

بررسی تاثیر سبک های زندگی بر درمان بیماری های قلبی (مطالعه موردی

بیماران قلبی شهر اهواز)

شکوه هادی قنوات

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مدیر و مسئول فنی مرکز مشاوره ذهن پویا

چکیده

سبک زندگی مجموعه تقریباً هماهنگی است از تمامی رفتارها و کنش‌هایی که یک فرد در طول زندگی روزمره از خود نشان می‌دهد، در واقع سبک زندگی نمودی از جهت‌گیری‌ها و عادات روزانه است، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر سبک‌های زندگی بر درمان بیماری‌های قلبی (مطالعه موردی بیماران قلبی شهر اهواز) صورت گرفته است. این مطالعه از نوع شبه آزمایشگاهی بوده که تعداد ۴۰ نفر بعنوان نمونه انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفری سالم و بیمار دسته‌بندی شدند. پس از آموزش و گردآوری ابزار پژوهش نتایج نشان داد پایایی ابزار پژوهش ۰/۸۱ می‌باشد، تجزیه و تحلیل به کمک نرم افزار SPSS23 و تست تی مستقل و وابسته و آزمون کای اسکور صورت گرفت. نتایج نشان داد که تحصیلات، وضعیت تاهل، جنسیت و دیابت بر سبک زندگی اثر گذار می‌باشد ($P < 0.05$). با آموزش بیماران نمره میانگین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و رشد معنوی به طور معنی‌داری کاهش یافته است ($P < 0.05$). می‌توان گفت که با بکارگیری شیوه‌های صحیح زندگی درمان بیماری‌های قلبی نیز امکان‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، بیماری‌های قلبی، فالیته بدنی، تغذیه و درمان

مقدمه:

در تبیین و تعریف مفهوم سبک زندگی می توان چنین عنوان داشت که سبک زندگی حاصل ترکیب انگیزه ها، خصیصه ها، علایق و ارزشهایی است که در رفتار یک شخص نمایان می شود. در دنیای متجدد کنونی همه ما نه فقط از شیوه های زندگی معینی پیروی می کنیم، بلکه به تعبیری دیگر که اهمیت زیادی دارد، ناچار به این پیروی هستیم در حقیقت ما انتخاب دیگری جز گزینش نداریم، لذا بر این اساس شیوه زندگی را می توان به مجموعه ای کم و بیش جامع از عملکردها تعبیر کرد که فرد آنها را به کار می گیرد، چون نه فقط نیازهای جاری او را بر می آورند بلکه روایت خاصی را هم که وی برای هویت شخصی خود برگزیده است در برابر دیگران متجسم می سازد (۱ و ۲).

در توسعه و بسط سبک زندگی یک فرد، تمام مولفه ها و اجزاء هویت بکار می آیند. سبک زندگی متشکل از اعمال و نگرش هایی است که نه تنها بر اساس ارزش های زیبا شناختی و مادی است، بلکه در کنار آن نگرش ها و اعمال متکی بر ارزش های اخلاقی و متافیزیکی را نیز در بر می گیرد. هر سبک زندگی، شامل یک الگوی معنا دار از روابط میان ارزش ها، نگرش ها و اعمال احتمالی است و لذا غیر ممکن است و نمی توان نقش انواع مختلف ارزش را در هویت و سبک زندگی مجزا انگاشت. همین موضوع در مورد رابطه میان فرد و جامعه نیز صدق می کند. در جوامع غربی کنونی انواع مختلف ارزش ها اعم از مادی، زیباشناختی، اخلاقی و متافیزیکی (فرامادی) در کالاهای مصرفی و رسانه های جمعی ادغام می شوند (۳ و ۴).

