

بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت در بین بیماران قلب و عروقی مراجعه کننده به بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل

مقدمه: در سبک زندگی مرتبط با سلامت، بیماریهایی هستند که عمدتاً در عادات روزمره مردم استوار هستند. عاداتهایی که مردم را از فعالیت بازدارند و آنها را به سوی یک رویکرد ماندگار هدایت کنند، می‌تواند منجر به یک سری از مسائل بهداشتی شود که خود باعث ابتلا به بیماریهای مزمن شده و عواقب تهدیدکننده‌ای را به دنبال داشته باشد. لذا این پژوهش با هدف بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت در بین بیماران قلبی و عروقی مراجعه کننده به بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شده است. روش: در این پژوهش با ۱۹۰ بیمار مبتلا به بیماریهای قلبی و عروقی که به علت فشار خون بالا، سکنه قلبی، نارسائی قلبی و درد قلبی از طریق شماری در طول سه ماه انتخاب شدند، مصاحبه شد. پرسشنامه سبک زندگی از ۱۰ قسمت شامل سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و کلیه، پیشگیری از بیماریها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی و پرسشنامه بیماریها از ۱۵ سؤال تشکیل شده بود. در پایان، داده‌ها به کمک آزمون کای اسکوئر و تحلیل خوشه‌بندی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۵۴/۷ درصد بیماران مرد و ۴۵/۳ درصد زن بودند. میانگین سنی آنها ۵۱ سال با انحراف معیار $\pm 14/7$ سال بود. نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر نشان داد که ارتباط بین دو عامل جنسیت و سبک زندگی مرتبط با سلامت بیماران قلبی و عروقی، معنادار نبوده و مرد بودن به‌عنوان یک ریسک فاکتور خودش را نشان نداد. نتایج آزمون خوشه‌بندی نیز نشان داد تعداد زیادی از بیمارانی که از مشکلات قلبی و عروقی برخوردار بوده و به بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت درمان مراجعه کرده بودند، سبک زندگی ضعیف داشتند و تنها تعداد کمی از آنها از سبک زندگی خوب و مناسب برخوردار بودند.

بحث: لزوم توجه و تأکید بر نقش آموزش بهداشت با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب باعث می‌شود تا از وقوع بیماریهایی مانند بیماری قلبی و عروقی به‌عنوان یک عامل پیشگیری کننده جلوگیری شود.

۱. نبی‌الله رضاپور گنابی

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران

۲. علی رحمانی فیروزجاه

دکتر جامعه‌شناس، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران، (نویسنده مسئول)

<arf1348@gmail.com>

۳. علی اصغر عباسی اسفجیر

دکتر جامعه‌شناس، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران

۴. علی بیژنی

دکتر، دانشکده، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، خدمات بهداشتی و درمانی بابل، بابل، ایران





واژه‌های کلیدی:

سبک زندگی، پیشگیری از بیماریها، سلامت روان‌شناختی، بیماری قلبی و عروقی

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

Evaluation of Lifestyle Related to Cardiovascular Health of Patients Having Referred to Hospitals under the Auspices of Babol University of Medical Sciences

- ▶ 1- **Nabi'allah Rezapour Gatabi** 
Ph. D student in Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran
- ▶ 2- **Ali Rahmani Firoozjah** 
Ph. D in Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran (Corresponding Author)
<arf1348@gmail.com>
- ▶ 3- **Ali Asghar Abbasi Asafjir** 
Ph. D in Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran
- ▶ 4- **Ali Bijani** 
Ph.D. in, Department of, Faculty of, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran

Keywords:

Lifestyle, Disease prevention, Mental health, Cardiovascular disease

Received:

Accepted:

Introduction: Habits that keep people active and lead them to a sustainable approach, can lead to a number of health issues that can themselves bring about chronic illness and threatening consequences.

Method: In this study, 190 patients with cardiovascular diseases were selected due to high blood pressure, heart attack, heart failure, and heart pain within a total of three months. A lifestyle questionnaire was prepared comprising 10 parts: physical health, exercise and health, weight and kidney control, disease prevention, psychological health, spiritual health, social health, drugs and drugs avoidance, accident prevention, environmental health, and disease questionnaire was prepared including 15 questions. Finally, the research data were analyzed using chi-square test and clustering.

Finding: 54.7% of patients are male and 45.3% of them are female. The average of age is 51 years old with standard deviation of ± 14.7 years. The results of Chi-square test showed that there was no significant difference between the two factors of gender and lifestyle related to health of cardiovascular, and being a man did not show itself as a risk factor. The results of clustering test also showed that a large number of respondents who had cardiovascular problems and had referred to hospitals under the auspices of Babol University of Medical Sciences for treatment, they had a poor lifestyle and only a few people had a good and appropriate lifestyle.

Discussion: The need to pay attention and emphasize the role of health education with the aim of familiarizing patients with a proper lifestyle makes them act as a preventive factor against the occurrence of diseases, such as cardiovascular disease.

Extended abstract

Introduction: Lifestyle is a way that a person chooses throughout life and as an indicator that can affect the physical and mental health of people. Lifestyle is a relatively harmonious and coherent set of all the objective and subjective matters of the life of an individual or a group of individuals. These matters can include assets, behavioral patterns, social relationships, consumption, leisure and entertainment activities, body covering and management, eating habits, and home decoration, etc., which are external and observable affairs and behaviors. It can also include insights (perceptions, beliefs, and worldviews), tendencies (values and preferences), etc., which are internal and mental behaviors. Lifestyle should be considered as a complex combination of tasks and behavioral habits in individuals and groups, especially given the cultural underpinnings and socio-economic conditions and social relationships and their personalities. Although we are well aware of the role of the living environment, people make many decisions that affect their health. In lifestyles related to health, there are diseases that are mainly based on people's daily habits. Habits that keep people active and lead them to a sustainable approach, can cause a number of health issues that can themselves lead to chronic illness and threatening consequences. Therefore, this study aims to investigate the lifestyle related to the health of cardiovascular patients in Babol.

Method: This study is a descriptive-analytical study that was conducted to investigate the lifestyle of cardiovascular patients. The study population included all cardiovascular patients in the hospitals of Shahid Ayatollah Dr. Beheshti, Shahid Yahya Nejad, and Ayatollah Rouhani in the spring of 1398. The statistical sample comprises 190 patients with cardiovascular diseases who referred to the hospital due to high blood pressure, heart attack, heart failure and heart pain within a total of three months. A Lifestyle Questionnaire consisting of physical health (8 questions), exercise and health (7 questions), weight and kidney control (7 questions), disease prevention (7 questions), mental health (7 questions), spiritual health (6 questions), Social health (7 questions), Drugs and Drugs avoidance (6 questions), Accident prevention (8 questions), and Environmental health (7 questions) are scored on a Likert scale from 1 to 6, and the Disease Questionnaire includes 15 questions. To ensure the internal correlation of the questions and items being assessed for the concepts used in the research, the initial

questionnaire was tested to eliminate possible shortcomings of the questionnaire that could be due to incomprehensibility of questions, inappropriate order of questions, and length of the questionnaire. Experts and researchers were also asked to point out the possible problems of the questionnaire in front of each item and question. After collecting the questionnaires, the reliability of the indicators was assessed, which then, the results obtained for each indicator are presented separately. Also, the questions and statements that were made to measure the variables were reviewed by experts and professors and the initial questionnaire was finalized after deleting and correcting the questions and items. To test the reliability of the questionnaire, first 30 questionnaires were completed and then reviewed and approved by Cronbach's test, and then the rest of the questionnaires were distributed. In the internal consistency method, between the components of lifestyle and the whole questionnaire, Cronbach's alpha coefficients were calculated, which are between 0.78 to 0.91. Reliability coefficients by the retest method are in the range from 0.85 to 0.95. The Cronbach's alpha obtained for each of the research indicators is as follows: Physical health (0.80), Exercise and health (0.84), Weight control and nutrition (0.78), Disease prevention (0.90), Mental health (0.91), Spiritual health (0.87), Social health (0.80), avoidance of drugs, and alcohol (0.91), accident prevention (0.79), and environmental health (0.80). This indicates the internal correlation between the variables to measure the concepts. Thus, it can be said that the present study deals with the necessary reliability or validity. Then, the lifestyle of cardiovascular patients was studied. Research data were analyzed using chi-square test and clustering using SPSS25 software.

