

سبک رفتار اقتصادی بیماران قلبی-عروقی در بیمارستان قلب جوادالائمه (ع) مشهد

۱۵۱

مقدمه: هدف مطالعه حاضر بررسی جامعه‌شناختی بار اقتصادی بیماری قلبی و عروقی بر اساس رویکرد تغییر سبک رفتاری در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان قلب جوادالائمه شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بوده است.

روش: روش پژوهش حاضر، پیمایش و از نوع مقطعی بوده است. جامعه آماری این پژوهش، ۲۸۵ نفر از افراد مبتلا به بیماری قلبی و عروقی بالای ۵۰ سال بوده‌اند که به مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب جوادالائمه مشهد مراجعه کرده‌اند. اطلاعات از طریق فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه محقق‌ساخته گردآوری شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و برای اطمینان از پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. برای آنالیز داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS و AMOS همراه با آزمونهای آماری مناسب استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از روابط مثبت و معنی‌دار آماری بین متغیرهای مستقل تحقیق موقعیت اقتصادی اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت با سبک رفتاری و بار اقتصادی بیماران بودند. نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که داده‌های گردآوری‌شده، مدل ساختاری با متغیرهای بیرونی آن «موقعیت اقتصادی اجتماعی»، «شرایط زندگی» و «سرمایه مرتبط با سلامت» را تا حد قابل قبولی تأیید می‌کند. اثرات کل این سه متغیر بر سبک رفتاری برابر ۰/۴۱ محاسبه شد. به عبارت دیگر، ۴۱ درصد از تغییرات سبک رفتاری در میان بیماران قلبی-عروقی به وسیله این سه متغیر قابل تبیین است و ۵۹ درصد واریانس تبیین‌نشده مربوط به متغیرهای خارج از معادله است. همچنین مشخص شد اثر رویکرد تغییر سبک رفتاری بر بار اقتصادی ۰/۴۹ - درصد است.

بحث: نظر به اینکه تغییر سبک رفتاری، موقعیت اقتصادی اجتماعی، سرمایه‌های مرتبط با سلامت و شرایط زندگی فرد تأثیر بسزایی در بیماری قلبی و عروقی دارد. ممکن است بتوان با اصلاح و تغییر سبک رفتاری بیماران گام مؤثری برای پیشگیری و کنترل این بیماری و کاهش هزینه‌ها و بار اقتصادی بیماری برداشت.

۱. مهسا زنجانیان

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران

۲. میثم موسائی

دکتر جامعه‌شناس، گروه برنامه‌ریزی و توسعه دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول)

<mousaaci@ut.ac.ir>

۳. زهرا قاسمی

دکتر جامعه‌شناس، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

واژه‌های کلیدی:



بیماری قلبی و عروقی، سبک رفتاری، بار اقتصادی، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، شرایط زندگی و سرمایه سلامت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

Behavioral Style of Economic Status of Cardiovascular Patients in Javad-Al-Aemeh Heart Hospital of Mashhad



- ▶ **1- Mahsa Zanjanian** 
Ph.D. student in economic sociology and development, Department of Sociology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.
- ▶ **2- Meysam Musaei** 
Ph.D. in Sociology, Department of Planning and Development, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author). <mousaaei@ut.ac.ir>
- ▶ **3- Zahra Ghasemi** 
Ph.D. in Sociology, Department of Sociology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

Keywords: Cardiovascular disease, Behavioral style, Economic burden, Socio-economic status, Living conditions, Health capital

Received: 2021/06/07

Accepted: 2022/07/20

Introduction: This is a sociological study of the economic burden on patients with cardiovascular disease (CVD) based on the behavior change approach in their behavior in Javad Al-Aeme hospital of Mashhad in 2020.

Method: This is a cross-sectional survey conducted on a population of 385 CVD patients of over 50 years of age admitted to the Training, Research and Treatment Center of Javad Al-Aeme hospital of Mashhad. Data were collected through a demographic profile form and a researcher-made questionnaire, the validity and reliability of which were measured using the content validity method and the Cronbach's alpha method, respectively. SPSS and AMOS softwares and appropriate statistical tests were used for the data analysis purpose.

Findings: The results of regression analysis demonstrated a significant positive relationship of the independent variables of the study, i.e. "socio-economic status", "living conditions", and "health-related capital" with patients' behavioral style and economic status. The results of structural equation modeling (SEM) showed that the collected data confirm at an acceptable level the structural model with its extraneous variables, i.e. "socio-economic status", "living conditions" and "health-related capital". The total effects of these three variables on behavioral style were calculated to be 0.41. In other words, 41% of the behavioral style changes among cardiovascular patients can be explained by these three variables and 59% of the unexplained variance related to exogenous variables. It was also found that the effect of the behavior change approach on economic burden was -0.49%.

Discussion: Since the behavioral style change, socio-economic status, health-related capital, and living conditions significantly affect the CVD, effective steps can be taken to prevent and control this disease and reduce its costs and economic burden by modifying and changing the patients' behavioral style.

Citation: Zanjanian M, Mousaei M, Ghasemi Z. (2022) Behavioral Style of Economic Status of Cardiovascular Patients in Javad-Al-Aemeh Heart Hospital of Mashhad. *refahj*; 22 (86) :151-194

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3905-en.html>

 <http://dx.doi.org/10.32598/refahj.22.86.3913.1>



Extended Abstract

Introduction: Heart disease is currently the leading cause of death in most of the regions in the world including Iran. It causes 40 percent of all deaths (Rajabzadeh & et al., 2018). Studies show that social factors such as behavioral style and education on one side and economic factors such as economic capital and income on the other side can play a part in the incidence of chronic cardiovascular diseases. The spread of chronic diseases like heart disease in the society brings about considerable economic and social costs (Javadi & poorjebeli, 2019), and the evidence indicates that the cardiovascular diseases are on the increase problematically. The issue can be addressed from traditional and modern perspectives. The traditional approach considers medical issues in the light of biomedical sketches. It reasons that any biological transformation is the result of its previous biological transformation. However, this approach has been seriously challenged. On the one hand, it should be noted that many biological causes of diseases are greatly affected by social-economic factors, but on the other hand, diseases are multidimensional. Thus, biological explanation of an illness is not sufficient. As a result, social, cultural, economic, and even developmental aspects need to be considered. These factors are of great importance in the modern approach (Armstrong & Tavakoli, 2008). The present study aims to sociologically investigate the economic burden on cardiovascular patients with the aim of a change in behavioral style and its contributory factors before suffering from the disease. The study was conducted in Javad Al-Aeme Heart Hospital in Mashhad.

Methods: It is a descriptive-cross-sectional study. The statistical population included the cardiac patients of Javad Al-Aeme Heart Educational, Medical, and Research Center in Mashhad in 1399. The cardiovascular patients were the case of observation and analysis. This hospital is one of the biggest cardiovascular centers in Asia and Iran providing health care to cardiac patients from all over Iran. Three wards including Male Internal Ward, Female Internal Ward, and the VIP ward were used to collect data. These wards were selected due to the fact that the patients there had a higher level of willingness, consciousness, and ability in contrast to other patients. Besides, the situation was more suitable for conducting interviews and answering to questions than the other wards. The “convenience sampling” method was used to collect the data. The sample size was measured using the Cochran formula, and 385 individuals

were selected as the “sample population”. The data was gathered using a questionnaire consisting of two parts. The first part included patients’ demographic characteristics, such as gender, age, education, underlying diseases, cigarette and alcohol consumption, income, etc. The second part consisted of questions associated with the structure of behavioral styles, health capital, living condition, social-economic conditions, and economic burden. The validity of the questionnaire was confirmed by experts, the supervisor, and the advisor. Its reliability was estimated to be 0.789 percent using Cronbach’s alpha coefficient. The questionnaires were completed by the patients of Javad Al-Aeme Heart Hospital of Mashhad. Before collecting the data, the patients were informed about the content of questions and the purpose of the study. Also, a consent form was prepared and delivered to the patients to declare their willingness to participate in the study. The data were analyzed using SPSS in the first phase and the Structural Equation Modeling technique and AMOS in the second phase.

Findings:

The results of the research hypotheses based on the Structural Equation

Hypothesis	Path Coefficients in model	Path Coefficient	T-statistics	P
1	Economic-Social condition → costs and economic burden of Patients	-0.25	16.68	0.000
2	Living Condition → costs and economic burden of Patients	-0.31	20.33	0.000
3	Economic-Social condition → Health Capital	0.43	20.99	0.000
4	Living Condition → Health Capital	0.41	21.78	0.000
5	Economic-Social condition → Change in Behavioral Style	0.47	21.35	0.000
6	Living Condition → Change in Behavioral Style	0.38	19.40	0.000
7	Health Capital → Change in Behavioral Style	0.34	16.44	0.000
8	Change in Behavioral Style → costs and economic burden of Patients	-0.49	9.07	0.000

As shown in the table above, the number of all the research structures indicated acceptable fitting of the conceptual model. Therefore, the congruence of the conceptual model with the collected data was confirmed. The fitted research model demonstrated the direct effect (factor loading-path coefficients) of the main variables of the research in the table as well.

Discussion: All in all, the results illustrate that the cardiovascular diseases have a direct correlation with behavioral style, economic-social condition, health care, living condition, and as a result with the economic burden of the disease. The findings showed that the participants' lifestyles were not suitable in terms of health care. The average score of the total index of healthy lifestyles of the cardiovascular patients in the range of 1 to 5 was obtained as 2.79, which was below the average. The results are in agreement with the findings of Mohseni-Pooya et al. (2017), Shafiee et al.(2013), Mohammadi-Zeidi et al. (2005), and Rashidi and Bahrami (2015) indicating the undesirable lifestyles of the cardiac patients. It is indicated that the factors of healthy lifestyle and health-promoting behaviors of the participants tended to become unhealthy.

Ethical considerations

Authors' contributions

All authors contributed in producing of the research.

Funding

The present study did not have any sponsors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Following the ethics of research

In this article, all rights relating to references are cited and resources are carefully listed.

مقدمه

بیماریهای قلب و عروق اصلی‌ترین علت مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان هستند. این بیماریها در سال ۲۰۱۵ مسئول ۱۷/۷ میلیون مرگ در سراسر جهان بوده‌اند که ۷/۴ میلیون نفر از این مرگها به دلیل بیماری عروق کرونر قلب بوده است. بر اساس آخرین آمارهای اعلام‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی بیش از ۸۰ درصد بیماریهای قلبی و عروقی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد (سعیدیان و همکاران، ۲۰۱۵). پیش‌بینیها حاکی از این است که بیماریهای قلبی و عروقی تا سال ۲۰۲۰ میلادی علت بیش از ۷۵ درصد مرگ‌ومیرها در سطح جهانی خواهند بود (یوسف و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران ۳۵ درصد از کل مرگها ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی است (محمدی و همکاران، ۲۰۰۲).

عوامل متعددی در ابتلا به بیماریهای قلبی وجود دارند؛ بطوریکه «طبق گزارش انجمن قلب آمریکا (۲۰۱۵) به غیر از عوامل جنسیت، وراثت و سن، شش عامل خطرزای اصلی دیگر برای بیماریهای قلبی وجود دارند که با تغییر شیوه رفتار در زندگی قابل‌تغییر و درمان هستند (موخارجی و کول، ۲۰۱۶). پیشگیری از بیماریها و ارتقا سطح سلامتی مردم همواره موردتوجه سیستم بهداشتی بوده است. شیوه و سبک رفتاری فرد در زندگی رابطه تنگاتنگی با سلامتی فرد دارد به‌طوری‌که سبک رفتاری سالم باعث ارتقا سلامتی فرد می‌شود (قنبری و همکاران، ۲۰۱۵). فرد با انتخاب و تغییر سبک رفتاری خود برای حفظ و ارتقاء سطح سلامتی خود و پیشگیری از بیماریها اقدامات و فعالیتهایی را انجام می‌دهند که این مجموعه سبک رفتاری زندگی را تشکیل می‌دهد.