همان گونه که "استوارت اون" در "بازی انتزاعی همیشگی" مطرح می کند، تصاویری وجود دارند، که توده ای حاشیه نشین را می سازند و در سبکهای در حال تغییری که بازارها را پر از کالاهای مورد نیاز مصرف کنندگان می کند، ارزشهای مادی و درونی همواره در حال دگرگونی هستند و هر روز بیشتر از پیش گیج کننده می شوند. بنابراین سبکهای زندگی، تجلی گر اراده افراد در راستای خلق شخصیت و هویت فرهنگی و اجتماعی خاص خویش در چهارچوب ساختاری و موقعیتی جامعه ای هستند، که در آن زندگی می کنند، بنابراین عبارت سبک زندگی در اینجا پدیده ای است، که از منظر ساختاری، موقعیتی و فردی قابل تعیین و تعریف است. در جامعه شناسی این عبارت در دسته بندی طبقات اساسی اجتماع و شاخصه های فرهنگی آنها مورد استفاده قرار می گیرد. نظریه های اجتماعی در رویکرد های اخیر بیشتر به روش هائی توجه دارد که از رهگذر آنها زبان مخصوص صور و سبک های منزلت به تصویب می رسد زیرا در حال حاضر به تبعیت از ماکس وبر تمایزی سنتی بین طبقه و منزلت وجود دارد که مبین توجه به اختلافات اجتماعی ناشی از روش های مصرف به جای روش های تولید است (۵ و ۶). سبک زندگی مجموعه تقریباً هماهنگی است از تمامی رفتارها و کنش هائی که یک فرد در طول زندگی روزمره از خود نشان می دهد، در واقع سبک زندگی نمودی از جهت گیریها و عادات روزانه است که در دیدگاه آنتونی گیدنز این مجموعه عادات برخوردار از نوعی وحدت است که علاوه بر اهمیت خاص خود از نظر تداوم امنیت وجودی و پیوندی بین گزینشهای فرعی موجود در یک الگوی کم و بیش منظم را تامین می نماید (۷ و ۸).

بیماری های قلبی و عروقی، بیماری های غیر عفونی هستند که توسط عوامل متعدد ایجاد می شوند که یکی از این مهم ترین آن ها، سبک زندگی ناسالم است. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت هر ساله ۱۶/۶ میلیون نفر بر اثر بیماری قلبی و عروقی فوت می کنند. با توجه به پژوهش ویلسون تقریباً ۶۳/۷ درصد زنان و ۶۱/۴ درصد مردان در کشورهای توسعه یافته در معرض خطر بیماری قلبی و عروقی هستند. در ایران هم بیماری های قلبی و عروقی از مشکلات دهه اخیر بوده است (۹ و ۱۰). بیماری های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان و از جمله ایران است که با توجه به وجود انبوهی از شواهد که نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی افراد به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی، پیشرفت و عود این بیماری است (۱۱).

بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، بیماری های قلبی عروقی رتبه ی اول علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. مطالعات نشان می دهند که با اصلاح رفتار و شیوه های زندگی می توان از شیوع بیماری قلب عروقی کاست (۱۲).

بیماریهای روان تنی از قبیل بیماری گرفتگی عروق کرونر قلب، آسم، اختلالات گوارشی و غیره امروزه جان بسیاری از ساکنین کره زمین را می گیرد. بیماریهای قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران و مهمترین

عامل از کار افتادگی است. با وجود پیشرفت های سریع تشخیصی و درمانی هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می شوند فوت می کنند و دو سوم آنها که زنده می مانند، هرگز بهبودی کامل نمی یابند و به زندگی عادی بر نمی گردند. این بیماریها، هزینه هنگفتی را بر نظام های بهداشتی درمانی کشورها تحمیل می کنند. با این همه، بیماری های قلبی عروقی یکی از قابل پیشگیری ترین بیماریهای غیرواگیر انسان به شمار می آیند (۱۳ و ۱۴). میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای کرونر قلبی برحسب سن در کشورهای توسعه یافته در حال کاهش است، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد این بیماری در ایران رو به افزایش می باشد، به طوری که میزان آن بین ۱۰ تا ۱۵ درصد افزایش یافته است. به نظر می رسد تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی مانند مصرف زیاد غذاهای فراوری شده و غنی شده از چربی های اشباع شده، سطح پائین فعالیت فیزیکی همراه با افزایش شیوع چاقی و دیابت نوع دو منجر به افزایش پیشرونده در شیوع عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و بیماری های کرونر قلبی در کشورهای توسعه یافته شده است (۱۵). نقش رفتار بر سلامت به گونه های روز افزون مورد توجه قرار گرفته است. در صورت انتخاب شیوه و سبک زندگی مناسب که موجب ارتقای سلامت شود، مرگ و میرهای ناشی از این عوامل، تا اندازه های چشمگیر کاهش خواهد یافت. نقش استرس و سبک زندگی به عنوان یک عامل مهم و موثر به همراه عوامل دیگر در تمامی اختلالات فوق الذکر، دیده می شود. از نظر متخصصان اساس تمامی بیماریهای روانتنی تاثیر مسایل روانی و مشکلات شخصیتی و حتی سبک زندگی بر جسم می باشد (۱۶). هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر سبک های زندگی بر درمان بیماری های قلبی (مطالعه موردی بیماران قلبی شهر اهواز) می باشد.