Findings: According to the information obtained from the present study, the mean age of cardiovascular disease among patients is 51 and older. Also, there was no significant difference in terms of sex in performing a statistical test and examining the relationship between gender and lifestyle of cardiovascular patients, and being a man did not show itself as a risk factor. The illiteracy and low level of education of a large number of patients in the present study may indicate the possibility of lack of awareness necessary to have a proper lifestyle. In terms of employment status, as can be seen, many cardiovascular patients were housewives and unemployed, which is a major reason for inactivity and unhealthy lifestyle. Comparison of the relative and absolute frequency distribution of lifestyle dimensions in both sexes of cardiovascular patients

also showed that most cardiovascular patients had moderate lifestyles. Also, it can be said that there is a significant relationship between gender and lifestyle and also, between age, job and education with lifestyle. The results of clustering test showed that a large number of respondents, who had cardiovascular problems and referred to hospitals under the auspices of Babol University of Medical Sciences for treatment, had a poor lifestyle and fewer had a good and appropriate lifestyle.

Discussion: The findings of this study generally indicate the existence of wrong and inappropriate behavioral habits, physical inactivity, improper eating habits and stressful events in patients that have led to poor and dangerous lifestyles. One of the limitations of the research was the involvement of personal bias in answering the questions, the lack of accurate answers to the questions on drug and alcohol use (of course, the respondents were explained that their information will remain confidential), and the incompleteness of all questionnaires. This makes it necessary to pay attention and emphasize the role of health education in order to familiarize patients with the appropriate lifestyle to act as a preventive factor for the occurrence of diseases. Increasing development of urban and industrial communities regardless of urban health factors, poor nutrition pattern, sedentary lifestyle, obesity and overweight, insufficient consumption of fruits and vegetables, and smoking has been followed some of the factors that increase the prevalence of non-communicable diseases such as hypertension, diabetes and hyperlipidemia, fatty liver, heart attacks, strokes, and cancers. If the government puts special preventive and educational measures on the agenda and pays more attention to this sector, it will not only reduce medical expenses but also prevent further cultural rupture of the society and create a gap between the correct patterns of traditional past and present life.

Ethical considerations Authors Contribution

All of four authors were involved in writing this article.

Financial Resources

In order to publish the article, it has not received direct or indirect financial support from any organization.

Following Principles of Research Ethics

All of data has gathered with participants' prior consent, remaining anonymous. In addition, we have obeyed all of research principles including piracy, manipulation etc.

مقدمه

بیماریهای غیرواگیر^۱ هر سال حدود ۴۰ میلیون نفر را از بین می‌برد که حدود ۷۰ درصد از کل مرگومیر جهان را شامل می‌شود. بیماریهای غیرواگیر در طبیعت مزمن هستند و نمی‌توانند از یک شخص به دیگری منتقل شوند. آنها نتیجه ترکیبی از عوامل شامل ژنتیک، فیزیولوژی، محیطزیست و رفتار است. انواع اصلی بیماریهای غیرواگیر، بیماریهای قلبی-عروقی و مزمن تنفسی علاوه بر سرطان هستند. بیماریهای غیرواگیر مانند بیماریهای قلبی-عروقی^۲، سکته مغزی، دیابت و انواع خاصی از سرطان به‌شدت با انتخاب شیوه زندگی ارتباط دارد و از این رو اغلب به‌عنوان سبک زندگی بیماریها شناخته می‌شود. بیماریهای قلبی-عروقی که شامل حملات قلبی و سکته مغزی هستند، هر ساله ۱۷/۷ میلیون مورد مرگومیر ناشی از مرگومیر را در جهان ایجاد می‌کند. حدود ۸/۸ میلیون نفر در هر سال بر اثر سرطان کشته می‌شوند و پس از آن بیماریهای تنفسی است که تقریباً ۳/۹ میلیون نفر در سال را از بین می‌برد.

میزان مرگومیر سالانه دیابت هم ۱/۶ میلیون نفر است. این چهار گروه از بیماریها شایع‌ترین علل مرگ در میان تمام بیماریهای غیرمسمری هستند (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۲۰۱۷). بیماریهای غیرواگیر به وسیله چهار عامل خطر رفتاری ایجاد می‌شوند: مصرف دخانیات، رژیم ناسالم، فعالیت بدنی و مصرف مضر الکل (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۴، کشورهای کم‌درآمد و فقرا در همه کشورها بدترین نوع مرگومیر ناشی از بیماریهای غیرواگیر را دارند. این یک چرخه درهم و برهمی از خطر است که فقرا به طور فزاینده‌ای در معرض عوامل خطر رفتاری برای بیماریهای غیرواگیر قرار

1 Non communicable diseases (NCDs)

2 Cardiovascular diseases (CVD)

3 World Health Organization

4 World Health Organization (WHO)

می‌گیرند و به همین ترتیب این بیماریها می‌توانند نقش مهمی در کنترل افراد و خانواده‌های آنها در برابر فقر داشته باشند.

این امر از یک فرد شروع می‌شود و در نهایت بر کل کشور تأثیر می‌گذارد. برای مثال کشوری مانند هند، به دلیل شیوه زندگی ناسالم و رژیم غذایی نامناسب، به زیان اقتصادی بیش از ۲۳۶ میلیون دلار در سال ۲۰۱۵ دچار شد (سازمان جهانی بهداشت/مجمع جهانی اقتصاد، ۲۰۰۸). به همین دلیل است که باید برای مقابله با تأثیر جهانی بیماریهای غیرواگیر در مناطق و جوامع آسیب‌دیده اقدامی عاجل کرد. بیماریهای قلبی-عروقی یکی از علل مرگ‌ومیر در سطح جهان است و تعداد افرادی که هر سال از آن می‌میرند، دائما در حال افزایش است. برآورد شده است که تا سال ۲۰۳۰، بیماریهای قلبی-عروقی در کشورهای کم‌درآمد مسئول مرگ‌ومیرهای بیشتری نسبت به بیماریهای عفونی، مادرزادی^۲ و پرناتال^۳ و اختلالات تغذیه‌ای خواهد بود (بیگل‌هول و بونیتا، ۲۰۰۸). راههای مهمی برای کنترل بیماریهای غیرقابل‌انتقال از طریق کنترل عوامل خطر مرتبط با آن است. به عبارت دیگر، با کنترل عادات رفتاری یا شیوه زندگی مرتبط با آن بیماریها، تعدادی از بیماریهای قابل‌انتقال را می‌توان پیشگیری کرد. تعدادی از راه‌حلهای کم‌هزینه وجود دارد که می‌تواند توسط دولت و سایر گروههای درگیر اجرا شود تا عوامل خطر قابل‌تغییر را تغییر دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷).