مهم‌ترین عوامل خطر ایجادکننده بیماریهای قلب و عروق تغذیه نامناسب، کم‌تحركی، مصرف دخانیات، چاقی، فشارخون بالا، دیابت و اختلالات چربی خون هستند که همگی ریشه در الگوی نامناسب زندگی دارند؛ به‌طوری‌که با اصلاح شیوه‌های زندگی و تغییر

رفتارهای پرخطر می‌توان از شیوع این بیماری کاست (حدائق^۱، ۲۰۰۹).

سازمان بهداشت جهانی نیز عنوان کرده است ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامتی یک شخص به رفتار و شیوه سبک زندگی او بستگی دارد. در همین راستا، بر اهمیت ارتقای سلامت که شامل تشویق سبک رفتاری درست در زندگی است تأکید کرده است (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۸).

اثرات بیماریهای قلب و عروق تنها به مرگ‌ومیر و ناتوانی محدود نمی‌شود بلکه اثرات اقتصادی و توسعه‌ای مهمی را موجب می‌شوند (چانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). از یک طرف با افزایش تقاضا برای مراقبتهای درمانی، هزینه‌های سلامت را افزایش می‌دهند و از طرف دیگر باعث کاهش بهره‌وری در محیط‌های کاری به دلیل غیبت از کار یا عملکرد ضعیف کارکنان می‌شوند که در نهایت منجر به رشد اقتصادی پایین و عمیق‌تر شدن فقر و نابرابری می‌شود (لینا^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). هزینه درمانی عروق کرونر قلب در اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۹ حدود ۲۰ میلیارد یورو بوده است و کاهش تولید به دلیل مرگ‌ومیر و ناتوانی مرتبط با آن ۱۸ میلیارد یورو برآورد شده است.

در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۰ هزینه‌های مستقیم درمانی و زیان ناشی از کاهش بهره‌وری به واسطه بیماریهای عروق کرونر قلب، ۱۰۸ میلیارد دلار برآورد شده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ هزینه‌های عروق کرونر در ایالات متحده به ۲۱۸ میلیارد دلار افزایش یابد (هایندریش^۵ و همکاران، ۲۰۱۲).

تبعات اقتصادی، اجتماعی و توسعه‌ای این بیماری برای کشورهای درحال توسعه شدیدتر خواهد بود؛ زیرا بیش از ۷۵ درصد از مرگهای قلبی و عروقی مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است (میکائیل^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به شیوع بالای این بیماری در میان

1. Hadaegh

2. World Health Organization

3. Chang

4. Lena

5. Heidenreich

6. Michael

بزرگسالان ۳۵ تا ۶۴ ساله که در سن بهره‌وری هستند، طبیعی است که در چنین شرایطی این هزینه‌ها برای این کشورها چندین برابر خواهد شد (لطفی و شعبانی، ۲۰۱۳). در طول چند دهه گذشته همراه با تغییرات اقتصادی اجتماعی و گسترش شیوه‌های زندگی ناسالم، عوامل خطر بیماریهای قلب و عروق از جمله مصرف غذاهای ناسالم، بی‌حرکی و کم‌حرکی، استعمال دخانیات، فشارخون بالا، چاقی و دیابت به سرعت افزایش پیدا کرده است. البته به موازات افزایش این عوامل خطر، پیشرفتهای زیادی نیز در مداخلات درمانی مانند جراحی بای پس کرونر قلب، آنژیوپلاستی، مسدودکننده‌های بتا و استاتینها وجود داشته است که توانسته‌اند مرگ‌ومیرهای قلبی و عروقی را در بسیاری از کشورها کاهش دهند (راغفر و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به انبوهی از شواهد مبنی وجود رابطه میان سبک رفتاری و ابتلا به بیماری قلبی و عروقی و بار اقتصادی بیماری، ضرورت تأکید بر تعدیل سبک رفتاری به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری کاملاً برجسته و قابل توجه است. برای مثال ترک سیگار بعد از انفارکتوس میوکارد، خطر حمله قلبی را به نصف و کاهش کلسترول بعد از حمله قلبی، خطر مجدد آن را تا ۳۵ درصد کاهش می‌دهد (سانچز و همکاران، ۲۰۱۶).

جوادی و پورجلی (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی رابطه بین عوامل اجتماعی با وجود عوامل خطرزای ابتلا به بیماریهای عروق کرونر قلبی پرداختند. نتایج حاصله نشان داد که میزان عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر قلب در بین پاسخگویان بالاتر از حد متوسط بوده و شاخصهای سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی پاسخگویان کمتر از متوسط و نیز رابطه معنی‌داری بین سن، الگوی تغذیه، میزان تحصیلات و نمایه توده بدنی با وجود عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر وجود دارد. همچنین نتایج به دست آمده نشان داد بین وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل، محل سکونت، بعد خانوار و جنس با میزان وجود عامل خطرزا تفاوت وجود ندارد.

1. Sanchez-Aguadero

ایسترا^۱ و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که مداخلات تغذیه‌ای ۴۵ درصد، ترک سیگار ۳۵ درصد و افزایش فعالیت فیزیکی ۳۵ درصد باعث مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی می‌شود. بر اساس نتایج این تحقیق، آنها نتیجه گرفتند که با اصلاح و تغییر سبک رفتاری در زندگی بیماران هزینه‌های بیماری نیز کاهش محسوسی می‌یابد. کتسوا^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه به‌منظور برآورد میزان بهره‌وری از دست‌رفته بیمار و هزینه‌های غیرمستقیم به دنبال سندرم حاد عروق کرونر در اروپا به این نتیجه رسیدند که یک بیمار مبتلا به سندرم حاد عروق کرونر حدود ۳۷ تا ۷۹ روز کار خود را از دست می‌دهد و میانگین هزینه غیرمستقیم به‌ازای هر بیمار ۱۳ هزار و ۵۹۳ یورو است. آنها در این مطالعه نشان دادند که زمان از دست‌رفته تولید و هزینه‌های غیرمستقیم به دنبال بیماری قلبی بسیار قابل توجه است و با هزینه‌های مستقیم قابل مقایسه نیست.

سلیمانی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای به بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده بیماران قلبی و عروقی بر اساس سبک رفتاری ارتقادهنده سلامت پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیشترین تأثیر مستقیم مربوط به روابط اجتماعی و کمترین تأثیر مستقیم مربوط به مدیریت استرس است و قوی‌ترین پیشگویی‌کننده سبک رفتاری در بین سازه‌ها مربوط به فعالیت فیزیکی با اثر کلی ۱۴/۳۸ بر اساس الگوی واکر بود.

ساعی و نامور (۲۰۱۶) در پژوهشی به تحلیل جامعه‌شناختی بیماری قلبی و عروقی ناظر بر افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی در شهر بوشهر پرداختند و دریافتند که بین بیماری قلبی و عروقی و ترکیبی از سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (سرمایه‌های فرد) رابطه وجود دارد، به‌طوری‌که هرچه میزان این سرمایه‌ها بیشتر باشد، شدت بیماری نیز کاهش می‌یابد. در پایان گفته شده است که سبک زندگی بهداشتی نیازمند برخورداری شهروندان از هر سه نوع سرمایه در حد مطلوب است.

1. Iestra
2. Kotseva

بیماریهای قلبی در حال حاضر شایعترین علل مرگ را در اکثر نقاط جهان و ایران تشکیل می‌دهند و ۴۰ درصد تمام موارد را شامل می‌شوند. همچنین ۲۵ درصد افراد مبتلا به این بیماری بدون هیچ‌گونه علامت قلبی به‌صورت مرگ ناگهانی یا سکته قلبی حاد از بین می‌روند. همچنین با توجه به مطالعات صورت‌گرفته که عوامل اجتماعی نظیر سبک رفتاری، تحصیلات از یک طرف و عوامل اقتصادی نظیر سرمایه اقتصادی و درآمد از طرف دیگر می‌توانند در ظهور و بروز بیماریهای قلبی عروق کرونر نقش داشته باشند (رجب‌زاده و همکاران، ۲۰۱۸) و از آن‌جا که گسترش بیماریهای مزمنی چون بیماری قلبی در جامعه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی را به بار خواهد آورد، می‌توان گفت که این شواهد نشان می‌دهد که پدیده بیماریهای قلبی و عروقی افزایش پروبلماتیک (مسئله‌سازی) دارد (جوادی و پورجیلی، ۲۰۱۹).

از حیث نظری، می‌توان دو رویکرد سنتی و مدرن را برای تبیین این مسئله به‌کار برد. رویکرد سنتی، مسائل پزشکی را در پرتو انگاره‌های زیست-پزشکی قابل‌بررسی می‌داند. استدلال این رویکرد آن است که هر تحول زیست‌شناسانه، حاصل تحول زیست‌شناسانه ماقبل آن است؛ اما باید توجه کرد که این رویکرد دچار چالش جدی شده است. از یک طرف باید توجه داشت که بسیاری از علل زیست‌شناسانه بیماری، به‌شدت متأثر از عوامل اقتصادی-اجتماعی است و از طرف دیگر، بیماریها چندبعدی هستند و توصیف زیست‌شناسانه، به‌تنهایی کافی نیست و باید به ابعاد دیگری چون ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و حتی توسعه‌ای نیز توجه شود که این عوامل در رویکرد مدرن از اهمیت بالایی برخوردار هستند (آرمسترانگ^۱ و توکلی، ۲۰۰۸).

با این رویکرد به مسئله از یک سو بیماریهای قلبی و عروقی نتایج غیرقابل‌اجتناب زندگی مدرن نیستند و با تغییرات متوسطی در سبک رفتاری زندگی می‌توان خطرات آنها را

1. Armstrong

کم کرد. از سوی دیگر با نگاهی کلان با این سبک رفتاری می‌توان بار هزینه‌های اقتصادی بیماران قلبی و عروقی را کاهش داده و با چشم‌اندازی وسیع از نگاه جامعه‌شناختی اقتصادی و توسعه‌ای به روند توسعه و اقتصاد کشور کمک کرد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف مطالعه جامعه‌شناختی بار اقتصادی بیماران قلبی و عروقی با رویکرد تغییر سبک رفتاری و عوامل مؤثر بر آن، در میان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی پیش از ابتلا به بیماری در بیمارستان قلب جوادالائمه مشهد انجام شده است.

پیشینه پژوهش

راغفر و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که بیماری عروق کرونر قلب بار اقتصادی قابل توجهی را به نظام اقتصادی ایران تحمیل می‌کند. هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های تولید ازدست‌رفته به دلیل مرگ زودرس ۹۳۳ میلیون دلار برآورد شد. بخش اعظم هزینه‌های پزشکی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی و کمترین مقدار این هزینه مربوط به هزینه‌های داروها بود. ابراهیمی، آقاملایی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی، افزایش معنی‌داری را در نمرات گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در تمام حیطه‌های پرسشنامه (مسئولیت‌پذیری فردی سلامتی، فعالیت جسمی، رفتارهای تغذیه‌ای، رشد روحی و معنوی، روابط بین فردی و کنترل استرس) نشان دادند. بنابراین، با توجه به نتایج این مطالعه و از آنجایی که در این روش نیاز به مراجعه حضوری به مراکز بهداشتی و درمانی وجود ندارد و می‌توان جمعیت زیادی را در محدوده جغرافیای گسترده آموزش داد، لذا پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزش سلامت به‌عنوان یک کانال ارتباطی از آن استفاده کرد.

محسنی‌پویا و همکاران (۲۰۱۷) پژوهشی با عنوان بررسی میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی بابل در سال ۱۳۹۵ انجام دادند. بر اساس نتایج، بین خودکارآمدی و متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل،

شاخص توده بدنی، نوع دیابت، ورزش و رژیم غذایی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. رشیدی و بهرامی (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در سالمندی نشان دادند که سالمندان موردبررسی در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه و مدیریت استرس نمره‌های پایین‌تر از میانگین را کسب کردند اما از نظر رشد معنوی و روابط بین فردی نمره بالاتر از میانگین را به دست آوردند. شفیعی‌تبار و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که مداخله آموزشی-روان‌شناختی، به افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های عملکردی آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه منجر می‌شود. آموزشها پس از پیگیری با فاصله زمانی ۳۰ روز نیز پایدار بود. می‌توان نتیجه گرفت مداخله آموزشی روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نقش مؤثری دارد.

