی در مورد نقش سبک زندگی در ایجاد بیماری‌های قلبی - عروقی موجب می‌شود افراد در جهت اصلاح سبک زندگی خود و ارتقا رفتارهای پیشگیرانه قدم بردارند و به این ترتیب باز بروز مجدد بیماری‌های قلب و عروق کاسته شود (۱۱).

با توجه به وجود انبوهی از شواهد که نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری کاملاً بر جسته و قابل توجه است برای مثال، ترک سیگار پس از سکت قلبی خطر حمله قلبی مجدد را به نصف و کاهش کلسترول بعد از حمله قلبی خطر مجدد حمله را تا ۳۵ درصد کاهش می‌دهد (۱۲). همچنین هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماری‌های قلبی - عروقی هنگفت و زیاد خواهند بود و مرگ و ناتوانی ناشی از آن عواقب و پیامدهای سنگین اجتماعی و اقتصادی به همراه دارد. در میان راهبردهای درمانی، دارو درمانی برای پیشگیری یا درمان بیماری قلبی - عروقی بر روی عوامل خطر موردی تمرکز نموده که نهایتاً بخش کوچکی از بیماران مورد هدف قرار می‌گیرند در نتیجه، میزان خطر پا بر جا مانده و حدود دو سوم از بیماران با وجود تداوم درمان با حوادث قلبی - عروقی

در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی نظیر فراوانی مطلق و نسبی، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی نظیر (آزمون تی، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی و ...) استفاده شده است. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS20 مورد بررسی قرار گرفته است. به منظور دسته‌بندی و خلاصه کردن یافته‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد.

برای محاسبه شاخص توده بدنی از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر استفاده شد؛ که در چهار گروه (۲۴/۹۹-۱۸/۵)، (۲۹/۹۹-۲۵)، (۳۴/۹۹-۳۰) و (۳۹/۹۹-۳۵) طبقه‌بندی گردیدند.

معیار سنجش امتیاز در قسمت سبک زندگی در بسیاری از سؤال‌ها بر اساس مقیاس لیکرت تنظیم شد. در این روش برای پاسخ‌ها امتیاز ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده که ارزش‌های متفاوتی را برای هر گزینه نشان می‌دهد. به پاسخ همیشه امتیاز ۴، اغلب ۳، به ندرت ۲ و به هیچ وقت نمره ۱ داده شده و به سؤال‌هایی که منفی طراحی شده است امتیاز عکس تعلق گرفته است. یک سری از سؤال‌ها که جواب بلی یا خیر داشته‌اند با توجه به جهت سؤال (مثبت یا منفی) به گزینه بلی یا خیر امتیاز ۱ یا صفر داده شده است که بر مبنای ۱۰۰ در صد امتیاز کسب شده به چهار طبقه بندی ضعیف (۲۵-۰)، متوسط (۵۰-۲۵)، خوب (۷۵-۵۰) و خیلی خوب (۱۰۰-۷۵) طبقه بندی گردید که برای تمام ابعاد سبک زندگی به این صورت عمل شده است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاصل نشان داد که زنان در محدوده سنی ۶۰-۵۱ سال با (۴۷/۹ درصد) بیشترین درصد فراوانی و مردان نیز در همین رده سنی با (۳۲/۱ درصد) بیشترین درصد فراوانی را در این محدوده سنی دارا بودند. ۲۸۳ نفر از افراد مورد مطالعه مرد و ۱۴۲ نفر زن بودند. از لحاظ متغیر سطح تحصیلات، ۱۵۷ نفر از افراد بی‌سواد، ۴۳ نفر زیر دیپلم، ۹۵ نفر دیپلم، ۳۳ نفر فوق دیپلم، ۴۲ نفر لیسانس، ۴ نفر فوق لیسانس و ۳ نفر دارای مدرک دکترا بودند. از نظر وضعیت شغل ۶۷ نفر کارمند، ۶۹ نفر خانه‌دار، ۷۳ نفر آزاد، ۵۷ نفر بازنشسته، ۳۴ نفر بی‌کار بودند. از نظر نوع مالکیت مسکن ۲۸۶ نفر مالک، ۴۵ نفر مستأجر و ۲۵ نفر با سایر اقوام خود زندگی می‌کردند که از این بین ۲۹۰ نفر در شهر و ۹۵ نفر در روستا زندگی می‌کردند. به لحاظ وضعیت تأهل ۳۰۴ نفر متأهل، ۴۴ نفر بیوه، ۳۳ نفر مطلقه و ۳ نفر مجرد بودند. اکثریت افراد مورد پژوهش (۶۷/۲ درصد) سرپرست خانواده بودند که میانگین تحت افراد سرپرستی ۲/۵۴ نفر بود.