نظارت بر روند بیماریها و خطرات مربوط به آن برای هدایت سیاستها و دستورالعملها بسیار مهم است. یک رویکرد جامع ضروری است که شامل تمام بخشها از جمله بهداشت، امور مالی، آموزش و پرورش، برنامه‌ریزی و دیگران باشد تا تأثیرات سبک زندگی بیماریها

- 1 World Economic Forum (WEF)
- 2 maternal
- 3 perinatal
- 4 Beaglehole & Bonita
- 5 World Health Organization (WHO)

را به افراد و جامعه کم کند. این رویکرد نیاز به ایجاد تلاش مشترک برای به حداقل رساندن خطرات ناشی از این دست بیماریها و درعین حال الهام بخش مداخلات برای کنترل و جلوگیری از آنها است. سبک زندگی منجر به این بیماریها یک تهدید به جنبه‌های اجتماعی - اقتصادی کشورهای جهان است و اقدامات مناسب برای مدیریت آنها نیازمند تلاشی سریع است. مدیریت سبک زندگی منجر به بیماریها شامل تشخیص درست، غربالگری و درمان این بیماریها علاوه بر ارائه مراقبتهای پرخطر برای افرادی که به آن نیاز دارند، می‌شود. مداخله در زمینه بیماریهای کیفیت زندگی باید از طریق یک روش مراقبت بهداشتی اولیه انجام شود که در آن تشخیص زودهنگام و درمان مناسب، اولویت‌بندی می‌شوند (تابیش^۱، ۲۰۱۷).

سبک زندگی به‌عنوان مجموعه درهم‌تنیده‌ای از الگوهای رفتاری فردی و اجتماعی، برآمده از نظام معنایی متمایزی است که یک فرهنگ در یک جامعه انسانی ایجاد می‌کند؛ و از آنجایی که هیچ‌کدام از جوامع بشری را نمی‌توان عاری از فرهنگ تصور کرد، بنابراین، می‌توان گفت که تمام اجتماعات انسانی، از ابتدای تاریخ تاکنون دارای سبک زندگی خاص خود بوده و از الگوهای رفتاری متناسب با شاخصهای فرهنگی خود برخوردار بوده‌اند (بورديو، ۲۰۱۱). افرادی نظیر کوکرهام و آدلر نیز ضمن ارائه تعریف سبک زندگی به ویژگیهای فرد سالم و سبک زندگی سالم اشاره دارند. به عقیده آدلر فرد سالم از اهداف خویش آگاهی دارد و عملکرد او هدفمند بوده و رابطه اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. در تعریف سبک زندگی سالم از ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت یاد می‌شود. زیرا به عقیده وی سبکهای زندگی سالم، الگویی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخابهایی است که افراد بر حسب شرایط و زیستشان در دسترس دارند. لذا به عقیده وی انتخاب سبک و شیوه صحیح زندگی به ما امکان کنترل داده و افراد هر قدر سبک

1 Tabish

زندگی خود را بشناسند و بر آن مسلط باشند، بهتر می‌توانند زندگی خود را مدیریت کنند (کاکرهاام^۱، ۲۰۰۸ به نقل از نوروزی و پت‌رامی، ۲۰۱۶). به نظر بوردیو (۱۹۸۴) سبکهای زندگی مجموعه‌ای از خصوصیات، الگوهای عادت‌ی و ویژگیهای رفتاری انسان در حوزه مصرف است که در شکل دادن به هویت شخصی و جمعی و بر رابطه متقابل بین هویت شخصی و جمعی در دو بعد مورد مطالعه قرار می‌گیرد. بعد اول مصرف عینی-مادی است که در انواع انتخاب و نوع کاربرد امکانات شامل (مصرف امور مادی، اجتماعی و فرهنگی) خلاصه می‌شود. بعد دوم با تأکید بر مصرف ذهنی-غیرعینی، بیانگر نحوه انتخاب و نحوه کاربرد امکانات شامل (علائق، ترجیحات یا سلیقه و ادراک از امور) است. یکی از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر، بر اساس چارچوب نظریه‌ای بوردیو، معتقد هستند رفتارهای پرخطر و غیربهداشتی از قبیل مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش؛ هنجارهای ایجاد شده‌ای هستند که از طریق ارتباط با گروههای اجتماعی و الگوهای جمعی رواج یافته و به وسیله ساختار ذهنی درونی در شیوه زندگی آشکار می‌شوند (کاکرهاام و همکاران، ۲۰۰۶ به نقل از پوررنجبر و همکاران، ۲۰۱۶). سبک زندگی خاصی که به طور کامل و صد در صد به دور از ابتلا به بیماری حاد باشد وجود ندارد. لیکن تحقیق حاضر با هدف شناخت و مقایسه سبک زندگی، به تعیین تأثیر شیوه زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و کلیه، پیشگیری از بیماریها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث، سلامت محیطی) با بیماری قلبی و عروقی پرداخته است تا از این رو منبعی برای شناخت مهارت‌های کاربردی سبک زندگی سالم در جهت کاهش این گونه بیماری باشد.

1 Cockerham

چارچوب مفهومی: سبک زندگی و مؤلفه‌های آن

سبک زندگی مجموعه‌ای نسبتاً هماهنگ و منسجم از کلیه امور عینی و ذهنی زندگی فرد یا گروه است. این امور می‌تواند شامل داراییها، الگوهای رفتاری، روابط اجتماعی، مصرف، فعالیت‌های فراغتی و سرگرمی، پوشش و مدیریت بدن، نحوه غذا خوردن و دکوراسیون منزل و ... باشد که امور و رفتارهایی بیرونی و قابل مشاهده‌اند. همچنین می‌توان دربرگیرنده بینشها (ادراکات، اعتقادات و جهان‌بینی)، گرایشها (ارزشها و ترجیحات) و ... باشد که رفتارهایی درونی و ذهنی‌اند. سبک زندگی، گستره‌ای رفتاری را در بر می‌گیرد که اصلی انسجام‌بخش و هماهنگ‌کننده بر آن حاکم است و بخش اعظم زندگی فرد را تحت سیطره دارد (باینگانی و همکاران، ۲۰۱۳).

نگاهی دقیق به آثار و پیشینه این مفهوم نشان می‌دهد که جامعه‌شناسانی چون ماکس وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرهام به این موضوع پرداخته‌اند (جدول ۱).

جدول (۱) نظریه‌های سبک زندگی

منبع	تعریف از سبک زندگی	هدف	نظریه پردازان
کیوان آرا، ۱۳۸۶، به نقل از پارسامهر و رسولی‌نژاد، ۱۳۹۴	سبک‌های زندگی سلامت‌محور، الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخابهایی که طبق فرصتهای زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند.	رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخابها و فرصتها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی داشته باشند.	وبر

Evaluation of Lifestyle Related to Cardiovascular...