علیزاده اقدام (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان داد که سبک غذایی شهروندان برحسب وضعیت تأهل، جنسیت، وضعیت طبقه متفاوت بوده و سن، شاخص حجم بدن، سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی به طرق مختلف بر سبک غذایی تأثیرگذار است. درنهایت استراتژی سلامت‌محوری غالب شهروندان درزمینه سبک غذایی، بیش‌تر بر اساس پرهیز است تا استفاده از غذاهای سالم و در این زمینه عوامل اجتماعی بر انتخاب هرکدام از ابعاد تأثیرگذار است.

عباس‌زاده، علیزاده اقدام، بدری گرگری و ودادهیر (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که خودمراقبتی شهروندان برحسب وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی آنها متفاوت است و با متغیرهایی نظیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، شاخص حجم بدن، جذابیت بدنی، ارزش سلامتی، احساس بی‌قدرتی و مدیریت بدن، رابطه معناداری دارد. همچنین بر اساس یافته‌ها، متغیرهای مانده در مدل رگرسیونی (سرمایه اجتماعی، احساس

بی‌قدرتی، شاخص حجم بدن، ارزش سلامت و جذابیت بدنی) توانسته‌اند ۲۵ درصد از تغییرات مربوط به متغیر خودمراقبتی را تبیین کنند. قاسمی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور به این نتیجه دست یافتند که سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب جنسیت، سن و وضعیت تأهل آنها متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان رابطه معنی‌داری دارد.

محمدی زیدی و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی نشان دادند که شایع‌ترین ریسک فاکتورها در بیماران به ترتیب عبارتند از: کم‌تحركی، مصرف قرصهای ضدبارداری خوراکی، فشارخون بالا، شاخص توده بدن بیش‌تر از ۲۵، مصرف سیگار، سابقه خانوادگی بیماری، اعتیاد و استرس، شایع‌ترین حوادث استرس‌زا بین بیماران احساس فشار کاری، مرگ عضو نزدیک خانواده، نارضایتی شغلی، دلواپسی و اضطراب، تندخویی و تغییر وضع مالی است. در کل از نظر وضعیت سبک زندگی ۹۵.۵ درصد بیماران در معرض خطر متوسط قرار داشتند. کامفیاس و همکاران^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان پایتخت فرهنگی بوردیو در رابطه با انتخاب غذا: مروری سیستماتیک از شاخصهای سرمایه فرهنگی و اثبات تجربی مفهوم به این نتیجه دست یافتند که سرمایه فرهنگی به‌طور بالقوه ممکن است در تبیین نابرابری‌های انتخاب تغذیه نقش مهمی ایفا کند. نتایج نشان داد که افراد دارای تحصیلات بالاتر، معمولاً از سرمایه فرهنگی بالاتری برخوردار هستند. همچنین افراد برخوردار از سرمایه فرهنگی بالاتر، دارای تغذیه سالم‌تری بوده‌اند. از بین ابعاد سرمایه فرهنگی، سطح پایین سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته با انتخاب مواد غذایی ناسالم دارای ارتباط مثبتی بوده است.

1. Kamphuis

کامین^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان نقش سرمایه فرهنگی در تولید سلامت خوب: مطالعه نمره تمایل، نشان دادند که سرمایه فرهنگی دارای اثرات مثبتی روی سلامت است. افراد دارای سرمایه فرهنگی بالا، نسبت به افراد دارای سرمایه فرهنگی پایین، سلامت خوداظهاری بهتری را گزارش کردند. هرکدام از ابعاد سه‌گانه سرمایه فرهنگی اثر مثبتی روی سلامت خوداظهاری در میان قشر زنان داشتند، اما در میان مردان تنها سرمایه فرهنگی کل دارای اثرات قابل توجهی با سلامت خوداظهاری بود.

گاجن^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان سرمایه فرهنگی و استعمال دخانیات در بزرگسالان جوان: استفاده از شاخصهای جدید برای کشف نابرابریهای اجتماعی در رفتار بهداشت نشان دادند که سه شاخص ارزشهای سلامت، تحصیلات و دانش و منابع خانوادگی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای پیامدهای مصرف سیگار بودند. در میان مردان جوان میزان پایین ارزشهای سلامت، تحصیلات و دانش و منابع خانوادگی با خطرات گرایش بیشتر به مصرف سیگار در طول روز ارتباط داشت.

در بررسی پژوهشهای انجام شده در خصوص بیماران قلبی و عروقی، برخی به بررسی رفتار اقتصادی بیماران قلبی و عروقی پرداخته‌اند و در برخی موارد به بررسی سبک و شیوه زندگی آنان پرداخته شده است. در بیشتر آنها نتایج بدین گونه است که بیماری قلبی و عروقی هزینه‌های زیادی برای بیماران و دولت به جا گذاشته است و افرادی که سبک زندگی ناسالمی داشتند، کم‌تر حرکت کردند، دچار استرسهای شدید بودند و شیوه تغذیه‌ای ناسالم داشتند و سیگار و الکل مصرف می‌کردند بیشتر به بیماری قلبی و عروقی مبتلا شده‌اند. در پژوهش حاضر تلفیقی بین رفتار اقتصادی (الگوی مصرفی) و سبک زندگی افراد با ابتلا به بیماری قلبی و عروقی انجام شد. همان‌گونه در پیشینه‌های پژوهشی مشاهده شد این

1. Kamin
2. Gagne

دو مهم با یکدیگر در یک پژوهش سنجیده نشده‌اند.

مبانی نظری

لینک و فلن^۱ در تئوری علل اساسی، بیان کرده‌اند که شرایط اجتماعی علل اصلی و بنیادی بیماریها است. لینک و فلن تئوری علل اساسی را برای تبیین و توضیح اینکه چرا ارتباط بین فاکتورهای اجتماعی مثل پایگاه اقتصادی-اجتماعی و پیامدهای سلامتی در طول زمان پایدار بوده است، توسعه دادند؟ آنها شرایط اجتماعی را به‌عنوان فاکتورهایی که روابط یک شخص را با اشخاص دیگر درگیر می‌کند و این دربرگیرنده هر چیزی است؛ از روابط ابتدایی تا موقعیتهایی که با ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جامعه مرتبط هستند، تعریف می‌کنند. به نظر آنها قدرت اجتماعی فرد باعث می‌شود که او احساس کند کنترل می‌شود و این حس در کنترل بودن نوعی احساس امنیت و بهزیستی را برای وی به ارمغان می‌آورد (لینک و فلان، ۱۹۹۵).

افراد طبقه پایین کمتر قادر به کنترل زندگیشان هستند. آنها به منابع کمی برای رویارویی با استرس دسترسی دارند و در یک چرخه غیرسالم زندگی می‌کنند و با انواع محدودیتها برای اتخاذ یک سبک زندگی سالم مواجه هستند؛ بنابراین زودتر می‌میرند. یکی از متغیرهای بنیانی در تأثیرگذاری بر بیماریها، موقعیت اجتماعی-اقتصادی فرد است. این رابطه در طول قرنها توانسته پایدار بماند و مطالعات گوناگون در طول سالها به ارتباط بین طبقه اجتماعی و سطح سلامتی و در نتیجه طول عمر اشاره می‌کنند (کوکرها^۲، ۲۰۰۷).

از نظر بورديو ساخت طبقاتی افراد و تمایز اجتماعی آنها از نحوه ترکیب سرمایه‌های آنها ناشی می‌شود. به‌طوری‌که منش و عملکرد افراد تحت تأثیر انتخاب و انتخاب هم تحت تأثیر سرمایه آنها است و نوع انتخاب باعث تمایز افراد می‌شود. امروزه مردم با انتخابهای

1. Link and Phelan
2. Cockerham

مصرفی‌شان شناخته می‌شوند و این هویتشان را شکل می‌دهد.

مطابق مدلی که او ارائه کرده است شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش خاص منجر می‌شود. منش دو دسته نظام است: نظامی برای طبقه‌بندی اعمال و نظامی برای ادراکات و شناختها (قریحه‌ها). نتیجه نهایی تعامل این دو نظام سبک زندگی است. سبک زندگی همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌های خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاص هستند. عمده‌ترین میراث اندیشه بوردیو برای جامعه‌شناسی مصرف و تحلیل سبکهای زندگی، تحلیل ترکیب انواع سرمایه برای تبیین الگوهای مصرف، بررسی فرضیه تمایزیافتن طبقات از طریق الگوهای مصرف و مبنای طبقاتی قریح و مصرف فرهنگی است (خواجه‌سروری و طباحی ممقانی، ۲۰۱۳). توزیع این سرمایه‌ها تعیین‌کننده موقعیت طبقاتی عینی فرد در نظام اجتماعی است. به عبارت دیگر ساخت طبقاتی از طریق ترکیب انواع این سرمایه‌ها به وسیله گروهها روشن می‌شود. طبقات بالا بیشترین میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نمادین را دارد. طبقه متوسط مقدار کمتری از این انواع را در اختیار دارد و طبقه پایین کمترین مقدار این ترکیب از منابع را مورد بهره‌برداری قرار می‌دهد. بوردیو نشان می‌دهد، در گذشته روشهای تمایز اجتماعی بر اساس طبقه بوده است، ولی امروزه موضوعات غذایی و تمایزات اجتماعی ناشی از عاداتهای غذایی که تحت‌تأثیر شکلهای گوناگون عضویت گروهی است، آن را تحت‌تأثیر قرار داده است. رهیافت نظری بوردیو به معنای انتخابهای سبک زندگی از این جهت دارای اهمیت آشکاری است که به ما کمک می‌کند بفهمیم چرا تمایزات اجتماعی ساختاری در مراحل اخیر مدرنیته به صورت روزافزون از رهگذر صور فرهنگی بیان می‌شوند (چنی^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). بوردیو در تمایز، بر این نکته تأکید می‌ورزد که هرچه قدر سرمایه کنشگران بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در

موقعیت بالاتری قرار می‌گیرند (گیبینز و ریمر، ۲۰۱۲).

گیدنز سبک زندگی را مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیتهای یک فرد معین در جریان زندگی روزمره خود می‌داند که مستلزم مجموعه‌ای از عاداتها و جهت‌گیریهاست و بر همین اساس از نوعی وحدت برخوردار است. گیدنز انسان را به‌عنوان عامل در شکل‌گیری هویتش مؤثر می‌داند و معتقد است که انسان تحت فشار ساختار اجتماعی، سبک زندگی را بیشتر تقلید می‌کند. لذا گیدنز وضعیتی را انتخاب می‌کند که در آن سبکهای زندگی در بین محدودیتها و فرصتهای ارائه‌شده توسط موقعیت اجتماعی فرد بیان شده است و فرد مجبور به سازگار کردن خود با ساختار انعطاف‌پذیر سبکهای زندگی و خود هویتی‌اش است. این انعطاف‌پذیری در وضعیت تغییر حاصل از انقلاب و رشد اجتماعی، در مرحله بعدی مدرنیته گنجانیده شده است (گیدنز، ۲۰۰۶).

وبر بیش از هر جامعه‌شناس کلاسیک وارد بحثهای سبک زندگی شده است. به نظر وبر سلوک زندگی و فرصتهای زندگی دو مؤلفه اساسی سبک زندگی‌اند. سلوک زندگی به انتخابهایی اشاره دارد که افراد در گزینش سبک زندگی‌شان دارند. وبر فرصتهای زندگی را به‌عنوان مطلق فرصت مورد توجه قرار نمی‌دهد، بلکه آنها را فرصتهایی می‌داند که افراد به دلیل موقعیت اجتماعی‌شان از آنها برخوردار می‌شوند. مهم‌ترین سهم وبر از مفهوم سبک زندگی، تقابل دیالکتیک بین «فرصتها» و «انتخابها» است؛ به‌طوری‌که اگر هر یک از اینها دیگری را از بین ببرد، می‌تواند در نتیجه سبک زندگی مؤثر باشد (خواجه سروری و طباحی ممقانی، ۲۰۱۳).