مطالعه بایستی دارای معیارهای مانند سابقه بستری شدن به دلیل بیماری قلبی در بیمارستان قلب سیدالشهدا در سال ۹۱ را داشته و حتماً حداقل یک ماه از زمان آخرین بار بستری شدن آن‌ها می‌گذشت و همچنین ساکن استان آذربایجان غربی می‌بودند که با روش نمونه‌گیری آسان بدین ترتیب که از بین مراجعینی که دارای شرایط فوق بوده و جهت کنترل به درمانگاه این بیمارستان مراجعه می‌کردند انتخاب شده‌اند. روش گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه از پیش تنظیم شده جمع‌آوری گردید. ابزار گردآوری داده‌های پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود که قسمت اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک و تاریخچه سلامتی و قسمت دوم مربوط به سؤالات سبک زندگی بود که این پرسشنامه در ۵ قسمت شامل الگوی تغذیه (۳۰ سؤال)، تحرک بدنی (۵ سؤال)، استعمال سیگار و الکل (۸ سؤال)، الگوی خواب و استراحت (۸ سؤال)، استرس (۹ سؤال)، تهیه شده که پس از اطمینان از پایایی و روایی پرسشنامه مذکور مورد استفاده قرار گرفت.

جهت تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور ابتدا پژوهشگر با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی کلیه منابع موجود (جدیدترین مجلات، کتب، نشریات و پرسشنامه‌های مشابه) در زمینه موضوع تحقیق پرسشنامه مربوطه را زیر نظر اساتید (راهنما و مشاور) تهیه و تنظیم نموده سپس به منظور تعیین روایی محتوا در اختیار اساتید محترم عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان اصفهان قرار داده شد که پس از جمع‌آوری نظرات و انجام اصلاحات لازم پرسشنامه نهایی پژوهش جهت پایایی مورد بررسی قرار گرفت و سپس در پژوهش استفاده شد.

جهت کسب اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. در پاسخ‌دهی لیکرت نوع توافق که پاسخ دهنده درجه موافقت خود را نسبت به یک موضوع مشخص می‌کند، روش مناسبی است. در این روش میزان همبستگی بین هر مورد پرسشنامه با موارد دیگر، اندازه‌گیری می‌شود و در واقع آلفای کرونباخ هر مورد پرسشنامه از موارد پرسشنامه را با کل موارد، مقایسه می‌کنند. طبق گفته عابدی و همکاران نمره آلفای بالاتر از ۰/۷ مدرک خوبی برای اثبات میزان پیوستگی درونی می‌باشد ولی ۰/۸ بهتر است. ابتدا ۵۰ پرسشنامه به روش نمونه‌گیری آسان از بین بیمارانی که سابقه بستری در بیمارستان قلب به دلیل بیماری قلبی - عروقی داشتند پر شد، که پس از بررسی نمره آلفای ۰/۸۵ تعیین گردید. لازم به ذکر است که افراد مذکور از مجموعه مورد مطالعه نهایی حذف شدند.

غیر از بیماری قلبی مبتلا بودند. همچنین (۸۸/۸ درصد) پس از ترخیص از بیمارستان دارو مصرف می‌کردند. که ۶۸ درصد بیمارانی که دارو مصرف می‌کردند دارو در زمینه بیماری قلبی و ۳۰ درصد آنان در زمینه بیماری قلبی و غیر قلبی مصرف می‌کردند. از بین نمونه‌های مورد مطالعه ۱۸۰ نفر مبتلا به سندروم حاد عروق کرونر، ۱۰۱ نفر سکته قلبی، ۵۶ نفر نارسایی احتقانی قلبی، جراحی پیوند عروق کرونر ۵۶ نفر و فشار خون هشت نفر بودند.

در رابطه با وضعیت درآمد ۱۴۰ نفر از افراد مورد مطالعه وضعیت درآمد آن‌ها با مخارجشان هم‌خوانی داشته و پس‌انداز نیز می‌کردند، ۱۲۰ نفر هم‌خوانی داشته ولی پس‌انداز نمی‌کردند و ۱۲۰ نفر نیز وضعیت درآمدشان با مخارج زندگی هم‌خوانی نداشت. ۱۷۲ نفر از بیماران دارای شاخص توده بدنی ۱۸/۵-۲۴/۹۹، ۱۶۳ نفر ۲۵-۲۹/۹۹، ۴۲ نفر ۳۰-۳۴/۹۹ و چهار نفر نیز ۳۵-۳۹/۹۹ داشتند. ۱۴۳ نفر از نمونه‌های مورد پژوهش به بیماری دیگری به

جدول (۱): بررسی سبک الگوی تغذیه

| تغذیه | فراوانی | درصد |
|----------|---------|-------|
| ضعیف | ۰ | ۰ |
| متوسط | ۲۱۰ | ۵۴/۵ |
| خوب | ۱۷۳ | ۴۴/۹ |
| خیلی خوب | ۲ | ۰/۵ |
| جمع | ۳۸۵ | ۱۰۰/۰ |

جدول (۲): بررسی الگوی فعالیت فیزیکی و ورزش

| فعالیت فیزیکی و ورزش | فراوانی | درصد |
|----------------------|---------|------|
| ۵-۰ (ضعیف) | ۱۳۸ | ۳۵/۹ |
| ۱۰-۶ (متوسط) | ۱۰۸ | ۲۸/۱ |
| ۱۱-۱۵ (خوب) | ۵۰ | ۱۳/۰ |
| ۱۶-۲۰ (بسیار خوب) | ۸۸ | ۲۲/۹ |
| جمع | ۳۸۴ | ۱۰۰ |

جدول (۳): بررسی الگوی استعمال سیگار و الکل

| استعمال سیگار و الکل | فراوانی | درصد |
|----------------------|---------|------|
| ۴-۱ (ضعیف) | ۱۵ | ۹/۳ |
| ۷-۵ (متوسط) | ۷۲ | ۷/۱۸ |
| ۸-۱۰ (خوب) | ۹۵ | ۷/۲۴ |
| ۱۱-۱۳ (بسیار خوب) | ۲۰۳ | ۵۲/۷ |
| جمع | ۳۸۵ | ۱۰۰ |