منبع	تعریف از سبک زندگی	هدف	نظریه پردازان
نوروزی و پت رامی، ۱۳۹۵	وی سبکهای زندگی را رفتارهای عادی روزمره می‌داند که در معرض تغییر بوده و متمایزکننده هویت فردی افراد است.	داشتن سبک زندگی سالم، مستلزم آن است که افراد از میان انتخابهای مختلف دست به انتخاب بزنند.	گیدنز
مسعودنیا، ۱۳۸۹ و به دونوان و همکاران، ۱۹۹۱ نقل از عباس زاده و همکاران، ۱۳۹۳؛ عباس زاده و همکاران، ۱۳۹۳	سرمایه اجتماعی منبعی است که افراد با عضویت در شبکه‌های اجتماعی به دست می‌آورند. تأثیر سرمایه فرهنگی بر مصرف، فعالیت و روش زندگی فرهنگی افراد را با کمک نظریه تمایز بیان می‌کند. بر مبنای این نظریه، دارندگان سرمایه فرهنگی غنی، خود را با به‌کارگیری فرهنگ و هنر متعالی از بقیه متمایز می‌کنند. سرمایه اقتصادی شامل درآمد و سایر منابع مالی است که در قالب مالکیت بروز می‌کند.	یکی از مفاهیم مرتبط با رفتار سلامت، مفهوم سرمایه‌های انسانی (سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) است.	بورديو
پارسامهر و رسولی‌نژاد، ۱۳۹۴؛ شارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۸، به نقل از عباس زاده و همکاران، ۱۳۹۳؛ جواهری و همکاران، ۱۳۹۵	روش زندگی سالم، مجموعه انتخابهایی است که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این انتخابها برآمده از موقعیت ساختاری و فردی هستند.	فرصتهای زندگی یک شخص به‌وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگیهای گروههای منزلتی ویژه تعیین می‌شود.	کاگرهام

یکی از راههایی که می‌توان به درک بهتری از مفهوم «سبک زندگی» از نظر اندیشمندان مختلف دست یافت، بررسی عناصر و مؤلفه‌هایی است که ایشان برای سبک زندگی برشمرده یا در تحقیقات خود به‌عنوان شاخصه بهره برده‌اند (جدول ۲).

جدول (۲) عناصر سبک زندگی

منبع	عناصر سبک زندگی	نظریه پردازان
مهدوی‌کنی، ۱۳۸۶ به نقل از رستمی و اردشیرزاده، ۱۳۹۲	شیوه تغذیه، خودآرایی (نوع پوشاک و پیروی از مد)، نوع مسکن (دکوراسیون، معماری و اثاثیه)، نوع وسیله حمل و نقل، شیوه‌های گذران اوقات فراغت و تفریح، اطفار (رفتارهای حاکی از نجیب‌زادگی یا دست‌ودل‌بازی، کشیدن سیگار در محافل عمومی، تعداد مستخدمان و آرایش آنها).	زیمل، ویلن و وبر
مهدوی‌کنی، ۱۳۸۶ به نقل از رستمی و اردشیرزاده، ۱۳۹۲	رفتار، افکار، احساسات فرد و حرکتش به سوی هدف.	آدلر
چاپین، ۱۹۳۵ به نقل از رستمی و اردشیرزاده، ۱۳۹۲	داراییهای فرهنگی، درآمد، داراییهای مادی و مشارکت در فعالیتهای گروهی اجتماع	چاپین
پارسونز به نقل از رستمی و اردشیرزاده، ۱۳۹۲	فناوری مدرن مواردی مثل خودروهای خانواده، یخچال، ماشین لباسشویی و تلویزیون.	پارسونز

روش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که با هدف بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی انجام شده است. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران قلب و عروق در بیمارستانهای شهید آیت الله دکتر بهشتی، شهید یحیی نژاد و آیت الله روحانی در بهار ۱۳۹۸ بود. نمونه آماری شامل ۱۹۰ بیمار مبتلا به بیماریهای قلبی و عروقی که به علت فشار خون بالا، سکته قلبی، نارسائی قلبی و درد قلبی از طریق کلی شماری در طول سه ماه به بیمارستان مراجعه کردند بود. در زمینه ارزیابی سبک زندگی افراد، آزمونهای مختلفی طراحی شده است که از بین آنها می توان به «پرسشنامه سبک زندگی و شخصیت^۱»، «پرسشنامه سبک زندگی فرهنگی^۲» و «پرسشنامه سبک زندگی و سلامتی^۳» اشاره کرد (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۱۹۹۸؛ کاکراهام، ۲۰۰۴؛ هاریسون و همکاران^۵، ۲۰۰۶؛ پلاسکر^۶، ۲۰۰۷؛ موهان^۷، ۲۰۰۸). در هر یک از پرسشنامه هایی که در پژوهشهای فوق به کار رفت به یک یا چند جنبه از مؤلفه های سبک زندگی همچون تندرستی، تغذیه، ورزش، تفریح، اجتناب از داروها، یا سلامت روان پرداخته شده است (لعلی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر از پرسشنامه سبک زندگی که لعلی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود به کار گرفتند، استفاده شده است.

سبک زندگی^۸ متشکل از سلامت جسمانی (۸ سؤال)، ورزش و تندرستی (۷ سؤال)، کنترل وزن و کلیه (۷ سؤال)، پیشگیری از بیماریها (۷ سؤال)، سلامت روان شناختی (۷ سؤال)، سلامت معنوی (۶ سؤال)، سلامت اجتماعی (۷ سؤال)، اجتناب از داروها و مواد مخدر (۶

1 Life Style and Personality Questionnaire

2 Cultural Life Style Questionnaire

3 Health and Life Style Questionnaire

4 World Health Organization

5 Harrison, McElduff, & Edward

6 Plasker

7 Mohan

8 Lifestyle assessment

سؤال)، پیشگیری از حوادث (۸ سؤال) و سلامت محیطی (۷ سؤال) تعریف شده است که در مقیاس طیف لیکرت از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری شدند. برای اطمینان از همبستگی درونی سؤالات و گویه‌های موردسنجش برای مفاهیم مورد استفاده تحقیق، پرسشنامه اولیه مورد آزمون قرار گرفته است تا نواقص احتمالی پرسشنامه که می‌توانست از نامفهوم بودن سؤالات، ترتیب نامناسب سؤالات و طولانی بودن پرسشنامه باشد، رفع شود. همچنین از کارشناسان و محققین خواسته شد تا مشکلات احتمالی پرسشنامه را در مقابل هر گویه و سؤال متذکر شوند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، پایایی مقیاسها برآورد شد که در ادامه، نتایج به‌دست‌آمده برای هر شاخص به‌صورت مجزا ارائه می‌شود. همچنین سؤالات و گویه‌هایی که برای سنجش متغیرها ساخته شده بود، به‌واسطه نظر کارشناسان و اساتید مورد تجدیدنظر کلی قرار گرفت و پرسشنامه اولیه پس از حذف و اصلاح سؤالات و گویه‌ها، نهایی شد. برای آزمون پایایی پرسشنامه در ابتدا ۳۰ پرسشنامه تکمیل و سپس توسط آزمون کرونباخ بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است و در ادامه، بقیه پرسشنامه‌ها توزیع شدند. در روش همسانی درونی، میان مؤلفه‌های سبک زندگی و کل پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد که در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ قرار داشتند. ضرایب پایایی به روش بازآزمایی در دامنه‌ای از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ قرار گرفتند.