تحلیل ادبیات نظری موجود بیانگر یافته‌های پیچیده‌ای است. مرور نظریات نشان‌دهنده تحولات نوین در نظریه جامعه‌شناختی و علاقه رو به رشد نسبت به سبکهای رفتاری به‌عنوان

مفهوم کلیدی در تبیین رفتار اجتماعی و اقتصادی بشر است (آبل^۱، ۲۰۰۷). بر پایه این مباحث تئوریک در ابتدا مجموعه قضایا و فرضیات پژوهش مطرح شده، سپس مدل تحقیق نیز ارائه شده است.

H1: هرچه موقعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران قلبی و عروقی بالاتر باشد میزان هزینه و بار اقتصادی آنها کمتر خواهد بود.

H2: هرچه شرایط زندگی بیماران قلبی و عروقی مطلوب تر باشد میزان هزینه و بار اقتصادی آنها کمتر خواهد بود.

H3: بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران قلبی و عروقی و سرمایه مرتبط با سلامت آنان رابطه مستقیم وجود دارد.

H4: بین شرایط زندگی بیماران قلبی و عروقی و سرمایه مرتبط با سلامت آنان رابطه مستقیم وجود دارد.

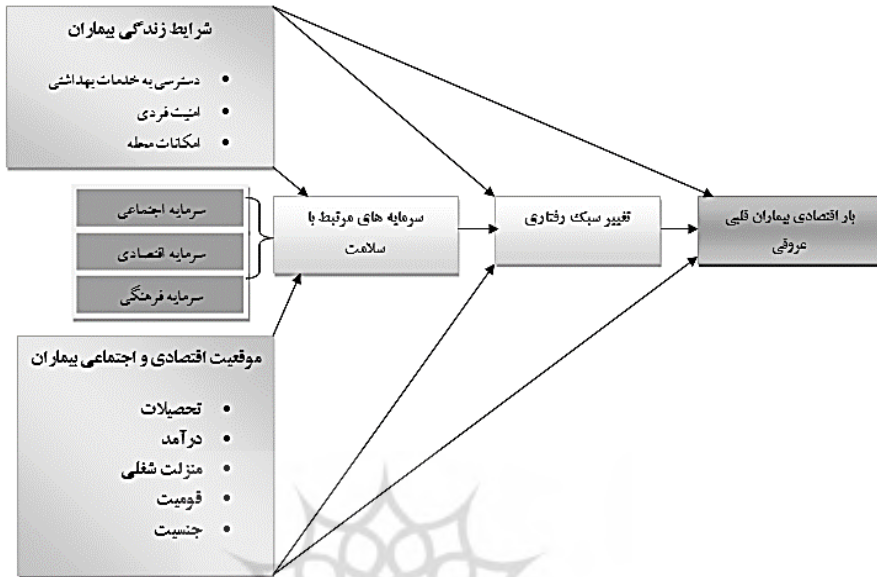
H5: بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و تغییر در سبک رفتاری آنها رابطه مستقیم وجود دارد.

H6: بین شرایط زندگی بیماران قلبی و عروقی و تغییر در سبک رفتاری آنها رابطه مستقیم وجود دارد.

H7: هرچه شرایط زندگی بیماران قلبی و عروقی مطلوب تر باشد میزان بار اقتصادی آنها کمتر خواهد بود.

H8: هرچه شرایط تغییر در سبک رفتاری بیماران قلبی و عروقی مطلوب تر باشد میزان بار اقتصادی آنها کمتر خواهد بود.

1. Abel



شکل (۱) مدل نظری تحقیق

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل آن دسته از بیماران قلبی بستری شده در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب جوادالائمه مشهد در سال ۱۳۹۹ بود. واحد مشاهده و تحلیل در این تحقیق، فرد مبتلا به بیماری قلبی و عروقی بود. این مرکز یکی از بزرگ‌ترین مراکز قلب و عروق در آسیا و ایران به شمار می‌رود و از جمله مهم‌ترین مراکز است که بیماران دارای ناراحتیهای قلبی از اغلب نقاط کشور برای درمان و معالجه بدان مراجعه می‌کنند. پژوهشگر به سه بخش از جمله: بخش داخلی مردان، بخش داخلی زنان، VIP^۱ مراجعه کرده است. انتخاب این سه بخش بدان دلیل صورت

1. Very Important Person

در بخش VIP بیماران به صورت خصوصی و ویژه و گاهی بیمارانی از خارج از کشور در آن بستری می‌شوند.

گرفته است که بیماران بستری شده در این بخشها هنگام مصاحبه و پاسخگویی به سؤالات از میزان تمایل، هوشیاری و توانمندی بالاتری نسبت به بیماران سایر بخشها برخوردار بوده و همچنین شرایط و موقعیت این بخشها برای جمع‌آوری اطلاعات نسبت به بیماران سایر بخشها مناسب‌تر بوده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت «نمونه‌گیری در دسترس» است. محاسبه حجم نمونه پژوهش از طریق فرمول کوکران انجام شد که با توجه به گستردگی و حجم مطالعه، ۳۸۵ نفر به‌عنوان «جمعیت نمونه» انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک بیماران مثل جنس، سن، میزان تحصیلات، سابقه بیماری زمینه‌ای، مصرف سیگار و الکل، درآمد و... و بخش دوم پرسشنامه شامل سؤالات مرتبط با سازه‌های سبک رفتاری در زندگی، سرمایه مرتبط با سلامت، شرایط زندگی، موقعیت اقتصادی اجتماعی و بار اقتصادی. روایی این پرسشنامه توسط کارشناسان و اساتید راهنما و مشاور تأیید شد و پایایی این پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸۹ درصد برآورد شد.

جدول (۱) پایایی مقیاسهای تحقیق

پایایی ترکیبی (PC)	آلفای کل (α)	آلفای هر مقیاس (α)	تعداد گویه	خرده‌مقیاس	مقیاس اصلی
۰/۸۵۲	۰/۸۱۶	۰/۸۷۹	۷	تغذیه	سبک زندگی
		۰/۸۷۶	۷		مدیریت استرس
		۰/۸۰۵	۴		پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات
		۰/۹۱۶	۸		مسئولیت‌پذیری سلامت
۰/۸۱۳	۰/۸۶۸	۰/۸۵۱	۵	سرمایه اقتصادی	سرمایه مرتبط با سلامت
		۰/۸۶۲	۷		سرمایه اجتماعی
		۰/۸۹۲	۵		سرمایه فرهنگی

پایایی ترکیبی (PC)	آلفای کل (α)	آلفای هر مقیاس (α)	تعداد گویه	خرده‌مقیاس	مقیاس اصلی
۰/۸۳۷	۰/۸۲۱	۰/۸۱۵	۶	دسترسی به خدمات پزشکی	شرایط زندگی امنیت فردی امکانات محله
			۰/۸۸۶	۴	
			۰/۷۶۹	۵	
۰/۹۲۷	۰/۷۶۹	۰/۷۶۴	۱	جنسیت	موقعیت اقتصادی اجتماعی قومیت تحصیلات درآمد منزلت شغلی
			۰/۷۵۷	۱	
			۰/۷۷۴	۱	
			۰/۸۴۳	۱	
			۰/۷۰۸	۱	
۰/۸۴۵	۰/۷۵۳	۰/۷۵۱	۹	گسترش برنامه‌های خود-مراقبتی و تغییر رفتاری زندگی سالم	سبک رفتاری غریبالگری
			۰/۷۲۰	۵	
	۰/۷۰۸	۰/۷۰۸	۱۶	هزینه و مخارج	رفتار اقتصادی
	۰/۷۸۹	کل متغیرهای پرسشنامه			

قبل از جمع‌آوری داده‌ها در زمینه سؤالات و محتوای پرسشنامه و هم‌چنین هدف پژوهش به بیمار توضیح داده شد. سپس فرم رضایت‌نامه تدوین و به منظور اعلام رضایت مکتوب به بیمار تحویل داده شد تا رضایت خود را از پژوهش اعلام کند. برای آنالیز داده‌ها در مرحله اول با استفاده از نرم‌افزار SPSS و در مرحله دوم پژوهش از طریق تکنیک مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۸۵ بیمار وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۲۵۰ نفر (۶۴/۹ درصد) مرد و ۱۳۵ نفر (۳۵/۱ درصد) زن بودند. دامنه سنی بیماران بین ۵۶ تا ۶۵ سال و میانگین سن بیماران برابر با $60/83 \pm 5/6$ بود؛ و ۱۷۳ نفر (۴۴/۹ درصد) سابقه بیماری قلبی و ۲۱۲ نفر (۵۵/۱ درصد) عدم سابقه بیماری قلبی در خانواده داشتند. از مجموع ۳۸۵ نفر فرد جمعیت نمونه که مورد بررسی واقع شده‌اند، ۱۴/۲ درصد از آنها، کمتر از یک سال به بیماری قلبی، ۶۶/۲ درصد ۱ الی ۵ سال، ۱۸/۱ درصد ۶ الی ۱۰ سال، ۳/۱ درصد ۱۱ الی ۱۵ سال و ۱/۲ درصد نیز جزو کسانی بوده‌اند که بیشتر از ۱۵ سال به بیماری قلبی مبتلا بوده‌اند. از مجموع ۳۸۵ فرد جمعیت نمونه مورد بررسی، ۱۸/۱ درصد از آنان دارای فشارخون طبیعی، ۵۲/۷ درصد دارای پیش فشارخون، ۲۶/۲ درصد دارای مرحله ۱ فشارخون بالا، ۳/۰ درصد نیز شامل آن دسته از بیمارانی بودند که دارای مرحله ۲ فشارخون بالا بودند.

بنابراین بیشترین فراوانی (۲۰۳ نفر) مربوط به آن دسته از بیمارانی بوده است که از لحاظ فشارخون در مرحله پیش فشارخون به سر می‌برده‌اند. همچنین از مجموع بیماران مورد مطالعه، ۷۳/۷ درصد از آنان در متأهل، ۷/۱ درصد مجرد، ۱۴/۲ درصد بی‌همسر بر اثر فوت همسر و ۳/۶ درصد نیز فاقد همسر بر اثر طلاق بوده‌اند. به‌طور خلاصه ویژگیهای دموگرافیک در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) ویژگیهای دموگرافیک بیماران قلبی و عروقی بیمارستان قلب جوادالائمه مشهد

درصد بیماران (%)	ویژگیهای دموگرافیک	
۷۷/۳	شهر	محل زندگی
۲۲/۷	روستا	

درصد بیماران (%)	ویژگیهای دموگرافیک	
۴۱/۶	زیر دیپلم	تحصیلات
۴/۲	دیپلم	
۲۲/۱	فوق دیپلم	
۴/۲	کارشناسی	
۲۸/۱	کارشناسی ارشد و بالاتر	
۷۳/۷	متاهل	وضعیت تأهل
۷/۰۱	مجرد	
۱۴/۲	بی همسر بر اثر فوت همسر	
۳/۶	بی همسر بر اثر طلاق همسر	
۴۱/۵	شاغل	وضعیت اشتغال
۵/۹	بیکار	
۱۶/۶	بازنشسته	
۳۵/۸	خانه‌دار	
۲/۵	کمتر از ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان	درآمد
۱۲/۷	۱ میلیون الی ۱/۴۹۹/۰۰۰ تومان	
۲۶/۲	۱/۵۰۰/۰۰۰ الی ۱/۹۹۹/۰۰۰ تومان	
۲۷/۵	۲/۰۰۰/۰۰۰ الی ۲/۴۹۹/۰۰۰ تومان	
۹/۸	۲/۵۰۰/۰۰۰ الی ۲/۹۹۹/۰۰۰ تومان	
۱۳/۵	۳/۰۰۰/۰۰۰ الی ۳/۴۹۹/۰۰۰ تومان	
۴/۱	۳/۵۰۰/۰۰۰ الی ۳/۹۹۹/۰۰۰ تومان	
۳/۱	۴/۰۰۰/۰۰۰ تومان و بالاتر	
۴۴/۹	بلی	سابقه بیماری قلبی در خانواده
۵۵/۱	خیر	