جدول (۴): بررسی الگوی خواب و استراحت

| خواب و استراحت | فراوانی | درصد |
|-------------------|---------|------|
| ۸-۱۴ (ضعیف) | ۱ | ۰/۳ |
| ۱۵-۲۰ (متوسط) | ۹۹ | ۲۵/۷ |
| ۲۱-۲۶ (خوب) | ۱۷۵ | ۴۵/۵ |
| ۲۷-۳۲ (بسیار خوب) | ۱۱۰ | ۲۸/۶ |
| جمع | ۳۸۵ | ۱۰۰ |

جدول (۴): بررسی الگوی استرس

| میزان استرس | فراوانی | درصد |
|--------------------|---------|------|
| ≤ ۱۵ استرس زیاد | ۸۹ | ۲۳/۱ |
| ۱۶-۲۲ استرس متوسط | ۷۵ | ۱۹/۵ |
| ۲۳-۲۹ استرس کم | ۱۲۸ | ۳۳/۲ |
| > ۲۹ استرس خیلی کم | ۹۳ | ۲۴/۲ |
| جمع | ۳۸۵ | ۱۰۰ |

جدول (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب سبک زندگی و تشخیص بیماری

| سبک زندگی | ضعیف | متوسط | خوب | خیلی خوب | | جمع |
|-----------------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | | | | ۲۰-۱۶ | ۱۵-۱۱ | |
| نوع بیماری | تعداد | تعداد | تعداد | تعداد | تعداد | تعداد |
| جراحی قلب | ۱۳ | ۱۸ | ۲ | ۳ | ۳۶ | ۱۰۰ |
| سکته قلبی | ۲۶ | ۲۶ | ۱۱ | ۳۷ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| فشار خون | ۲ | ۳ | ۱ | ۲ | ۸ | ۱۰۰ |
| نارسایی احتقانی | ۳۷ | ۱۴ | ۳ | ۲ | ۵۶ | ۱۰۰ |
| سندروم حاد | ۵۸ | ۴۶ | ۳۳ | ۴۳ | ۱۸۰ | ۱۰۰ |
| جمع | ۱۳۶ | ۱۰۷ | ۵۰ | ۸۷ | ۳۸۰ | ۱۰۰ |

جدول (۴): وضعیت سبک زندگی

| سبک زندگی | فراوانی | درصد |
|-------------------|---------|------|
| ۱۰۵-۱۲۵ (ضعیف) | ۷۰ | ۱۸/۲ |
| ۱۲۶-۱۴۷ (متوسط) | ۱۵۸ | ۴۱/۱ |
| ۱۴۸-۱۶۹ (خوب) | ۱۰۹ | ۲۸/۴ |
| > ۱۶۹ (بسیار خوب) | ۴۷ | ۱۲/۲ |
| جمع | ۳۸۴ | ۱۰۰ |

ترخیص از بیمارستان ماهی مصرف نکرده بودند. بیماران قلبی مورد پژوهش (۶۳/۷ درصد) اغلب مرغ بدون پوست پس از ترخیص مصرف می‌کردند. (۳۱/۹ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش اغلب دل، جگر و قلوه پس از ترخیص مصرف می‌کردند. اغلب بیماران قلبی مورد پژوهش (۶۴/۹ درصد) تخم مرغ پس از ترخیص مصرف می‌کردند.

اغلب بیماران قلبی مورد پژوهش (۷۲/۲ درصد) گوشت قرمز پس از ترخیص از بیمارستان مصرف می‌کردند. قوت غالب بیماران پس از ترخیص از بیمارستان برنج، نان و انواع رشته‌ها بوده است. (۲۳/۵ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان همیشه و (۲۹/۴ درصد) اغلب شیرینی مصرف می‌کردند.

اما در خصوص عادات و سبک الگوی تغذیه ۳۷/۴ درصد اغلب "شام سنگین و دیر وقت مصرف می‌کردند. (۳۸/۸ درصد) اغلب هنگام صرف غذای به تماشای تلویزیون می‌پرداختند. اغلب بیماران قلبی مورد پژوهش (۴۴/۲ درصد) غذاها را به صورت سرخ کرده مصرف می‌کردند. ۲۰ درصد بیماران همیشه و ۲۵ درصد اغلب پس از ترخیص از بیمارستان روغن نباتی جامد استفاده می‌کردند. (۱۰/۵ درصد) بیماران همیشه پس از ترخیص از بیمارستان روغن حیوانی و کره استفاده کرده‌اند.

تقریباً بیش از نیمی از بیماران آشنایی با مصرف روغن زیتون نداشتند و اصلاً پس از ترخیص از بیمارستان زیتون مصرف نکرده‌اند. تنها (۲۷/۸ درصد) افراد مورد پژوهش هیچ وقت پس از

نگران می‌شدند. ۲۲/۷ درصد بیماران پس از ترخیص از بیمارستان همیشه دچار مشکلات مالی شده بودند. ۲۱/۳ درصد بیماران اغلب در ارتباط جنسی با همسرانشان دچار مشکل شده بودند. ۲۰/۵ نمونه‌های مورد پژوهش هیچ وقت احساس خوشبختی پس از ترخیص از بیمارستان نمی‌کردند. ۳۵ درصد افراد اغلب احساس کمبود عاطفی داشتند.