میزان آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای هر یک از مقیاسهای تحقیق بدین‌صورت است: سلامت جسمانی (۰/۸۰)، ورزش و تندرستی (۰/۸۴)، کنترل وزن و تغذیه (۰/۷۸)، پیشگیری از بیماریها (۰/۹۰)، سلامت روان‌شناختی (۰/۹۱)، سلامت معنوی (۰/۸۷)، سلامت اجتماعی (۰/۸۰)، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل (۰/۹۱)، پیشگیری از حوادث (۰/۷۹) و سلامت محیطی (۰/۸۰). این موضوع نشان‌دهنده همبستگی درونی بین گویه‌ها برای سنجش مفاهیم و مقیاسهای موردنظر است. بدین ترتیب، می‌توان گفت که تحقیق حاضر از قابلیت اعتماد یا پایایی لازم برخوردار است. سپس سبک زندگی بیماران قلب و عروقی نمونه مورد مطالعه

بررسی شد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون کای اسکوئر^۱ و تحلیل خوشه‌بندی^۲ با استفاده از نرم‌افزار SPSS.ver25 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول (۳)، آمار توصیفی سبک زندگی و ابعاد آن نشان داده شده است

جدول (۳) آمار توصیفی سبک زندگی و ابعاد

Kort		Skew		Max	Min	Mdn	M	
خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	آماره					
۰/۳۵	۱/۰۷	۰/۱۷	-۰/۵۵	۵/۸۸	۲/۱۳	۴/۴۸	۴/۴۸	سلامت جسمانی
۰/۳۵	-۰/۵۹	۰/۱۷	-۰/۰۸	۶/۰۰	۱/۰۰	۳/۵۲	۳/۵۲	ورزش و تندرستی
۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۱۷	-۰/۵۵	۶/۰۰	۱/۴۳	۴/۱۸	۴/۱۸	کنترل وزن و کلیه
۰/۳۵	۲/۳۵	۰/۱۷	-۰/۹۸	۶/۰۰	۱/۲۹	۴/۷۹	۴/۷۹	پیشگیری از بیماریها
۰/۳۵	۱/۱۴	۰/۱۷	-۱/۰۴	۶/۰۰	۱/۰۰	۴/۴۲	۴/۳۷	سلامت روان‌شناختی
۰/۳۵	۲/۶۱	۰/۱۷	-۱/۳۶	۶/۰۰	۱/۰۰	۵/۰۰	۴/۸۳	سلامت معنوی
۰/۳۵	۲/۷۷	۰/۱۷	-۱/۳۷	۶/۰۰	۱/۲۹	۵/۰۰	۴/۸۳	سلامت اجتماعی
۰/۳۵	۳/۰۱	۰/۱۷	-۱/۷۵	۶/۰۰	۱/۰۰	۵/۳۳	۵/۰۳	اجتناب از داروها و مواد مخدر
۰/۳۵	۱/۴۵	۰/۱۷	-۱/۰۶	۶/۰۰	۱/۰۰	۴/۷۵	۴/۷۲	پیشگیری از حوادث
۰/۳۵	۲/۱۲	۰/۱۷	-۱/۱۰	۶/۰۰	۱/۰۰	۴/۸۵	۴/۸۴	سلامت محیطی
۰/۳۵	۲/۱۶	۰/۱۷	-۰/۷۵	۵/۸۹	۲/۸۴	۴/۵۸	۴/۵۸	سبک زندگی

1 Chi-square

2 cluster

همان‌طور که مشاهده می‌شود، ورزش و تندرستی با میزان $3/52$ پایین‌ترین و اجتناب از داروها و مواد مخدر با میزان $5/03$ بالاترین میانگین را در بین ابعاد سبک زندگی دارند. بعد از ورزش و تندرستی، ابعاد دیگر سبک زندگی به ترتیب شامل کنترل وزن و کلیه، سلامت روان‌شناختی، سلامت جسمانی، پیشگیری از حوادث، پیشگیری از بیماریها، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، سلامت محیطی و درنهایت اجتناب از داروها و مواد مخدر بیشترین میانگین را دارند. همچنین، مقایسه میانه و میانگین در ابعاد سبک زندگی نشان می‌دهد که ابعاد مذکور از میانه بالاتری برخوردارند که این نشان می‌دهد در بین نمونه موردبررسی، تعداد افرادی که از سبک زندگی مرتبط با سلامت مناسب‌تر در سال موردنظر برخوردار بودند، از تعداد افرادی که از سبک زندگی نامناسب‌تر برخوردار بودند، کمتر است. این موضوع با علامت چولگی و همچنین، میزان کشیدگی این ابعاد نیز کاملاً مشهود است. به عبارت بهتر، شاخص سبک زندگی و تمام ابعاد آن، از مقدار چولگی منفی برخوردارند. این بدان معنی است که در هر سطح از سبک زندگی مرتبط با سلامت، افرادی که سبک زندگی مناسب دارند، کم هستند.

یافته‌های توصیفی بیماران قلبی و عروقی نشان داد که بیشتر افراد تحت مطالعه که دچار بیماری قلب و عروق شده‌اند، بالای ۵۰ سال هستند. از لحاظ متغیر سطح تحصیلات، $19/5$ درصد بی‌سواد، $15/3$ درصد در مقطع ابتدایی، $9/5$ درصد در مقطع راهنمایی، $6/8$ درصد در مقطع دبیرستان، $12/1$ درصد در مقطع دیپلم، $11/6$ درصد در مقطع فوق‌دیپلم، $12/6$ درصد در مقطع لیسانس و $12/6$ درصد نیز در مقطع فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. از نظر شغل $29/6$ درصد خانه‌دار، $12/6$ درصد کشاورز، $15/3$ درصد شغل آزاد، $27/9$ درصد کارمند، $6/8$ درصد بازنشسته، $5/3$ درصد بیکار و $2/6$ درصد نیز کارگر روزمزد بودند. به لحاظ وضعیت تأهل، $86/3$ درصد متأهل، $7/9$ درصد مجرد، $1/6$ درصد بیوه، $0/53$ درصد مطلقه، $0/53$ درصد جدا از هم و $3/1$ درصد همسر فوت شده بودند. میانگین تعداد فرزند بیماران $2/84$ نفر بود.

Evaluation of Lifestyle Related to Cardiovascular...

جدول (۴) مقایسه توزیع فراوانی نسبی و مطلق ابعاد سبک زندگی در دو جنس بیماران قلبی و عروقی