درصد بیماران (%)	ویژگیهای دموگرافیک	
۱۴/۲	کمتر از ۱ سال	مدت ابتلا به بیماری قلبی
۶۶/۲	۱ الی ۵ سال	
۱۸/۱	۶ الی ۱۰ سال	
۳/۱	۱۱ الی ۱۵ سال	
۱/۲	بیشتر از ۱۵ سال	
۲۴/۱	مصرف سیگار	مصرف سیگار و الکل
۸۵/۹	عدم مصرف سیگار	
۲۸/۴	مصرف الکل	
۷۱/۶	عدم مصرف الکل	
۱۸/۱	طبیعی	فشارخون
۵۲/۷	پیش فشارخون	
۲۶/۲	مرحله ۱ فشارخون	
۳/۰	مرحله ۲ فشارخون	

در جدول (۳) داده‌های مربوط به هریک از ابعاد تحقیق خلاصه شده است. بیشترین امتیاز در سازه سبک رفتاری مربوط به مسئولیت‌پذیری و روابط فردی سلامت $21/5 \pm 4/8$ و کمترین آن در حیطه مدیریت استرس $2/9 \pm 17/0$ بود. در بین ابعاد سرمایه مرتبط با سلامت، سرمایه اجتماعی با امتیاز $4/4 \pm 35/7$ بیشترین امتیاز و در بین ابعاد شرایط زندگی، دسترسی به خدمات پزشکی با امتیاز $2/6 \pm 17/2$ بود.

جدول (۳) ضرایب رگرسیونی موقعیت اقتصادی اجتماعی بر سبک رفتاری و ابعاد آن

متغیر وابسته	متغیر مستقل	B	Beta	P	R	R ²
تغذیه	موقعیت اقتصادی اجتماعی	۰/۱۴۴	۰/۱۶۸	۰/۰۰۰	۰/۱۶۸	۰/۰۲۸
	مقدار ثابت	۲۷/۶۰۵	-	۰/۰۰۰		

R^2	R	P	Beta	B	متغیر مستقل	متغیر وابسته
۰/۱۰۴	۰/۳۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۲۳	۰/۲۳۶	موقعیت اقتصادی اجتماعی	مدیریت استرس
		۰/۰۰۰	-	۱۴/۴۱۶	مقدار ثابت	
۰/۰۰۲	۰/۰۴۲	۰/۰۳۹	۰/۰۴۲	۰/۰۲۷	موقعیت اقتصادی اجتماعی	پرهیز از مصرف دخانیات
		۰/۰۰۰	-	۲۰/۹۳۱	مقدار ثابت	
۰/۲۶۶	۰/۵۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶	۰/۵۶۷	موقعیت اقتصادی اجتماعی	ورزش و فعالیت بدنی
		۰/۰۰۰	-	۰/۷۵۳	مقدار ثابت	
۰/۳۸۱	۰/۶۱۷	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷	۰/۷۵۶	موقعیت اقتصادی اجتماعی	مسئولیت‌پذیری سلامت
		۰/۰۰۰	-	۱۳/۱۴۶	مقدار ثابت	
۰/۳۳۸	۰/۵۸۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۱	۰/۶۶۳	موقعیت اقتصادی اجتماعی	سبک رفتاری
		۰/۰۰۰	-	۱۲/۸۱۰	مقدار ثابت	

اطلاعات جدول (۳) ضرایب رگرسیونی موقعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران و ضریب همبستگی بین موقعیت اقتصادی اجتماعی و سبک رفتاری و ابعاد آن را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و سبک رفتاری برابر ($R=0/581$) به دست آمد که در سطح $P<0/01$ معنادار است. رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچقدر بیماران قلبی و عروقی به پایگاه طبقاتی بالاتری تعلق داشته باشند باعث افزایش الگوهای زندگی سالم‌تر خواهد شد.

ضریب تعیین تقریباً برابر با ($R^2=0/338$) بود. به بیان دیگر حدود ۳۴ درصد از تغییرات سبک رفتاری در میان بیماران بر اساس موقعیت اقتصادی اجتماعی آنها قابل تبیین است. همچنین با توجه به معادله رگرسیونی فوق می‌توان گفت به ازای یک واحد افزایش در موقعیت اقتصادی اجتماعی، $0/581$ واحد افزایش در سبک رفتاری سلامت بیماران به وجود می‌آید.

جدول (۴) ضرایب رگرسیونی سرمایه مرتبط با سلامت و ابعاد آن بر سبک رفتاری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	B	Beta	P	R	R ²
سبک رفتاری	سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت	۰/۷۷۲	۰/۶۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۷۷	۰/۴۵۸
	مقدار ثابت	۹/۰۵	-	/۰۰۰		
	سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت	۰/۵۵۲	۰/۶۱۲	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲	۰/۳۷۴
	مقدار ثابت	۱/۲۷۲	-	۰/۰۰۰		
	سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت	۰/۴۴۶	۰/۶۷۴	۰/۰۰۰	۰/۴۵۴	۰/۴۵۴
	مقدار ثابت	۵/۲۳۱	-	۰/۰۰۰		
	سرمایه مرتبط با سلامت	۰/۰۴۷	۰/۷۴۱	۰/۰۰۰	۰/۷۴۱	۰/۵۴۹
	مقدار ثابت	۰/۴۴۷	-	۰/۰۰۰		

اطلاعات جدول (۴) ضرایب رگرسیونی و ضریب همبستگی شاخص کل سرمایه مرتبط با سلامت و سبک رفتاری بیماران را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی بین شاخص کل سرمایه مرتبط با سلامت و سبک رفتاری برابر $(R=0/741)$ به دست آمد که در سطح $P < 0/01$ معنادار است. رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی دسترسی بیشتری به سرمایه‌های مرتبط با سلامت داشته باشند، سبک رفتاری آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. ضریب تعیین تقریباً برابر با $(R^2 = 0/549)$ بود. به بیان دیگر حدود ۵۴ درصد از تغییرات سبک رفتاری سالم در میان بیماران بر اساس میزان دسترسی آنها به سرمایه مرتبط با سلامت قابل تبیین است. همچنین با توجه به معادله رگرسیونی فوق می‌توان گفت به ازای یک واحد افزایش در سرمایه مرتبط با سلامت، $0/741$ واحد افزایش در تغییر در سبک رفتاری سالم بیماران به وجود می‌آید.

جدول ۵. ضرایب رگرسیونی تغییر سبک رفتاری بیماران بر هزینه و بار اقتصادی

R^2	R	P	$Beta$	B	متغیر مستقل	متغیر وابسته
۰/۱۴۰	۰/۳۷۵	۰/۰۰۰	-۰/۳۷۵	۰/۵۲۵	سبک رفتاری	هزینه و بار اقتصادی
		۰/۰۰۰	-	۲۳/۴۰۵	مقدار ثابت	

اطلاعات جدول (۵) ضرایب رگرسیونی تغییر سبک رفتاری بیماران و ضریب همبستگی بین تغییر سبک رفتاری بیماران بر هزینه و بار اقتصادی و توسعه اقتصادی نشان می‌دهد. ضریب همبستگی بین تغییر سبک رفتاری و هزینه و بار اقتصادی برابر $(R = -0.375)$ به دست آمد که در سطح $P < 0.01$ معنادار است. رقم منفی بیانگر وجود رابطه معکوس میان این دو متغیر است. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی سبک رفتاری سالم و الگوی مشخصی در زندگی داشته باشند به مراتب از هزینه و بار اقتصادی کمتری خواهند داشت. ضریب تعیین تقریباً برابر با $(R^2 = 0.140)$ بود. به بیان دیگر حدود ۱۴ درصد از تغییرات هزینه و بار اقتصادی در میان بیماران بر اساس تغییر در سبک رفتاری سالم آنها در زندگی قابل تبیین است. همچنین با توجه به معادله رگرسیونی فوق می‌توان گفت به ازای یک واحد افزایش در سبک رفتاری سالم، ۰/۳۷۵ واحد کاهش در هزینه و بار اقتصادی بیماران به وجود می‌آید.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول (۶) ضرایب رگرسیونی شرایط زندگی و ابعاد آن با سبک زندگی

R^2	R	P	$Beta$	B	متغیر مستقل	متغیر وابسته
۰/۱۶۸	۰/۴۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱۰	۰/۴۱۹	دسترسی به خدمات پزشکی	سبک زندگی
		/۰۰۰	-	۵/۱۷۲	مقدار ثابت	
۰/۱۶۷	۰/۴۰۹	۰/۰۰۰	۰/۴۰۹	۰/۴۵۷	امنیت فردی	
		۰/۰۰۰	-	۱۰/۰۹۸	مقدار ثابت	
۰/۲۹۲	۰/۵۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰	۰/۵۴۵	امکانات محله	
		۰/۰۰۰	-	۱۳/۷۸۲	مقدار ثابت	
۰/۳۵۴	۰/۵۹۵	۰/۰۰۰	۰/۵۹۵	۰/۷۵۴	شرایط زندگی	
		۰/۰۰۰	-	۱۰/۰۹۸	مقدار ثابت	

اطلاعات جدول (۶) ضرایب رگرسیونی و ضریب همبستگی شاخص کل شرایط زندگی و سبک زندگی بیماران را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی بین شاخص کل شرایط زندگی و سبک زندگی برابر ($R=0/595$) به دست آمد که در سطح $P<0/01$ معنادار است. رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی شرایط زندگی مطلوب‌تری داشته باشند، سبک زندگی آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. ضریب تعیین تقریباً برابر با ($R^2=0/354$) بود. به بیان دیگر حدود ۳۵ درصد از تغییرات سبک زندگی در میان بیماران بر اساس شرایط زندگی مطلوب قابل تبیین است. همچنین با توجه به معادله رگرسیونی فوق می‌توان گفت به ازای یک واحد افزایش در شرایط زندگی مطلوب، $0/595$ واحد افزایش در تغییر در سبک زندگی بیماران به وجود می‌آید.

آزمون مدل ساختاری تحقیق

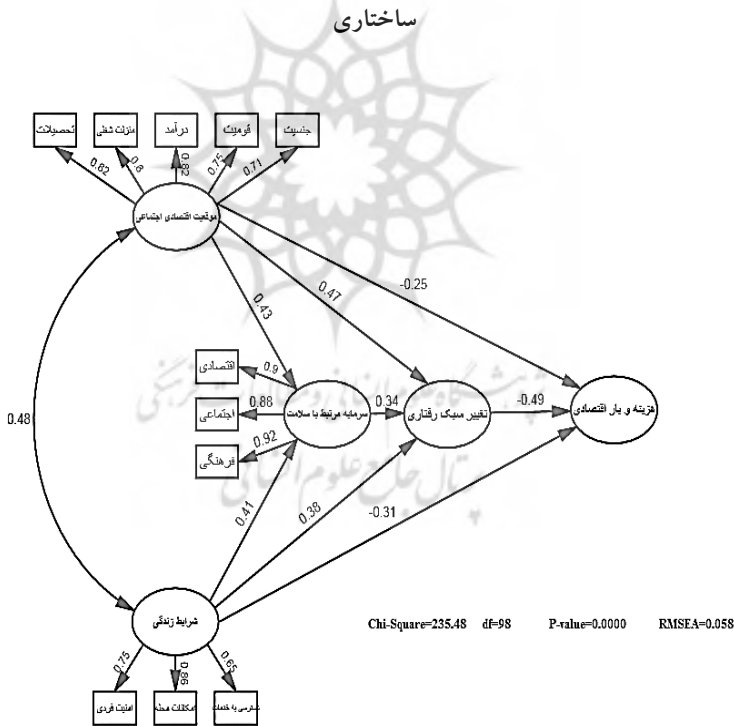
مقادیر به دست آمده برای شاخصهای نیکویی برازش در جدول (۷) نشان می‌دهد مدل از کیفیت خوبی برخوردار است و دارای برازش مناسب است.