بحث و نتیجه گیری

سبک زندگی از الگوهای فرهنگی، رفتاری و عاداتی شکل می‌گیرد و افراد به طور روزمره آن‌ها را در زندگی فردی و اجتماعی خود به کار می‌گیرند به عبارتی سبک زندگی شامل فعالیت‌های معمول و روزانه‌ای است که شخص آن‌ها را در زندگی خود به کار گرفته و روی سلامت او تأثیر گذار است (۱۵) و از سوی دیگر به دلیل اینکه بیماری عروق کرونر یک اختلال پیش‌رونده بوده و در صورتی که در مراحل اولیه پیشگیری و یا درمان نشود به اشکال شدیدتر اختلالات قلبی منجر می‌گردد که به صورت سکته قلبی یا مرگ بروز می‌کند (۱۶).

در رابطه با سن و جنس سیسل عنوان می‌دارد که سن بالا، جنس مذکر و سابقه فامیلی به عنوان عوامل خطر غیر قابل تعدیل بوده و تظاهرات بالینی در زنان ۱۰ سال دیرتر نسبت به مردان مشاهده می‌شود (۱۷). در پژوهش محمودی و همکاران اثر سن نیز به عنوان عامل خطر واضح است بطوریکه نسبت شانس سکته قلبی برای بیماران بالای ۵۰ سال نسبت به زیر ۵۰ سال ۶۲/۵ درصد بوده است (۱۸).

خطر بروز بیماری شریان کرونری در مردان در مقایسه با زنان قبل از سنین یائسگی بیشتر است اما پس از یائسگی خطر بیماری‌های کرونر در زنان افزایش می‌یابد در واقع بخشی از مصنوعیت در زنان پیش از یائسگی نقش استروژن می‌باشد، استروژن LDL را کاهش می‌دهد (۱۹)، از نتایج پژوهش محقق این چنین بر می‌آید که بیشترین درصد فراوانی سبک زندگی ضعیف متعلق به رده سنی بین ۵۱ تا ۶۰ سال بوده و از نظر جنسیتی نیز بیشترین درصد سبک زندگی ضعیف را مردان به خود اختصاص داده‌اند و ارتباط معنی‌داری بین سبک زندگی و مؤلفه‌های ذکر شده وجود دارد.

در رابطه با محل سکونت و تأهل اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۴/۱ درصد) که در شهر زندگی می‌کردند متأهل بودند ۱۱/۸ درصد مجموع نمونه‌ها همسر خود را از دست داده‌اند.

زندگی شهر نشینی یک عامل خطر زا در بروز بیماری عروق کرونری است (۴) محقق نیز در پژوهش حاضر به وجود ارتباط معنی‌دار بین محل سکونت با سبک زندگی بیماران قلبی پس از

(۶۲/۱ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان همیشه سبزی تازه مصرف می‌نمودند. (۶۲/۳ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان همیشه میوه تازه مصرف می‌نمودند. (۴۷/۴ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان اغلب گردو، فندق، بادام و خشک بار مصرف می‌نمودند. (۳۸/۹ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان همیشه و (۳۶/۱ درصد) ادویه، ترشی و چاشنی‌ها مصرف می‌نمودند. (۳۵/۹ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان اغلب سس مصرف می‌کردند. (۲۹/۵ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان اغلب سوسیس و کالباس مصرف می‌کردند. (۲۸/۲ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان اغلب از کنسرو استفاده می‌کردند. (۸۹/۵ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان همیشه چای و قهوه مصرف می‌کردند. (۴۴/۲ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان همیشه و (۲۱ درصد) اغلب نمک همراه غذا مصرف می‌کردند.

در خصوص بعد تحرک بدنی (۶۳ درصد) بیماران ورزش منظم پس از ترخیص از بیمارستان نداشتند. همچنین (۷۱/۹ درصد) بیماران قلبی مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان دچار تغییر در تحرک شغلی شده بودند؛ بطوریکه (۳۵/۲ درصد) بی‌تحرک و ۳۵ درصد نیز کم تحرک شده بودند.

در بعد استعمال سیگار (۱۷ درصد) بیماران از بین بیمارانی که عادت به استعمال سیگار داشته‌اند سیگار خود را پس از ترخیص از بیمارستان ترک نموده بودند و ۵۰ درصد این بیماران که همچنان به استعمال سیگار ادامه می‌دادند؛ روزانه بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز استعمال می‌کردند.

در خصوص بعد الگوی خواب و استراحت مهم‌ترین یافته‌ها حاکیست که (۳۵/۸ درصد) بیماران اغلب در طول شب از خواب بیدار می‌شوند. (۳۲/۲ درصد) نمونه‌های مورد پژوهش اغلب به سختی به خواب می‌رفتند. (۱۷/۱ درصد) بیماران همیشه و ۱۵/۳ درصد برای به خواب رفتن از داروهای آرام بخش جهت به خواب رفتن استفاده می‌کردند. (۳۲/۲ درصد) بیماران اغلب در هنگام خواب شبانه دچار کابوس می‌شدند.