آزمون آماری	کل	جنسیت		متغیر	
		زن	مرد		
$\chi^2=10/59$ $P=0/041$	۱۵ (۰/۷/۹)	۸ (۰/۹/۳)	۷ (۰/۶/۷)	ضعیف	سلامت جسمانی
	۱۱۳ (۰/۵۹/۵)	۵۵ (۰/۶۴)	۵۸ (۰/۵۵/۸)	متوسط	
	۶۲ (۰/۳۲/۶)	۲۳ (۰/۲۶/۷)	۳۹ (۰/۳۷/۵)	خوب	
	۱۹۰ (۰/۱۰۰)	۸۶ (۰/۱۰۰)	۱۰۴ (۰/۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=12/58$ $P=0/013$	۴۵ (۰/۲۳/۷)	۲۱ (۰/۲۴/۴)	۲۴ (۰/۲۳/۱)	ضعیف	ورزش و تندرستی
	۹۶ (۰/۵۰/۵)	۴۸ (۰/۵۵/۸)	۴۸ (۰/۴۶/۲)	متوسط	
	۴۹ (۰/۲۵/۸)	۱۷ (۰/۱۹/۸)	۳۲ (۰/۳۰/۸)	خوب	
	۱۹۰ (۰/۱۰۰)	۸۶ (۰/۱۰۰)	۱۰۴ (۰/۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=14/61$ $P=0/010$	۱۵ (۰/۷/۹)	۳ (۰/۳/۵)	۱۲ (۰/۱۱/۵)	ضعیف	کنترل وزن و کلیه
	۱۰۸ (۰/۵۶/۸)	۵۱ (۰/۵۹/۳)	۵۷ (۰/۵۴/۸)	متوسط	
	۶۷ (۰/۳۵/۳)	۳۲ (۰/۳۷/۲)	۳۵ (۰/۳۳/۷)	خوب	
	۱۹۰ (۰/۱۰۰)	۸۶ (۰/۱۰۰)	۱۰۴ (۰/۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=10/56$ $P=0/025$	۲ (۰/۱/۱)	۲ (۰/۲/۳)	۰ (۰/۰/۰)	ضعیف	پیشگیری از بیماریها
	۵۴ (۰/۲۸/۴)	۲۵ (۰/۲۹/۱)	۲۹ (۰/۲۷/۹)	متوسط	
	۱۳۴ (۰/۷۰/۵)	۵۹ (۰/۶۸/۶)	۷۵ (۰/۷۲/۱)	خوب	
	۱۹۰ (۰/۱۰۰)	۸۶ (۰/۱۰۰)	۱۰۴ (۰/۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=14/13$ $P=0/046$	۱۲ (۰/۶/۳)	۴ (۰/۴/۷)	۸ (۰/۷/۷)	ضعیف	سلامت روان‌شناختی
	۵۹ (۰/۳۱/۱)	۲۷ (۰/۳۱/۴)	۳۲ (۰/۳۰/۸)	متوسط	
	۱۱۹ (۰/۶۲/۶)	۵۵ (۰/۶۴)	۶۴ (۰/۶۱/۵)	خوب	
	۱۹۰ (۰/۱۰۰)	۸۶ (۰/۱۰۰)	۱۰۴ (۰/۱۰۰)	جمع	

آزمون آماری	کل	جنسیت		متغیر	
		زن	مرد		
$\chi^2=12/75$ $P=0/044$	۸ (۰.۴/۲)	۲ (۰.۲/۳)	۶ (۰.۵/۸)	ضعیف	سلامت معنوی
	۳۹ (۰.۲۰/۵)	۲۳ (۰.۲۶/۷)	۱۶ (۰.۱۵/۴)	متوسط	
	۱۴۳ (۰.۷۵/۳)	۶۱ (۰.۷۰/۹)	۸۲ (۰.۷۸/۸)	خوب	
	۱۹۰ (۰.۱۰۰)	۸۶ (۰.۱۰۰)	۱۰۴ (۰.۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=13/62$ $P=0/048$	۷ (۰.۳/۷)	۳ (۰.۳/۵)	۴ (۰.۳/۹)	ضعیف	سلامت اجتماعی
	۳۷ (۰.۱۹/۵)	۲۰ (۰.۲۳/۳)	۱۷ (۰.۱۶/۳)	متوسط	
	۱۴۶ (۰.۷۶/۸)	۶۳ (۰.۷۳/۳)	۸۳ (۰.۷۹/۸)	خوب	
	۱۹۰ (۰.۱۰۰)	۸۶ (۰.۱۰۰)	۱۰۴ (۰.۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=10/23$ $P=0/045$	۱۶ (۰.۸/۴)	۵ (۰.۵/۸)	۱۱ (۰.۱۰/۶)	ضعیف	اجتناب از داروها و مواد مخدر
	۶۳ (۰.۳۳/۲)	۳۰ (۰.۳۴/۹)	۳۳ (۰.۳۱/۷)	متوسط	
	۱۱۱ (۰.۵۸/۴)	۵۱ (۰.۵۹/۳)	۶۰ (۰.۵۷/۷)	خوب	
	۱۹۰ (۰.۱۰۰)	۸۶ (۰.۱۰۰)	۱۰۴ (۰.۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=12/48$ $P=0/015$	۶ (۰.۳/۲)	۲ (۰.۲/۳)	۴ (۰.۳/۸)	ضعیف	پیشگیری از حوادث
	۴۲ (۰.۲۲/۱)	۱۴ (۰.۱۶/۳)	۲۸ (۰.۲۶/۹)	متوسط	
	۱۴۲ (۰.۷۴/۷)	۷۰ (۰.۸۱/۴)	۷۲ (۰.۶۹/۲)	خوب	
	۱۹۰ (۰.۱۰۰)	۸۶ (۰.۱۰۰)	۱۰۴ (۰.۱۰۰)	جمع	
$\chi^2=10/52$ $P=0/018$	۳ (۰.۱/۶)	۰ (۰.۰/۰)	۳ (۰.۲/۹)	ضعیف	سلامت محیطی
	۳۶ (۰.۱۸/۹)	۱۳ (۰.۱۵/۱)	۲۳ (۰.۲۲/۱)	متوسط	
	۱۵۱ (۰.۷۹/۵)	۷۳ (۰.۸۴/۹)	۷۸ (۰.۷۵)	خوب	
	۱۹۰ (۰.۱۰۰)	۸۶ (۰.۱۰۰)	۱۰۴ (۰.۱۰۰)	جمع	

۹۲/۱ درصد بیماران بیان کردند که به طور متوسط و بیشتر به سلامت جسمانی خود توجه دارند و ۴۲/۱ درصد بیماران هم گفتند که از نظر سلامت جسمانی تقریباً همسطح افراد هم سن خود سلامت دارند. مردان بیشتر از زنان به ورزش و تندرستی اهمیت می‌دهند. ۳۶/۲ درصد از بیماران مرد و ۲۲/۳ درصد از بیماران زن روزانه حداقل ۳۰ دقیقه در روز و ۳ بار در هفته به ورزشهای پرنشاط مانند پیاده‌روی، بدن‌سازی و یا ایروبیک می‌پردازند. احساس تندرستی در مردان نسبت به زنان بیشتر است. در ارتباط با کنترل وزن و کلیه، ۸۸/۵ درصد بیماران مرد و ۹۶/۵ درصد از بیماران زن به طور متوسط و بیشتر به وزن بدن و کلیه توجه داشته‌اند. ۳۴/۷ درصد از بیماران موافق نگر داشتن وزن خود در حد مطلوب هستند. ۱۸/۶ درصد از بیماران مرد و ۱۴/۳ درصد از بیماران زن بسیار موافق هستند که از مصرف چربیهای اشباع شده و غذاهای چرب خودداری کنند. در پیشگیری از بیماریها، ۹۸/۹ درصد بیماران به طور متوسط و بیشتر به پیشگیری از بیماریها توجه داشته و تنها ۱/۱ درصد از بیماران زن کمتر به پیشگیری توجه دارند. در ارتباط با سلامت روان‌شناختی ۴۶ نفر کمی موافق، ۵۹ نفر موافق و ۲۰ نفر کاملاً موافق با این بودند که قادر به مهار و کنترل استرسهای زندگی‌شان هستند. از نظر سلامت معنوی ۳۸/۴ درصد بیماران اعلام کردند که معتقدند نظام خلقت دارای هدف است. همین‌طور، تقریباً ۶۵ درصد از بیماران به چیزی عظیم‌تر از خود احساس وابستگی و تعلق دارند. در مورد سلامت اجتماعی نیز ۶۵/۳ درصد از بیماران بیان کردند هنگامی که در زندگی با مشکلی مواجه می‌شوند با دیگران صحبت و مشورت می‌کنند؛ ۱۳۵ نفر از بیماران نیز در مواقع موردنیاز، در کنار مردم هستند. در مورد مصرف داروها و مواد مخدر اکثر بیماران بیان کردند که از این مواد استفاده نمی‌کنند. ۵۸/۹ درصد بیماران مخالف سیگار کشیدن و ۹/۵ درصد بیماران موافق سیگار کشیدن بودند. بیش از ۷۰ درصد بیماران موردبررسی از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنند. ۷۸/۴ درصد (۱۴۹ نفر) بیماران از معاشرت با افراد معتاد و الکلی دوری می‌کنند. در ارتباط با میزان مصرف الکل در

بیماران ۶/۹ (۱۳ نفر) مخالف اجتناب از نوشیدن مواد الکلی بوده است. از نظر پیشگیری از حوادث و همین‌طور سلامت محیطی، تعداد بیماران مرد نسبت به زن به این مسائل مذکور توجه بیشتری دارند. در نهایت، رابطه بین تمامی متغیرهای نام برده با جنسیت از نظر آماری معنادار است.