جدول (۷) شاخصهای برازش مدل

IFI	NNFI	NFI	CFI	GFI	RMSEA	SRMR	X2/DF	شاخص برازندگی
> ۰.۹	> ۰.۹	> ۰.۹	> ۰.۹	> ۰.۸	< ۰.۰۸	< ۰.۰۵	< ۳	مقادیر قابل قبول
۰/۹۹	۰/۹۲	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۰۵۱	۰/۰۵۸	۲/۴۰	مقادیر محاسبه شده

پس از آزمون مدل‌های اندازه‌گیری اکنون لازم است تا مدل ساختاری که نشان‌دهنده ارتباط بین متغیرهای مکنون تحقیق است، ارائه شود. با استفاده از مدل ساختاری می‌توان به بررسی فرضیه‌های تحقیق پرداخت. مدل ساختاری تحقیق با نرم‌افزار آموس نسخه ۲۴ آزمون شده است (شکل ۱).

شکل (۱) مدل تدوین شده پژوهش و برآورد پارامترهای تعریف‌شده در مدل‌های اندازه‌گیری و



جدول (۸) نتایج فرضیات تحقیق بر اساس معادلات ساختاری

نتایج حاصل از تحلیل معادلات ساختاری				
P	T	ضریب مسیر	ضرایب مسیر در مدل	فرضیه
۰/۰۰۰	۱۶/۶۸	-۰/۲۵	موقعیت اقتصادی اجتماعی ← هزینه و بار اقتصادی بیماران	۱
۰/۰۰۰	۲۰/۳۳	-۰/۳۱	شرایط زندگی ← هزینه و بار اقتصادی بیماران	۲
۰/۰۰۰	۲۰/۹۹	۰/۴۳	موقعیت اقتصادی اجتماعی ← سرمایه مرتبط با سلامت	۳
۰/۰۰۰	۲۱/۷۸	۰/۴۱	شرایط زندگی ← سرمایه مرتبط با سلامت	۴
۰/۰۰۰	۲۱/۳۵	۰/۴۷	موقعیت اقتصادی اجتماعی ← تغییر سبک رفتاری	۵
۰/۰۰۰	۱۹/۴۰	۰/۳۸	شرایط زندگی ← تغییر سبک رفتاری	۶
۰/۰۰۰	۱۶/۴۴	۰/۳۴	سرمایه مرتبط با سلامت ← تغییر سبک رفتاری	۷
۰/۰۰۰	۹/۰۷	-۰/۴۹	تغییر سبک رفتاری ← هزینه و بار اقتصادی	۸

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، مقادیر تمامی سازه‌های تحقیق نشان‌دهنده برازش مناسب و قابل قبول مدل مفهومی تحقیق است. بنابراین، همخوانی مدل مفهومی با داده‌های گردآوری شده مورد تأیید واقع می‌شود. همچنین، مدل برازش یافته تحقیق میزان تأثیر مستقیم (بار عاملی-ضرایب مسیر) متغیرهای اصلی تحقیق را در جدول ۹ نشان می‌دهد.

بحث

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که بیماری‌های قلبی و عروقی ارتباط تنگاتنگی با سبک رفتاری، موقعیت اقتصادی اجتماعی، سرمایه‌های مرتبط با سلامت و شرایط زندگی فرد و در نتیجه با بار اقتصادی بیماری دارد. نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش در مورد چگونگی سبک زندگی مطالعه‌شوندگان، این مطالعه نشان داد که وضعیت سبک زندگی بیماران از نقطه نظر سلامت محوری به‌طور کلی در سطح مطلوبی گزارش نشده است. میانگین نمرات شاخص کل سبک زندگی سالم، بیماران قلبی و عروقی مورد مطالعه در دامنه ۱ تا ۵ برابر با ۲/۷۹ به دست آمد که این رقم پایین‌تر از حد متوسط بوده است. این نتایج با یافته‌های

محسنی پویا، نقیبی و محمدی (۲۰۱۷)، شفیعی، خداپناهی و حیدری (۲۰۱۳)، محمدی زیدی، حیدرینیا و حاجی‌زاده (۲۰۰۵) و رشیدی و بهرامی (۲۰۱۵) مبنی بر عدم مطلوبیت سبک زندگی در میان بیماران قلبی، مطابقت داشت.

این امر بیانگر این است که مؤلفه‌های زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء بخش سلامت در میان مطالعه شونده‌گان سالم و پیشگیرانه بیشتر در جهت رفتارهای عادی و ناسالم بوده است. میانگین نمره بُعد تغذیه در میان آزمودنیها نشان داد که موقعیت جامعه آماری در بُعد تغذیه پایین‌تر از حد متوسط است. این نتایج، با یافته‌های محسنی پویا، نقیبی و محمدی (۲۰۱۷)، شفیعی، خداپناهی و حیدری (۲۰۱۳) هم‌راستا بود. این یافته‌ها بر این امر دلالت دارند که اغلب بیماران دارای رژیم غذایی پرچرب، کم‌فیبر و همراه با مصرف شیرینی‌جات و نمک بالا بوده‌اند؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد سبک غذایی اکثر مطالعه‌شونده‌گان برای تغذیه ناسالم بوده است تا تغذیه سالم.

میانگین نمره بُعد مدیریت استرس در میان آزمودنیها بیانگر این است که موقعیت جامعه آماری در بُعد مدیریت استرس پایین‌تر از حد متوسط است. این یافته با یافته‌های رشیدی و بهرامی (۲۰۱۵) هم‌راستا بود. این یافته‌ها حاکی از این است که اغلب بیماران در مواجهه با موقعیتهای تنش‌زا و استرس آفرین و کنترل این موقعیتهای در طول زندگی از مهارتهای کافی و متناسب برخوردار بوده‌اند. میانگین نمره بُعد پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی در میان آزمودنیها ۲۱/۲ بود. رقم میانگین آزمودنیها بیانگر این است که موقعیت جامعه آماری در بُعد پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی بالاتر از حد متوسط است.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات علیزاده اقدم (۲۰۱۲)، محسنی پویا، نقیبی و محمدی (۲۰۱۷) مطابقت داشت. این امر به معنای این است که بیماران قلبی و عروقی مطالعه‌شونده خلاف انتظار در طول زندگی گرایش‌های کمتری به مصرف سیگار و مشروبات الکلی داشته و مصرف این‌گونه مواد به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطرزا بیماریهای قلبی و

عروقی در میان آنها در سطح پایینی بوده است. میانگین نمره بُعد مسئولیت‌پذیری سلامت در میان آزمودنیها بیانگر این است که موقعیت جامعه آماری در بُعد مسئولیت‌پذیری سلامت پایین‌تر از حد متوسط است. این نتایج مؤید یافته‌های مطالعات محسنی‌بویا، نقیبی و محمدی (۲۰۱۷)، ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) و رشیدی و بهرامی (۲۰۱۵) بود. بر این اساس می‌توان استدلال کرد که اغلب بیماران تحت مطالعه در طول زندگی حس مسئولیت‌پذیری فعالانه کمتری نسبت به سلامت و تندرستی خود داشته‌اند و رفتارهای پیشگیرانه به‌منظور حفظ و ارتقای سلامتی در میان آنها متداول نبوده است.

در شاخص «سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت» رقم میانگین آزمودنیها بیانگر آن است که موقعیت جامعه آماری در این بعد در سطح متوسط است. این به معنای این است که میزان صرف پول برای امورات سلامت (بیمه، خرید کالاهای سالم و بهداشتی و ...) در میان بیماران قلبی و عروقی مورد مطالعه در حد متوسطی بوده است. در شاخص «سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت» رقم میانگین آزمودنیها بیانگر آن است که موقعیت جامعه آماری در این بعد در سطح بالاتر از سطح متوسط است.

در شاخص «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» رقم میانگین آزمودنیها بیانگر آن است که موقعیت جامعه آماری در این بعد در سطح پایین‌تر از سطح متوسط است. این یافته‌ها مؤید نتایج مطالعات عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۲)، علیزاده‌اقدم (۲۰۱۲) و قاسمی و همکاران (۲۰۰۸) بود، مبنی بر اینکه میزان بهره‌مندی افراد از سرمایه‌های فرهنگی اقتصادی در جامعه ایران نسبت به سرمایه‌های پایین‌تر است. این نتایج، همچنین با مفروضات نظری بوردیو^۱ (۱۹۸۶) و آبل مطابقت کامل دارد. از آنجایی که دسترسی به انواع مختلف سرمایه و قابلیت حصول آنها توسط افراد به شکل یکسانی میسر نیست و برخورداری از سرمایه فرهنگی به دلیل ماهیت پیچیده آن نسبت به سایر انواع سرمایه، نیازمند صرف زمان و هزینه بالاتری

1. Bourdieu

است (بورديو، ۱۹۸۶)، می‌توان استدلال کرد که ارزشها و هنجارهای مرتبط با سلامت، به‌مثابه منابع فرهنگی سلامت، مسائلی نیستند که سریعاً متحول شوند؛ بلکه به‌زعم نگارنده این امور به‌شدت متأثر از فلسفه سیاسی، فرهنگ حاکم بر جامعه و تجربیات گوناگون نسلهای مختلف در طول سالیان متمادی هستند. بنابراین، کسب این منابع توسط افراد دارای فرایندی طولانی مدت خواهد بود.

نحوه توزیع امکانات، وضعیت رفاهی محلات و میزان بهره‌مندی از منابع و ... از جمله عوامل مهم و اثرگذار در اتخاذ سبکهای زندگی سالم هستند که می‌توانند اثرات تعیین‌کننده‌ای بر سلامت افراد در جامعه داشته باشند. برای بررسی وضعیت شرایط زندگی بیماران از سه شاخص «دسترسی به خدمات پزشکی»، «امنیت فردی»، «امکانات محله» استفاده شده است. برای «دسترسی به خدمات پزشکی» رقم میانگین آزمودنیها ۱۷/۲ بود که بیانگر آن است که موقعیت جامعه آماری در این بعد پایین‌تر از سطح متوسط است. این به معنای این است که میزان دسترسی بیماران به خدمات و امکانات پزشکی در طول زندگی در میان بیماران قلبی و عروقی مورد مطالعه در حد پایین‌تر از سطح متوسط بوده است.

در شاخص «امنیت فردی» رقم میانگین آزمودنیها بیانگر آن است که موقعیت جامعه آماری در این بعد پایین‌تر از سطح متوسط است. این به معنای این است که میزان دسترسی بیماران به خدمات و امکانات پزشکی در طول زندگی در میان بیماران قلبی و عروقی مورد مطالعه در حد بالاتر از سطح متوسط بوده است. در شاخص «امکانات محله» رقم میانگین آزمودنیها بیانگر آن است که موقعیت جامعه آماری در این بعد پایین‌تر از سطح متوسط است. این به معنای این است که میزان دسترسی بیماران به امکانات محله در طول زندگی در میان بیماران قلبی و عروقی مورد مطالعه در حد پایین‌تر از سطح متوسط بوده است. در این زمینه می‌توان استدلال کرد که اغلب بیماران در محل زندگی خود از کمبود امکانات و زیرساختهای اساسی همچون دسترسی به امکانات رفاهی و میزان دسترسی به

خدمات بهداشتی و درمانی و امکانات پزشکی در حد پایین بوده است؛ و در نهایت، بیماران قلبی و عروقی مورد بررسی در طول زندگی از احساس امنیت فردی و پایینی برخوردار بوده و نگرانی آنها از نبود امنیت در زندگی شخصی خود (ترس از وجود جرائم و اعمال خشن، سرقت، دزدی و ...) در حد بالایی بوده است.