در رابطه با وضعیت الگوی استرس پس از ترخیص از بیمارستان ۳۳/۲ درصد بیماران مورد پژوهش پس از ترخیص از بیمارستان اغلب در برقراری با ارتباط اعضای خانواده دچار مشکل می‌شدند. (۳۵/۱ درصد) بیماران اغلب در برقراری ارتباط با افرادی که برایشان پراهمیت بود دچار اضطراب می‌شدند. (۴۵/۸ درصد) بیماران همیشه و ۳۳/۱ درصد بیماران اغلب نسبت به وضعیت سلامتی خود

مصرف می‌کنند که (۶۷/۹ درصد) در زمینه بیماری قلبی و (۲۹/۷ درصد) در زمینه بیماری قلبی و غیر قلبی به نظر محقق با توجه به اینکه اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش تحت درمان با دارو می‌باشند که این مسئله می‌تواند خود با تحمیل هزینه‌های تهیه دارو گردد و همچنین قطع خود سرانه دارو و یا عدم آگاهی و یا نا کافی بودن آموزش‌های حین ترخیص در خصوص نحوه مصرف دارو می‌تواند بر روی سبک زندگی بیمار تأثیرگذار باشد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نامناسب‌ترین سبک تغذیه، فعالیت و ورزش، خواب و استرس متعلق به بیماران نارسایی احتقانی قلبی در مقایسه با سایر بیماران قلبی - عروقی بوده است و ضعیف‌ترین الگوی استعمال سیگار پس از ترخیص از بیمارستان متعلق به بیماران سکته قلبی بوده است و در کل بررسی سبک زندگی ضعیف‌ترین سبک زندگی با (۶۶/۱ درصد) متعلق به بیماران نارسایی احتقانی قلب پس از ترخیص از بیمارستان بوده است.

نتایج نشان می‌دهد که بیشترین درصد (۵۴/۵ درصد) واحدهای مورد پژوهش دارای سبک غذایی متوسط پس از ترخیص از بیمارستان می‌باشند و هیچ یک از بیماران دارای سبک غذایی ضعیف نمی‌باشند بطوریکه هادی و برازنده در پژوهش خود بیان می‌دارند که بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش در بعد تغذیه سبک زندگی متوسطی را داشته‌اند و بیشترین نقص در مصرف مواد پروتئین‌ها، مرغ، ماهی و غلات را داشته‌اند هرچند در سایر مواد غذایی نظیر سبزیجات مقدار مطلوب را استفاده نمی‌کنند و در مصرف جای زیاده‌روی دارند (۲۳).

مصرف ۵ بار در روز میوه به میزان ۲۷ درصد و ۳ بار در روز سبزی به میزان ۷۰ خطر بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد (۲۴) برای مقابله با عادات غلط غذایی مصرف غذاهای چرب و پر نمک و شور، مصرف کم میوه و سبزی، مصرف میان وعده ناسالم، مصرف زیاد شیرینی‌ها، استفاده کم از ماهی به عنوان فاکتور پیشگیری کننده از بیماری قلبی - عروقی، مصرف غذاهای سریع‌الطبخ و سایر عادات‌ها و رفتارهای غذایی غلط، آموزش بهداشت باید در صدر ایجاد آگاهی و نگرش مناسب برآید که پیامد آن ایجاد رفتار صحیح غذایی است (۴).

ایمانی‌پور در پژوهش خود بیان می‌دارد که بر اساس آمار، ایران رتبه اول مصرف روغن نباتی جامد را در خاور میانه به خود اختصاص داده و همچنین سرانه مصرف نوشابه در دنیا ۱۲-۱۰ لیتر و در ایران ۴۲ لیتر است (۱۱). همچنین آدانا و همکاران تأثیر بعد تغذیه را به عنوان تنها بعد موثر بر سبک زندگی بیماران قلبی مورد مطالعه قرار داده که در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد از نظر آماری به تفاوت معنی‌داری اشاره کرده است (۲۵). رفاهی و همکاران نیز در تحقیق خود بیان داشتند که سبک زندگی مطلوبی

ترخیص از بیمارستان دست یافته است به طوریکه بیشترین درصد فراوانی سبک زندگی ضعیف را با (۶۶/۲ درصد) متعلق به شهرنشینان بوده است همچنین با اینکه (۶۵/۷ درصد) بیمارانی که سبک زندگی ضعیف دارند متأهل می‌باشند ولی ۲۸/۶ از افرادی که سبک زندگی ضعیف پس از ترخیص از بیمارستان داشته‌اند بیوه بوده‌اند و به نظر پژوهشگر بیوه بودن می‌تواند سبک زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

در رابطه با سطوح تحصیلات و وضعیت درآمد واحدهای مورد پژوهش (۵۶/۱ درصد) افراد بی‌سواد و (۴/۸ درصد) افراد لیسانس وضعیت درآمد با مخارج زندگی‌شان با هم، هم خوانی ندارد که نشان می‌دهد ه بین متغیر میزان درآمد و میزان تحصیلات رابطه معنی‌داری وجود دارد. بی‌سواد بودن تعداد زیادی از بیماران می‌تواند احتمال نبود آگاهی لازم برای برخورداری از سبک زندگی مناسب را نشان دهد (۴) به طوری که در نتایج تحقیق رفاهی و همکاران نشان داد که به طور معنی‌داری بین فشار خون با میزان تحصیلات در افراد نظامی ارتباط مستقیم و در افراد غیر نظامی رابطه غیر مستقیم وجود دارد این امر می‌تواند به دلیل سیاست‌های سازمان‌های نظامی در جذب افراد با تحصیلات بالاتر و یا ارتقاء میزان تحصیلات شاغلین این سازمان می‌باشد (۲۰).