خوشه‌بندی ابعاد سبک زندگی

خوشه‌بندی^۱، یک جمعیت نامنظم را به مجموعه‌ای از زیرگروه‌های منظم، تقسیم‌بندی می‌کند. در خوشه‌بندی، اشیاء بر اساس اصل بیشترین شباهت بین اعضای هر خوشه و کمترین شباهت بین خوشه‌های مختلف، گروه‌بندی می‌شوند. یعنی خوشه‌ها به گونه‌ای تنظیم می‌شوند که اشیای داخل هر خوشه، بیشترین شباهت را با یکدیگر و بیشترین تفاوت را در داده‌های سایر خوشه‌ها داشته باشند. معیار شباهت وقتی که همه مشخصه‌ها پیوسته هستند، معمولاً با فاصله اقلیدسی بیان می‌شود و در غیر این صورت، یک معیار مناسب برای آن در نظر گرفته می‌شود.

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، افراد با توجه به سبک زندگی‌شان به سه گروه یک، دو و سه تقسیم‌بندی شده‌اند.

از میان ۲۴ نفری که در گروه یک قرار دارند، تفاوت‌هایی بین مراقبت افراد در هر یک از ابعاد سبک زندگی دیده می‌شود. در این گروه، سلامت جسمانی بیشترین امتیاز و سلامت روان‌شناختی کمترین امتیاز را دارند. بعد از سلامت جسمانی، پیشگیری از بیماریها و بعد از آن سلامت محیطی بیشترین امتیاز را داشته است. با توجه به پاسخ پاسخگویان، امتیاز متوسط ۳/۵ بوده که در بین ابعاد سبک زندگی، سلامت جسمانی و پیشگیری از بیماریها بیشتر از این مقدار است.

1 cluster

Evaluation of Lifestyle Related to Cardiovascular...

از میان ۱۰۲ نفری که در گروه دو قرار دارند، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل بیشترین و ورزش و تندرستی کمترین امتیاز را دارند. بعد از اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، به ترتیب سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، سلامت محیطی و پیشگیری از بیماریها بیشترین امتیاز دیده می‌شود. در این گروه، پاسخ تمام پاسخگویان در تمام ابعاد سبک زندگی بیشتر از حد متوسط بوده است.

از میان ۶۴ نفری که در گروه سه قرار دارند، بیشترین امتیاز مربوط به اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل و کمترین امتیاز مربوط به ورزش و تندرستی است. بعد از اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل که بیشترین امتیاز را در این گروه دارد، به ترتیب سلامت محیطی، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی بیشترین امتیاز را دارند. در گروه مذکور، پاسخ تمام پاسخگویان در تمام ابعاد سبک زندگی به‌غیر از ورزش و تندرستی که کمتر از حد متوسط بوده، بیشتر از حد متوسط بوده است.

پاسخ پاسخگویان در میان گروه دو و سه از نظر بیشترین و کمترین میزان توجه به هر یک از ابعاد سبک زندگی، به هم نزدیک بوده و از شباهت تقریبی برخوردار است.

جدول (۴) خوشه‌بندی ابعاد سبک زندگی

گروه ۳	گروه ۲	گروه ۱	
۴/۲۱	۴/۷۷	۳/۹۹	سلامت جسمانی
۲/۶۰	۴/۱۷	۳/۲۴	ورزش و تندرستی
۳/۶۸	۴/۷۲	۳/۲۲	کنترل وزن و تغذیه
۴/۴۰	۵/۲۴	۳/۹۷	پیشگیری از بیماریها
۴/۰۹	۴/۹۳	۲/۷۹	سلامت روان‌شناختی
۴/۵۸	۵/۳۷	۳/۲۲	سلامت معنوی
۴/۶۰	۵/۳۳	۳/۳۹	سلامت اجتماعی

گروه ۳	گروه ۲	گروه ۱	
۵/۰۲	۵/۴۳	۳/۴۰	اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل
۴/۵۰	۵/۱۷	۳/۴۲	پیشگیری از حوادث
۴/۶۶	۵/۲۸	۳/۴۹	سلامت محیطی

تعداد افراد در هر گروه

۲۴	گروه ۱
۱۰۲	گروه ۲
۶۴	گروه ۳

جدول (۶) خوشه‌بندی شاخص سبک زندگی را نشان می‌دهد.

جدول (۶) خوشه‌بندی شاخص سبک زندگی

سبک زندگی خوب	سبک زندگی متوسط	سبک زندگی ضعیف	
۳/۵۹	۵/۲۴	۴/۵۷	شاخص سبک زندگی

تعداد افراد در هر گروه

۱۲۸	سبک زندگی ضعیف
۳۸	سبک زندگی متوسط
۲۴	سبک زندگی خوب

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که با توجه به پاسخ پاسخگویانی که از مشکلات قلبی و عروقی برخوردار بوده و به بیمارستانها تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت درمان مراجعه کرده‌اند، ۱۲۸ نفر از سبک زندگی ضعیف، ۳۸ نفر از سبک زندگی متوسط و ۲۴ نفر از سبک زندگی خوب و مناسب برخوردارند.

بحث

سازمان جهانی بهداشت «lifestyle» را سبک زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگیهای شخصی، 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 ایده‌آل وجود نداشته و بسیاری از عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی برای هر فرد ویژه خود او است (ویل¹، ۲۰۰۲). به نقل از محمدی زیدی و همکاران، (۲۰۰۵). 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 اینکه ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می‌گیرند که بر سلامت آنها تأثیرگذار است (جوآن²، ۲۰۰۰). به نقل از محمدی زیدی و همکاران، (۲۰۰۶). انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۱، سبک زندگی را از عوامل مستعدکننده مهم بیماری و مرگومیر در ایالات متحده آمریکا دانسته و حدود ۷۰ درصد از تمام بیماریهای جسمی و روانی را مربوط به شیوه زندگی می‌داند (انجمن قلب آمریکا³، ۲۰۰۱).