این یافته‌ها مؤید نتایج مطالعات عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۲) و قاسمی و همکاران (۲۰۰۸) بود. در ادامه نتایج تحلیل آماری ضرایب رگرسیونی موقعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران و ضریب همبستگی بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و تغذیه بر سبک رفتاری و ابعاد نشان داد که رابطه بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و تغذیه مثبت و از لحاظ آماری معنادار است. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی به پایگاه طبقاتی بالاتری تعلق داشته باشند به مراتب از رژیم غذایی سالم‌تری بهره‌مند خواهند بود.

این نتایج با یافته‌های مطالعات علیزاده‌ا قدم (۲۰۱۲)، قاسمی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد. ارتباط مستقیم و مثبت بین ضریب همبستگی بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و شاخص کل سبک رفتاری مشاهده شد؛ یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی به پایگاه طبقاتی بالاتری تعلق داشته باشند باعث افزایش الگوهای زندگی سالم‌تر خواهد شد. از جمله نتایج دیگر پژوهش حاضر، اثرات تعیین‌کننده سرمایه مرتبط با سلامت و ابعاد آن بر سبک رفتاری بود. رابطه بین سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت و سبک رفتاری مثبت و از نظر آماری معنادار بود؛ یعنی هرچه قدر پول و هزینه بیشتری صرف سلامت خود کنند، سبک رفتاری آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. این نتایج مؤید دیدگاه نظری بوردیو (۱۹۸۶) و آبل (۲۰۰۸) است. می‌توان استدلال کرد که سرمایه اقتصادی و به‌ویژه سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت قابلیت فراهم کردن گزینه‌های متعددی را برای بیماران قلبی و عروقی دارند.

عده‌ای زیادی از این گزینه‌ها می‌توانند به سلامت بیماران قلبی و عروقی ربط پیدا کنند. صرف هزینه برای خدمات پزشکی یا طرح‌های بیمه‌ای، خرید وسایل و مواد غذایی با کیفیت و... می‌توانند

باعث ارتقا سلامت شوند. وجود سرمایه اقتصادی برای شرکت در فعالیتهایی همچون برنامه‌های ورزشی باشگاهی که مشوق انتخابهای سالم هستند، ضروری است. براین اساس، هر چه قدر سرمایه‌گذاری بیماران قلبی و عروقی در امورات مرتبط با سلامت در طول زندگی بیشتر باشد، به همان اندازه می‌توان انتظار داشت که شیوه‌های زندگی سالم‌تری در پیش گیرند.

نتایج مطالعه حاضر بین سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت و سبک رفتاری، مثبت و معنادار بود؛ یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی از روابط اجتماعی و حمایتی بیشتری برخوردار باشند، سبک رفتاری آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. این به معنای این است که روابط بین شبکه ممکن است اطلاعات بهداشتی و سلامت را فراهم کند که برای کنترل و پیشگیری بیماریها بسیار مهم و حیاتی است. بنابراین سطح دسترسی بیماران قلبی و عروقی به روابط اجتماعی و شبکه دوستان به همراه محیط‌های حامی و پشتیبانی‌کننده سلامتی، سرمایه‌های عظیم انسانی در اختیار فرد می‌نهد که یکی از مهم‌ترین دستاوردهای آن می‌تواند ترویج هنجارهای و کنشهای سالم باشد.

نتایج مطالعه ارتباط بین سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و سبک رفتاری مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم و معنادار است؛ یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی از سرمایه فرهنگی و حمایتی بیشتری برخوردار باشند، سبک رفتاری آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. نتایج مطالعات کامفیاس و همکاران (۲۰۱۵) و کامین و همکاران (۲۰۱۳) گاجن و همکاران (۲۰۱۵) و عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۲) بیانگر رابطه مثبت بین و معناداری بین ابعاد مختلف سرمایه فرهنگی با مؤلفه‌های سبک رفتاری بودند. طبق نظر رابل می‌توان استدلال کرد هراندازه بیماران قلبی و عروقی به منابع فرهنگی (عینی، ذهنی و نهادی) مرتبط با سلامت بیشتری دسترسی داشته باشند، به همان اندازه می‌توان انتظار داشت که سبکهای رفتاری سالم‌تری داشته باشند. درنهایت رابطه بین شاخص کل سرمایه مرتبط به سلامت و سبک رفتاری مثبت و معنادار بود. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی دسترسی بیشتری به سرمایه‌های مرتبط

با سلامت داشته باشند، سبک رفتاری آنها نیز سالم‌تر خواهد بود.

این نتایج به‌طور کامل تأییدکننده مبانی نظری پژوهش هستند. دسترسی به منابع سرمایه‌ای باعث تقویت سبک رفتاری سالم می‌شود. سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت فراهم‌کننده ارزشها، دانش، هنجارهای رفتاری و به‌طور کلی منابع غیرعادی مبتنی بر فرهنگی است که به تولید الگوهای زندگی سالم می‌انجامد.

سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت در قالب پول و منابع مالی برای پیشگیری از ابتلا به بیماری، طرحهای بیمه‌ای تهیه مواد غذایی سالم و با کیفیت و... زمینه‌های ارتقای سلامت فرد را مهیا می‌کند. در نهایت سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت نیز از طریق دسترسی به نظامهای پشتیبانی و حمایت‌های جمعی، مزایایی را برای بیماران قلبی و عروقی فراهم می‌کند که ممکن است در کنار سایر منابع، برای مسائل مربوط به سلامت شخصی و اقدام سلامت جمعی مفید باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تغییر سبک رفتاری و هزینه و بار اقتصادی معنادار است. رقم منفی بیانگر وجود رابطه معکوس میان این دو متغیر است. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی سبک رفتاری سالم و الگوی مشخصی در زندگی داشته باشند به مراتب از هزینه و بار اقتصادی کمتری خواهند داشت. این نتایج با یافته‌های مطالعات علیزاده‌ا قدم (۲۰۱۲) و قاسمی و همکاران (۲۰۰۸) مطابقت دارد. همچنین ارتباط بین تغییر سبک رفتاری و توسعه اقتصادی معنادار و رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. ارتباط بین دسترسی به خدمات پزشکی و سبک زندگی معنادار بود و رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچه قدر بیماران قلبی و عروقی دسترسی بیشتری به خدمات و امکانات پزشکی داشته باشند، سبک زندگی آنها نیز سالم‌تر خواهد بود.

ارتباط بین امنیت فردی و سبک زندگی معنادار بود و رقم مثبت بیانگر وجود رابطه

مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچقدر بیماران قلبی و عروقی از احساس امنیت فردی بالایی برخوردار باشند، سبک زندگی آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. ارتباط بین امکانات محله و سبک زندگی معنادار بود و رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچقدر بیماران قلبی و عروقی در محله زندگی خود از امکانات مناسب‌تری بهره‌مند باشند، سبک رفتاری آنها نیز سالم‌تر خواهد بود؛ و در نهایت شاخص کل شرایط زندگی و سبک زندگی بیماران معنادار بود و رقم مثبت بیانگر وجود رابطه مستقیم میان این دو متغیر است. یعنی هرچقدر بیماران قلبی و عروقی شرایط زندگی مطلوب‌تری داشته باشند، سبک زندگی آنها نیز سالم‌تر خواهد بود. این نتایج با یافته‌های مطالعه علیزاده‌ا قدم (۲۰۱۲)، مطابقت دارد. در تبیین آن می‌توان استدلال کرد که دسترسی به خدمات درمانی و پزشکی مناسب، زندگی در محلات امن به همراه دسترسی به منابع و امکانات مناسب و داشتن مسکن مناسب و استاندارد، بسترهای مناسبی را برای عاملان اجتماعی فراهم می‌کند که منجر به کنشها و رفتارهای مثبت در ارتباط با سلامت بیماران قلبی و عروقی می‌شوند؛ درحالی‌که زندگی در شرایط نامناسب، محیط‌های کثیف و آلوده به همراه محرومیت از منابع مادی شانسهای زندگی کمتری در اختیار فرد می‌نهند که پیامد آن اثرات منفی بر سبک زندگی خواهد بود.

این پژوهش به‌عنوان پژوهشی بین‌رشته‌ای درصدد تحلیل و تبیین یک زندگی سالم برای رشد و توسعه اقتصادی (کم‌کردن هزینه و بار اقتصادی بیماری) جامعه خاصی از بیماران مزمن بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی بود. رویکرد غالب پژوهش در این مطالعه، مبتنی بر رویکرد جامعه‌شناختی بود که هدف از آن تحلیل و تبیین علل اجتماعی دوربرد، در شکل‌دهی الگوهای جمعی حاکم بر سبک‌های زندگی سالم با ناسالم میان مطالعه‌شوندگان بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماری قلبی و عروقی محدود به قشر خاصی نیست، بلکه طیف گسترده‌ای از افراد را شامل می‌شود که در طبقات گوناگون و لایه‌های مختلف اجتماعی پراکنده‌اند. افراد مبتلا به این بیماری به لحاظ ویژگی‌هایی همچون جنسیت، قومیت،

تحصیلات، منزلت شغلی، سطوح درآمد، محل سکونت و... دارای تنوع گسترده‌ای هستند. همچنین مرور مطالعات پژوهشگر بر ادبیات نظری و تجربی نمایان کرد که مفهوم سبک زندگی و تغییر رویکرد سبک رفتاری، یکی از مفاهیم کلیدی در تبیین مسائل حوزه سلامت است. این مفاهیم در تحلیل بیماریهای مزمن، به‌ویژه بیماریهای قلبی و عروقی کاربرد فراوانی دارد.

در این پژوهش، سبک زندگی و سبک رفتاری تلفیقی از عاملیت و ساختار در نظر گرفته شد و متغیرهایی همچون جنسیت، قومیت، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت به‌عنوان محدوده‌های ساختاری تلقی شده‌اند که هم می‌توانند محدوده‌کننده و هم زمینه‌ساز انتخاب عاملان اجتماعی باشند. به‌عبارت‌دیگر، انتخابهای عاملان می‌توانند در درون این محدوده‌های ساختاری شکل گیرند.

همچنین از آنجایی که از دیدگاه جامعه‌شناختی نمی‌توان سبک زندگی افراد را خارج از زمینه تاریخی، اجتماعی و فرهنگی آنان مطالعه کرد و جز از این طریق درک مناسبی از شیوه زندگی افراد حاصل نخواهد شد. بحث تفاوت‌های فرهنگی و قومی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کنند. از آنجایی که جامعه ایران از لحاظ فرهنگی جامعه‌ای همگن نیست و از گروه‌های قومی گوناگونی تشکیل شده است، لذا ارزشها، هنجارها و الگوهای اجتماعی-فرهنگی حاکم بر این اجتماعات قومی در تنوع سبک‌های زندگی اثرات تعیین‌کننده‌ای دارند که ممکن است جهت‌گیریهای رفتاری افراد به سمت کنشهای سالم یا ناسالم را تحت تأثیر قرار دهند. این مطالعه با تلفیق آراء نظری حوزه سلامت و جامعه‌شناسی اقتصادی اقدام به ارائه مدل ساختاری تحقیق تحت‌عنوان مدل «جامعه‌شناختی بار اقتصادی بیماران قلبی با رویکرد سبک رفتاری» کرده و به لحاظ تجربی آن را به محک آزمون گذاشته است. به‌طورکلی، می‌توان استدلال کرد که نتایج این مطالعه مبین این است که با وجود اهمیت کنشهای فردی در شکل‌گیری سبک‌های زندگی، این تنها در انتهای زنجیره علیت اجتماعی قرار دارند که در

ابتدای این زنجیره رفتارهای سالم افراد آزادانه انتخاب نمی‌شوند و تابع عوامل گوناگونی (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و...) هستند. این عوامل تعیین‌کننده جایگاه بیماران قلبی و عروقی در سلسله‌مراتب موقعیت اجتماعی بوده و علل اساسی شکل‌دهی شیوه‌های زندگی سالم و ناسالم‌اند.