رابطه معکوس بین سطح تحصیلات و بیماری می‌تواند به بالا بودن سطح آگاهی فرد برای انتخاب سبک زندگی مناسب و سالم نسبت داد از طرفی با افزایش سطح تحصیلات سطح درآمد فرد بالا رفته و منجر به بهبود وضعیت اقتصادی فرد می‌گردد، افزایش سطح تحصیلات پایگاه اجتماعی فرد را از نظر داشتن شغل مناسب و مطلوب بهبود می‌بخشد و در فرد احساس رضایت خاطر ایجاد می‌نماید و بی‌کار بودند بسیاری از بیماران که دلیل عمده‌ای برای عدم تحرک، پناه بردن به مواد مخدر و سیگار و سبک زندگی ناسالم می‌باشد (۲۱). محقق نیز در پژوهش حاضر به وجود ارتباط معنی‌دار بین میزان تحصیلات با سبک زندگی بطوریکه (۷۱/۴ درصد) بیماران بی‌سواد سبک زندگی ضعیف پس از ترخیص از بیمارستان داشته‌اند همچنین (۵۲/۹ درصد) بیماران پس از ترخیص از بیمارستان وضعیت مالی آن‌ها با هم، هم‌خوانی نداشته و سبک زندگی ضعیف از نظر وضعیت درآمد داشته‌اند و بر اساس نتایج بین مؤلفه‌های سطح تحصیلات و وضعیت درآمد با سبک زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

در رابطه با ارتباط بین شاخص توده بدنی و بروز بیماری‌های قلبی، رومن بیان می‌دارد مردانی که شاخص توده بدنی آن‌ها ۲۶ یا بیشتر است، در مقایسه با مردانی که این شاخص در آن‌ها کمتر از ۲۲/۵ است، ۲/۵ برابر بیشتر خطر بیماری قلبی را دارند (۲۲). (۸۸/۸ درصد) بیماران قلبی پس از ترخیص از بیمارستان دارو

در بعد تغذیه از قبیل مصرف غذاهای کم چرب، کم نمک، آب پز و مصرف میوه وجود نداشته است.

نتایج حاکی از آن است که بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۳۵/۹ درصد) دارای فعالیت فیزیکی و ورزشی ضعیف بودند. براساس نتایج که تنها ۳۷ درصد بیماران پس از ترخیص از بیمارستان ورزش می‌کردند و ۳۵/۲ درصد بیماران بی‌تحرك و ۳۵/۵ کم تحرک شده بودند و ضعیف‌ترین سبک زندگی به مردان تعلق داشت.

یافته‌ها نشان شد بی‌حرکی جسمانی حدود ۳۰ درصد؛ عامل بیماری‌های ایسکمیک قلبی می‌باشد (۲۶). ایمانی‌پور نیز در تحقیق خود نشان داد که در زمینه فعالیت بدنی شرایط نامطلوب‌تر بوده و در بیش از نیمی از افراد (۶۴/۴ درصد) تحرک بدنی منحصر به انجام کارهای روزمره و فعالیت‌های شغلی بود و این افراد هیچ‌گونه برنامه ورزشی منظمی نداشته‌اند (۱۱). با توجه به رفتار بهداشتی نامناسب در زمینه فعالیت فیزیکی تحقیقات ذکر شده، پژوهشگر تصور می‌کرد که عادات بهداشتی و وضعیت بیماری بر روی وضعیت جسمی فرد اثر گذاشته که نهایتاً نتایج تحقیق حاضر را حمایت می‌کند.

در رابطه با هدف سوم نتایج مویید این مطلب می‌باشد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۵۲/۷ درصد) دارای سبک زندگی در زمینه استعمال دخانیات بسیار خوب بودند. موسکات و ونیر بیان کردند: استعمال سیگار به طور مستقیم مسئول ۲۰ درصد تمام مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی می‌باشد (۱۶). کریستنسن طی تحقیقی که در رابطه با عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های قلبی انجام داد به این نتیجه رسید که تقلیل استعمال دخانیات به طور مشخص باعث کاهش بیماری‌های عروق کرونر به خصوص در گروه‌های سنی جوان می‌شود (۲۸). ایمانی‌پور نیز در پژوهش خود بیان کرد که تنها در خصوص استعمال سیگار و دیگر مواد دخانی (۷۷/۷ درصد) نمونه‌ها دارای عملکرد مطلوب بودند بدین معنی که هیچ‌گونه سابقه استعمال دخانیات نداشته‌اند (۱۱). به نظر می‌رسد احتمالاً در بین خانم‌هایی که واحدهای مورد پژوهش را در این تحقیق تشکیل می‌دادند؛ استعمال دخانیات در حد بالایی نبوده و از آنجایی که در بررسی سبک زندگی در زمینه استعمال سیگار هر دو گروه مرد و زن با هم بررسی شده‌اند به همین دلیل نتایج کلی پژوهش در زمینه استعمال دخانیات مشکل چندانی را نشان نمی‌داد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشترین درصد (۴۵/۵ درصد) واحدهای مورد پژوهش در زمینه الگوی خواب و استراحت دارای سبک زندگی خوب پس از ترخیص از بیمارستان بودند در حالی که در مطالعه کی وی ماکی نتایج نشان داد که بیشترین درصد

واحدهای مورد پژوهش (۴۱/۲ درصد) دارای الگوی خواب و استراحت متوسط بودند (۲۹).