طبق اطلاعات به دست آمده از تحقیق حاضر، میانگین سنی بیماری قلبی و عروقی بین بیماران ۵۱ سال به بالا است. همچنین از نظر جنسیتی با انجام آزمون آماری و بررسی ارتباط بین دو عامل جنسیت و سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی، اختلاف معناداری دیده نشد

1 Veal

2 Joanne

3 American Heart Association (AHA)

و مرد بودن به عنوان یک ریسک فاکتور خودش را نشان نداد. بی سواد بودن و سطح پایین تحصیلات تعداد زیادی از بیماران در مطالعه حاضر می تواند احتمال نبود آگاهی لازم برای برخورداری از سبک زندگی مناسب را نشان دهد. از نظر وضعیت اشتغال، همان طور که دیده می شود بسیاری از بیماران قلبی و عروقی، خانه دار و بیکار بودند که دلیل عمده ای برای عدم تحرک و سبک زندگی ناسالم است. مقایسه توزیع فراوانی نسبی و مطلق ابعاد سبک زندگی در دو جنس بیماران قلبی و عروقی نیز نشان داد که اکثر بیماران قلبی و عروقی، سبک زندگی متوسط داشتند. همچنین، می توان گفت رابطه معنی داری بین جنسیت و سبک زندگی و همین طور، بین سن، شغل و تحصیلات با سبک زندگی رابطه معنی داری دیده می شود. نتایج آزمون خوشه بندی نشان داد که تعداد زیادی از پاسخگویانی که از مشکلات قلبی و عروقی برخوردار بوده و به بیمارستانها تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت درمان مراجعه کرده اند، از سبک زندگی ضعیف و تعداد کمتری از سبک زندگی خوب و مناسب برخوردار بودند.

یافته های این پژوهش در کل نشان دهنده وجود عاداتهای رفتاری غلط و نامناسب، عدم تحرک بدنی، عاداتهای تغذیه ای نامناسب و رویدادهای استرس زا در بیماران است که باعث شده تا سبک زندگی ضعیف و خطری داشته باشند. از محدودیتهای پژوهش دخالت تعصب شخصی در پاسخ به سؤالات، عدم پاسخگویی دقیق به سؤالات مصرف مواد مخدر و الکل (البته به پاسخگویان توضیح داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند)، عدم تکمیل همه پرسشنامه ها بود. این امر، لزوم توجه و تأکید بر نقش آموزش بهداشت را با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب باعث می شود تا از وقوع بیماریها به عنوان یک عامل پیشگیری کننده عمل کنند. توسعه روزافزون جوامع شهری و صنعتی بدون توجه به فاکتورهای سلامت شهرنشینان، الگوی نادرست تغذیه، کم تحرکی، چاقی و اضافه وزن، مصرف ناکافی میوه و سبزیجات و مصرف سیگار از عواملی است که شیوع روزافزون

بیماریهای غیرواگیر نظیر فشارخون بالا، دیابت و چربی خون، کبد چرب، سکته‌های قلبی، مغزی و سرطانیها را به دنبال داشته است. اگر دولت اقدامات پیشگیرانه و آموزشی بخصوص را در دستور کار قرار دهد و به این بخش توجه بیشتری داشته باشد، نه تنها از هزینه‌های درمانی می‌کاهد بلکه از گسست بیشتر فرهنگی جامعه و ایجاد شکاف بین الگوهای درست زندگی سنتی گذشته و کنونی نیز پیشگیری می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

هر چهار نویسنده در نگارش این مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع مالی

برای انتشار این مقاله از هیچ سازمانی حمایت مالی مستقیم یا غیرمستقیم دریافت نشده است.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمامی اطلاعات تحقیق با رضایت قبلی مشارکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی جمع‌آوری شده است. همچنین در این مقاله کلیه اصول اخلاقی در زمینه سرقت ادبی، تحریف داده‌ها و غیره رعایت شده است.

- Abbaszadeh, M., Alizadeh Aghdam, MB, and Rahimi Dehgolan, N. (2014), Assessing the effect of sociological structures on health-oriented behaviors among citizens of Urmia. *Social Studies and Research in Iran*, 3 (2), 239-260. (In Persian)
- American Heart Association (AHA) (2001). *Heart and Stroke Facts*. New York: American Heart Publication.
- Bayangani, B., Irandoost, F., and Ahmadi, S. (2013), Lifestyle from a sociological perspective: An introduction to understanding and analyzing the concept of lifestyle., *Journal of Cultural Engineer*, 8 (77), 56-74. (In Persian)
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2008). *Global public health: A scorecard*. *Lancet*, 372(9654), 1988–1996.
- Bourdieu, p. (2011), *Theory of action; Practical reasons and rational choice* (translated by M. Mardiha). Fourth Edition, Tehran: Naghsh va Negar Publications. (In Persian)
- Cockerham, W., Hinote, B. P., Abbott, P., & Haerpfer, C. (2004). *Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan*. *Social Science & Medicine*, 59, 1409-1421.
- Harrison, R. A., McElduff, P., & Edward, P. (2006). *Planning to win: Health and lifestyles associated with physical activity amongst 15, 423 Adults* *Public Health*, 120, 206-212.
- Javaheri, F., Sirajzadeh, H., and Orei, N. (2016), *Sociological analysis of the orientation of religious propaganda towards health (Case study: missionaries and audiences of religious lectures in Qom)*. *Culture Strategy*, 33, 67-91. (In Persian)
- Joanne, K. (2000). *Community health promotion; challenges for practice*. Bailliere Tindhall.
- Lali, M., Abedi, A., and Kajbaf, M.B. (2012), *Construction and validation of a lifestyle questionnaire (LSQ)*. *Journal of Psychological Research*, 15 (1), 64-80. (In Persian)
- Mohammadi Yazidi, A., Heidarnia, A.R., and Hajizadeh, A. (2005), *Lifestyle study of cardiovascular patients.*, *Daneshvar Medical Journal, Shahed University*, 13 (61), 49-56. (In Persian)
- Mohan, S. (2008). *Lifestyle of Asian Indians with coronary heart disease*. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 15, 115-121.

- Nowruzi, FA, and Petrami, A. (2016), A study of the lifestyle of students of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences and social factors affecting it. *Social Welfare Quarterly*, 16 (62), 225-277. (In Persian)
- Parsamehr, M., and Rasouli Nejad, p. (2015), Investigating the relationship between health-oriented lifestyle and social health among the people of Talesh., *Social Development Quarterly (Former Human Development)*, 10 (1), 35-66. (In Persian)
- Plasker, E. (2007). *The 100-Year lifestyle*. Adams Media, an F+W publications company. U.S.A.
- Pourranjbar, M., Amiri Moghaddam, M., and Ghadimi, b. (2016), Relationship between lifestyle based on Bourdieu and Cockerham theoretical framework and breast cancer in Kerman. *Journal of Health and Development*, 5 (3), 238-256. (In Persian)
- Roštami, A., and Ardehshirzadeh, M. (2013), A look at lifestyle theories. *Journal of Lifestyle Studies*, 2 (3), 9-31. (In Persian)
- Tabish, S. A. (2017), *Lifestyle Diseases: Consequences, Characteristics, Causes and Control*, Journal of Cardiology & Current Research, Institute of Medical Sciences, Srinagar, India.
- Veal, A.J. (2002). *Leisure and lifestyle: A review and annotated bibliography*, schools of leisure, sport & tourism, university of technology, Sydney, au/1st/research/bibliography.htm.
- WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf on 1/05/2017.
- WHO (2017) *Cancer. Fact Sheet*. (Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> on 1/05/2017).
- WHO (2017). *Noncommunicable diseases. Fact Sheet*. (Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> on: 2/05/2017)
- WHO/WEF (2008). *Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: World Health Organisation/World Economic Forum report of a joint event*.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, Switzerland.