همانطوریکه در طول تحقیق بدان پرداخته شد، تأمین سلامت و حفظ آن امر ساده‌ای نیست و از پیچیدگی‌های خاصی برخوردار است؛ بطوریکه عوامل گوناگونی (زیستی، فردی، خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، بهداشتی و...) در این زمینه دخیل هستند. تحقق بسترهای مناسب سلامت، پیشگیری از ابتلا به بیماریهای مزمن و ارتقاء سبک‌های زندگی سالم در میان شهروندان، تنها وظیفه سازمانها و ارگانهای پزشکی نیست و نیازمند هماهنگی و همدلی گسترده بین نهادها و ارگانهای آموزشی، بهداشتی، فرهنگی، خدماتی و حتی سیاسی جامعه است. بر این اساس، راهکارهای اجرایی زیر به متولیان و سیاست‌گذاران حوزه‌های سیاسی، اقتصادی و سلامت ارائه می‌شود:

۱- برنامه‌ریزان نظام سلامت ایران، در سطح خرد برای استفاده کارا و اثربخش از منابع موجود با تهیه و به‌کارگیری رهنمودهای درمانی مخصوصاً در مورد شرایط به‌کارگیری آنژیوپلاستی، اکوکاردیوگرافی و فرایندهای جراحی باید سعی در محدودکردن هزینه‌های مستقیم درمانی کنند.

۲- هزینه‌های بیماری قلبی و عروقی در ایران به‌طور قابل‌توجهی بالا است. سیاست‌گذاران سلامت با استفاده کارا و اثربخش از منابع و با گسترش برنامه‌های خودمراقبتی و غربالگری می‌توانند هزینه‌ها و تبعات این بیماری را محدود کنند. همچنین مطالعات بیشتری برای یافتن راههایی برای کاهش اثرات اقتصادی بیماری در ایران موردنیاز است.

۳- آگاه‌سازی و ایجاد حساسیت نسبت به بیماریهای مزمن آن‌هم به شکل منطقی و کارآمد در میان شهروندان با هدف افزایش مهارتهای خودمراقبتی به‌ویژه از طریق آموزش برنامه‌های

ارتقاء سبک زندگی سالم به صورت بلندمدت.

همچنین، ۱- نبودن حوزه مطالعاتی جامعه‌شناسی توسعه و اقتصاد و جامعه‌شناسی سلامت و محدودیت رویکردهای نظری و جامع در این زمینه، ۲- مقطعی بودن مطالعه حاضر از لحاظ زمانی، باعث کاهش قدرت تعمیم یافته‌ها شده است، ۳- دشواریهای انجام پرسشنامه به‌ویژه با آن دسته از بیمارانی که دارای درد و ناراحتی بیشتری بودند، ۴- نبود اطلاعات دقیق و تناقض در ثبت اطلاعات پرونده‌های بیماران به‌ویژه اطلاعات فردی و جمعیت‌شناختی و ۵- ناهماهنگی در میان نهادها و ارگانهای مرتبط به‌منظور انجام سریع کارهای پژوهشی و فرآیند بوروکراتیک و طولانی مدت برای صدور انواع مجوزها از محدودیتهای پژوهش بودند. در این پژوهش نام تمامی افراد شرکت‌کننده به‌صورت کدگذاری بوده است و قبل از انجام پرسشنامه و دریافت اطلاعات از این افراد، رضایت آنها جلب شده است.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان:

همه نویسندگان در نگارش این مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع مالی:

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

تعارض منافع:

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

پیروی از اصول اخلاقی در پژوهش:

در این مقاله کلیه اصول اخلاقی در زمینه سرقت ادبی و تحریف داده‌ها و غیره رعایت شده است.

- Abbaszadeh, M., Alizadeh Aghdam, M.B., Badri Gargari, R., & Veddahir, A. (2012). Investigation of Social and Cultural Factors Affecting Self-Care Lifestyle of Citizens, *Quarterly Journal of Socio - Cultural Development Studies*, 1(1), 119-141. (in Persian)
- Abel, T. (2007). *Cultural capital in health promotion*, In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, et al, editor. Health and modernity: The role of theory in health promotion. New York: Springer.
- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), 1-5.
- Alizadeh Aghdam, M. B. (2012). A Sociological Analysis of Food Style among Tabriz Citizens, *Quarterly Journal of Social Welfare*, 12(44), 285-318. (in Persian)
- Armstrong, D., & Tavakol, M. (2008). *Medical Sociology, Tehran: Sina Cultural and Legal Institute*, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, (in Persian)
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. *Cultural theory: An anthology*, 1, 81-93.
- Chang, H. S., Kim, H. J., Nam, C. M., Lim, S. J., Jang, Y. H., & Kim, S. (2012). The socioeconomic burden of coronary heart disease in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 45(5), 291-300.
- Cheni, J., Raftery, J., & Wills, D. (1994). A discussion paper presented at CIB working commission W-55 Building Economics 21st annual meeting, Hong Kong, *Joint Ventures in china*, 5(9), 43-33.
- Cockerham, W. C. (2007). *Social Causes of health and disease*. Polity Press.
- Ebrahimi, F., Aghamolaei, T., Abedini, P., & Rafati, Sh. (2017). Effect of Educational Intervention Using Mobile on Life Style of Women Who Referred to Health Centers in BandarAbbas, *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(2), 81-89. (in Persian)
- Gagne, T., Frohlich, K. L., & Abel, T. (2015). Cultural Capital and Smoking in Young Adults: Applying New Indicators to Explore Social Inequalities in Health Behaviour. *European Journal of Public Health*, 25(5), 818-823.
- Ghasemi, V., Rabbani Khorasgani, R., Rabbani Khorasgani, A., & Alizadeh Aghdam, M.B. (2008). Structural and Capital Determinants of Health-oriented Lifestyle, *Journal of the Faculty of Literature and Humanities* (Kharazmi University), 16(63), 181-213. (in Persian)

- Gibbins, J., & Reimer, b. (2012). *The Politics of Postmodernity*. Tehran: Gam-e No Publication. (in Persian)
- Giddens, A. (2006). *Sociology* (M. Sabouri Kashani Trans.), Tehran: Ney Publication. (in Persian)
- Hadaegh, F. (2009). Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *Health Journal*; Vol. 15, Issue 1, pp. 66-157.
- Heidenreich, P. A. et al. (2012). Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States. *Circulation*; Vol. 123, Issue 8, pp. 933-944.
- Iestra, J. A. et al. (2019). Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation*; Vol. 112, Issue 6, pp. 34-924.
- Javadi, P., & Pourjabali, R. (2019). Relationship between Socioeconomic Factors and the Risk Factors for Coronary Heart Disease, *Sociological Studies*, Year 5, Issue 20, pp. 97-113. (in Persian)
- Kamin, T., Kolar, A. M., & Steiner, P. (2013). The Role of Cultural Capital in Producing Good Health: A Propensity Score Study. *Slovenian Journal of Public Health*, Vol. 52, Issue 2, pp. 108-118.
- Kamphuis, C. B. M., Jansen, T., Mackenbach, J. P., & Van Lenthe, F. J. (2015). Bourdieu's Cultural Capital in Relation to Food Choices: A Systematic Review of Cultural Capital Indicators and an Empirical Proof of Concept. *PLOS ONE*, Vol. 10, Issue 8, pp. 1-19.
- Khajeh Sarvari, Gh., & Tabakhi Mamaghani, J. (2013). Lifestyle Globalization and Political Change Demand. *Strategic Studies of Globalization*. Vol. 4, Issue 1. (in Persian)
- Kotseva, K. et al. (2019). Patient and caregiver productivity loss and indirect costs associated with cardiovascular events in Europe. *European Journal of Preventive Cardiology*; Vol. 26, Issue 11, pp. 7-1150.
- Lena, B. et al. (2011). Changes in dietary fat intake and projections for coronary heart disease mortality in Sweden: A simulation study. *PLOS ONE*; Vol. 4; Issue 11(8), pp. 1-13.
- Link, B. G., Phelan., J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol.35, pp: 80-94.

- Lotfi, P., & Sha'bani, M. (2013). Presenting an Integrated Model for Ranking Regional Development: A Case study of Health and Medical Sector of Mazandaran Province, *Applied Research in Geographical Sciences*, Vol.13, Issue 28, pp. 7-30. (in Persian)
- Michael, E., Rosenhouse, S., El-Saharty, S., & Mahal, A. (2011). The economic impact on households and nations of NCDs: A review of existing evidence. *Journal of Health Communication*; Vol. 214, Issue 2, pp. 197-207.
- Mohammadi Zeidi, A., Heidernia, A.R., & Hajizadeh, A. (2005). An Investigation into the Lifestyle of Cardiovascular Patients, *Daneshvar Medicine*, 13(61), 49-56. (in Persian)
- Mohseni Pouya, S.H., Naghibi, S.A., & Mohammadi, T. (2017). Evaluation of Self-efficacy in Patients with Diabetes Admitted in Babol Health and Medical Center in 2016, *Diabetes Nursing Quarterly*, 6(1), 386-397. (in Persian)
- Mukherjee, K., & Koul, V. (2016). Economic burden of coronary heart disease on households in Jammu, India. *Health*, 2, 29-36.
- Raghfar, H., Sargazi, N., Mehraban, S., Akbarzadeh, M.A., Vaez Mahdavi, M.R., & Vahdatimanesh, Z. (2018). The Economic Burden of Coronary Heart Disease in Iran: A Bottom-up Approach in 2014, *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 18(3), 341-356. (in Persian)
- Rashidi, S., & Bahrami, M. (2015). Factors Related to the Health-promoting Lifestyle in Elderly Patients Hospitalized in Selected Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences, *Journal of Nursing and Midwifery*, 13(2), 90-98. (in Persian)
- Saeedian, M., Sepehri, M., Aghajani, H., & Khatibi, T. (2015). Selecting differentiated costs between primary PCI and thrombolytic therapy using hybrid of genetic algorithm and decision tree approach. *Hospital*, 14(3), 9-21. (in Persian)
- Saei, A., & Namvar, A. (2016). A Sociological Analysis of Cardiovascular Disease: A Case Study of Bushehr, *Journal of Sociological Studies*, 5(20), 105-129. (in Persian)
- Sanchez-Aguadero, N. et al. (2016). Diet and physical activity in people with intermediate cardiovascular risk and their relationship with the health-related quality of life: results from the MARK study. *Health Qual Life*, 14(1), 1-10.

- Shafiei Tabar, M., Khodapanahi, M.K., & Heidari, M. (2013). Effectiveness of Psychological Intervention in Improving Breast Cancer Patients' Quality of Life, *Developmental Psychology*, 9(36), 351-361. (in Persian)
- Soleimani Moghadam, R., Mohammadi, Sh., Kakhki, K., Ghadimfar, A., & Ahmadnejad A. (2017). *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 17(3), 157-164. (in Persian)
- Tavassoli, Gh., & Mousavi, M. (2005). The Concept of Capital in Classical and Modern Theories with Emphasis on the Social Capital Theory. *Social Science Quarterly*, 11(4), 1-32. (in Persian)
- Turner, J. H. (1998). *The Structure of Sociological Theory*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- World Health Organization (2018). [homepage on the Internet] 1.[cited February 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs/en/>
- Ghanbari Sartang A, Dehghan H, & Abbaspour Darbandi A. (2015). A review of health promotion lifestyle comparisons in shift and non-shift nurses. *Iran J Nurs Res.*, 2(2), 32-8. (in Persian)
- Mohammadi, M.A., Doostkami, H., Dadkhah, B., & Sezavar, SH. (2002). Survey of knowledge, attitude and practice of Ardabil citizens about risk factors of coronary artery disease. *J Ardabil Univ Med Sci.*, 1(4), 42-8 (in Persian)
- Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, S., & Anand, S., (2001). Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104(22), 2746-53. (in Persian)
- Rajabzadeh, R., Mousavi, S. A., Madmali, Y., & Dopeykar, R. (2018). *Prevalence of risk factors for cardiovascular diseases in 35-75 years old youth in Masjed-e-Soleiman in 1397*, the 19th Conference of the Annual Research Congress of Medical Students, Hamadan. (in Persian)