نتایج مطالعه ردکر و همکاران نشان داد که بی‌خوابی و آپنه خواب شایع‌ترین اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده است (۳۰). در مطالعه تاناب و همکاران یکی از عوامل پیشگویی کننده اختلالات خواب در افراد مبتلا به فشارخون بالا مصرف داروهای مهار کننده آنژیوتانسین بود (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۳/۲ درصد) دارای سطح استرس کم (خوب) بوده و کمترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۲۳/۱ درصد) سطح استرس زیاد (ضعیف) داشته‌اند.

کی وی ماکی در مطالعه خود تحت عنوان ارتباط بین استرس کاری و خطر مرگ و میر بر اثر بیماری‌های قلبی و عروق در فنلاند نشان داد که خطر بیماری‌های قلبی و عروق در بیماران با استرس زیاد حدود ۲/۲ برابر بیشتر از کسانی است که استرس شغلی کمی داشتند (۲۹). نتایج فوق متفاوت با مطالعه حاضر می‌باشد. پژوهشگر تصور می‌کند که غالب افراد مورد مطالعه دارای شغل آزاد و بازنشسته و خانه‌دار (زنان) بودند که حداقل از مشاغل کم استرس محسوب می‌شوند.

سطح استرس در زنان در مقایسه با مردان بیشتر بوده و همچنین ۳۶ درصد افراد بیوه استرس زیاد را تجربه کرده‌اند و (۶۲/۱ درصد) بیماران پس از ترخیص که استرس زیاد را تجربه کرده‌اند وضعیت درآمد آن‌ها با مخارجشان هم‌خوانی نداشته است. با توجه به وجود انبوهی از شواهد نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی و عوارض این بیماری کاملاً بر جسته و قابل توجه است (۱۲).

در مطالعه متعارفی نیز با عنوان بررسی سبک زندگی بیماران بستری قبل از ابتلا به سکته قلبی در بیماران بستری در بخش‌های بعد از سی سی سی یو مطلوب (خوب) بوده است (۱). (محمدی زیدی و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی بستری در بخش سی سی سی یو نشان دادند که در کل (۹۵/۵ درصد) بیماران دارای سبک زندگی در معرض خطر متوسط قرار داشته‌اند (۴).

از آنجا که نتایج پژوهش نشان داد پاره‌ای از ابعاد سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی از جمله عادات غذایی متوسط، سطح استرس متوسط و فعالیت فیزیکی و ورزش ضعیف می‌باشد. لذا از نتایج پژوهش کنونی می‌توان در حیطه‌های گوناگون پرستاری از جمله آموزش پرستاری، مدیریت خدمات پرستاری و پژوهش در جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه استفاده نمود.

References:

- Street H. Study lifestyle before the stroke risk in patients admitted to the CCU of the Hospital of Tehran University of Medical Sciences. (Dissertation). Tehran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2004. (Persian)
- Joanae K. Community health promotion; challenges for practice. 1st ed. London: Bailliere Tindhall; 2000.P.9-11.
- Veal AJ. 2002. Leisure and lifestyle a review and annotated bibliography. Australia: School of Leisure, Sport & Tourism, University of Technology Sydney; 2000.
- Mohammadi Zeidi AS, Heidarnia AS, Hajizadeh R. Lifestyle of cardiovascular disease. Daneshvar Med 2005; 61(13):49-56. (Persian)
- Boden W. Outcomes in patents with acute non_q_wave myocardial infarction randomly assigned to invasive as compared with a conservative management strategy. NEng J Med 2002; 338: 1785-92.
- Shidfar MR, Hosseini M, Shojaei Zadeh D. The Effect of Educational Intervention on Modifying the lifestyle of Unstable Angina Pectoris Patients in Mashhad, Iran. J Toloee Behdasht 2006; (3&4):1-11. (Persian)
- Thelle DS. The causal of blood lipids of coronary heart disease –an epidemiologists perspective. Scand Cardiovascular J 2008; 42(4): 274-8.
- Dostkamy H, Hosseinian J, Fatahi G. The prevalence of myocardial infarction without ST segment in patient with primary of unstable angina in the Ardabil University of medical Sciences. J Ardabil Univ Med Sci 2006; 6(1): 37_43. (Persian)
- Alm-Roijer C, Stagmo M, Udén G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. Eur J Cardiovasc Nurs 2004;3(4):321–30.
- Gregg E, Cheng Y, Cadwell B, Imperatore G, Williams D, Flegal K, et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factor according to body mass index in US adults. JAMA 2005; 293:1868-74.
- Imani Pour M. Knowledge and Attitude of educators about cardiovascular disease. Iran J Nurs 2009; 22(62): 40-32.
- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi FA, Kazem Nejad A. Effect of family centered empowerment model on the lifestyle in patients with myocardial infarction. J Nursing Care 2009; 2(4): 127-32.
- Naghii M, Almadadi M. Effect of Regular Physical Activity as a Basic Cimponent of Lifestyle Modification on Reducing Major Cardiovascular Risk Factors. Knowledge & Health 2011; 6(1): 27-35.
- Ferrans C, Zerwic J, Wilbur J, Larson J. Conceptual Model of Health Quality of Life. NCBI 2006; 38(2): 110.
- Teymouri F. Study and comparison lifestyle In normotensive and hypertensive subjects aged 24-65, living in Qazvin Kosar region. (Dissertation). Tehran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2007.
- Muscat J, Wynder E. Exposure to environmental tobbaeco smoke and the risk of heart attack. Int J Epidemiol 2000; 24: 715–9.
- Cecil M. Principles of Internal Medicine, Cardiovascular Disease. Translate Gharoon M., Azizian A. Raza and Asad Firouzabadi. 1st ed. Tehran: Publications Andishe Rafie; 2007.
- Mahmoudi MR, Kimiagar, Abadi ER. Gender differences in stroke incidence between patients with and without conventional risk factors (Madras heart study). J Food Sci Nutr 2007; 3:65-72.

19. Anthony F. Principles of Internal Medicine, Cardiovascular Disease. Dehnad translate Amini Moghadam B. 1st ed. Tehran: Teymorzadeh publications; 2009.
20. Syed refahi A, Shamsi A, Ebadi A, Moradi A. Lifestyle Comparison of military and civilian personnel with high blood pressure. *J Health Promotion Manage* 2012; 1(4):43-50.
21. Pourreza A, Hosseini M, Akbari Sari A, aghbaei H. Economic - social factors in coronary occlusion in patients under 45 years of shahid Rajaie Heart Hospital: case - control study. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2009;7(4): 25.
22. Rothman K. Body mass index (BMI) flawed as obesity measure in women. *Int J Obes* 2008; 32(3) 56-9.
23. Barazandeh HNF. The lifestyle of nurses working in university hospitals in Shiraz. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2007; 13(1):43-53.
24. Vestfold Heartcare Study Group. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10(6):429-37.
25. Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins AL, Salberg A, Barnhurst M, et al. Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart Lung* 2003;32(6):374-82.
26. Azizi F. Faulty lifestyle: mechanisms, prevention and coping. *Iran J Endocrinol Metab* 2010; 12: 321-3.
27. Koertage J, Weidner G, Elliotteller M, Scheiwaitz L, Merrittworden T, Marlin R, et al. Improvement in medical risk factors and quality of life in women and men with coronary artery disease in thi multicenter lifestyle demonstrations project. *Am J Cardiol* 2003; 91: 1316-22.
28. Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. *Scand J Work Environ Health* 1989;15(3):165-79.
29. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002;325(7369):857.
30. Redeker NS. Sleep disturbance in people with heart failure: implications for self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(3):231-8.
31. Tanabe N, Fujita T, Fujii Y, Orii T. Investigation of the factors that contribute to the onset of insomnia in hypertensive patients by using a post-marketing surveillance database. *Yakugaku Zasshi* 2011;131(5):669-77.

A SURVEY ON THE THE LIFESTYLE OF THE HEART DISEASE PATIENTS AFTER DISCHARGE FROM HOSPITAL IN URMIA SEYYED ALSHOHADA IN 1391

Abedi HA^{1*}, Bik Mohammadi S², Abdeyazdan Gh³, Nazari H⁴

Received: 22 May , 2013; Accepted: 24 Aug , 2013

Abstract

Background & Aims: Cardiovascular and heart disease are the leading cause of morbidity and mortality in many countries, including Iran. Plenty of evidences demonstrated that there is a link between lifestyle as an important factor in determining prognosis, progression and recurrence of the disease. This study was conducted to determine the patient's lifestyle after hospital discharge.

Materials & Methods: This is a descriptive, cross sectional study in which 385 patients discharged with heart disease were selected by convenience sampling. Data collection was done by interviews and a preset questionnaire that consisted of two parts of graphic information, and another part which is related to lifestyle questions which have been studied in five categories of nutrition, physical activity, smoking, alcohol, sleep patterns, and stress. The collected data were analysed by using SPSS software.

Results: The results confirms that the highest percentage of samples (41.1%) have a moderate lifestyle. Regarding nutrition, 5.54% has average eating style after hospital discharge. In the context of physical mobility, 35.9% have low physical activity, and the highest of samples (52.7%) have had very good lifestyle in the context of smoking. Also 5.45% of samples have a good lifestyle in sleep patterns, and 2.33% of the patients have low stress levels (good).

Conclusion: The results showed that some aspects of life in patients with - coronary heart disease are moderate including eating habits, stress levels, but it was weak in physical activity. The results can be used in various areas of nursing including nursing education, nursing management and community health research.

Key words: Lifestyle, Heart disease-coronary

Address: Faculty of Nursing , Islamic Azad University of Isfahan Khorasgan Branch

Tel: (+98)3115354065

Email: drabediedu@yahoo.com

¹ Associate professor, Faculty of Nursing , Islamic Azad University of Isfahan Khorasgan Branch

² MS, Faculty of Nursing , Islamic Azad University of Isfahan Khorasgan Branch (Corresponding Author)

³ MS, Faculty of Nursing , Islamic Azad University of Isfahan Khorasgan Branch

⁴ MA in Information Systems Management, Urmia University of Medical Sciences, Social Determinant s of Health Research Center , Urmia University of Medical Sciences, Urmia, IRAN