روش کار

در قالب طرح نیمه تجربی بین گروهی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از جامعه بیماران - عروقی بستری شده در بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۹۷ تعداد ۴۰ نفر به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه (گروه بیمار ی و گروه کنترل) با حجم ۲۰ نفر در هر دو گروه جایگزین شدند، پس از اخذ موافقت اخلاقی از شرکت کنندگان، گروه بیمار ی تحت مداخله رفتار درمانی شناختی مبتنی بر اصلاح سبک زندگی قرار گرفتند و گروه کنترل هم مداخله درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، متغیرهای وابسته مورد اندازه گیری قرار گرفتند. و به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پژوهش رفتاردرمانی شناختی در بیماران گروه کنترل نیز اجرا گردید. ملاکهای ورود عبارت است از دارا بودن سن بین ۵۰-۲۰ سال، نداشتن بیماریهای مزمن دیگر از جمله دیابت، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، امضای رضایت نامه اخلاقی برای شرکت در پژوهش و ملاکهای خروج عبارت بود از: افراد دارای سن کمتر از ۲۰ و بالاتر از ۵۰ داشتن بیماریهای مزمن از جمله دیابت، سطح تحصیلات پایین تر از دیپلم، داشتن اختلالهای بارز نظیر اختلال شخصیت، دوقطبی، اختلال وسواس- اجبار تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS23 صورت گرفت.

یافته ها

جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک را برای نمونه آماری مورد نظر نشان می دهد. یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که بر اساس جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات و سابقه دیابت سبک زندگی بر بروز بیماری های قلبی اثرگذار بوده ($p < 0.05$) اما بر اساس نوع شغل تاثیر معنی داری نداشته است ($p > 0.05$).

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس اطلاعات دموگرافیکی

متغیر	تعداد(درصد)	سطح معنی داری
جنس		
زن	۱۲ (۳۰)	۰/۰۰
مرد	۲۸ (۷۰)	
وضعیت تاهل		
متاهل	۳۱ (۷۷/۵)	۰/۰۲

	مجرد	۹(۲۲/۵)
۰/۰۳	تحصیلات زیر دیپلم دیپلم کاردانی کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۵(۴۲/۵) ۶(۱۵) ۵(۱۲/۵) ۸(۲۰) ۶(۱۵)
۰/۰۶۵	شغل دولتی آزاد بیکار سایر	۱۲(۳۰) ۱۵(۳۷/۵) ۵(۱۲/۵) ۸(۲۰)
۰/۰۰	سابقه دیابت بلی خیر	۱۳(۳۳/۵) ۲۷(۶۷/۵)

یافته های جدول ۲ نشان می دهد که تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و رشد معنوی در افراد گروه بیمار با آموزش بهبود نسبی پیدا نموده اند، هر چند این تفاوت معنی دار بوده اما نسبت به گروه سالم هنوز سبک زندگی در وضعیت نرمالی نمی باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مولفه های سبک زندگی در نمونه آماری مورد مطالعه

نام شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	سطح معنی داری
تغذیه	کنترل	۵۴/۲ ± ۲/۶	۰/۱۲۴
	بیمار	۶۳/۷ ± ۲/۵	۰/۰۱۲
فعالیت بدنی	کنترل	۴۵/۳ ± ۲/۳	۰/۱۰۵
	بیمار	۳۵/۷ ± ۴/۶	۰/۰۱۱
مسئولیت پذیری	کنترل	۵۲/۴ ± ۴/۶	۰/۱۵۴
	بیمار	۳۸/۴ ± ۲/۳	۰/۰۲۱
مدیریت استرس	کنترل	۵۰/۵ ± ۳/۳	۰/۱۰۸
	بیمار	۵۸/۴ ± ۲/۶	۰/۰۴
حمایت بین فردی	کنترل	۵۵/۵ ± ۳/۴	۰/۱۴۲
	بیمار	۴۳ ± ۲/۶	۰/۰۲۱
رشد معنوی	کنترل	۵۶/۴ ± ۲/۳	۰/۱۷۲
	بیمار	۴۳ ± ۴/۲	۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

امروزه روند بیماری های قلبی در جهان گسترش یافته و مشکلات متعددی برای جامعه به بار آورده، بطوریکه بخش عظیمی از جامعه از بیماری های قلبی رنج می برند، مهمترین دلایل ایجاد بیماری های قلبی افزون بر ژنتیک، شیوه های زندگی بیماران می باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که جنسیت نیز بر بروز بیماری های قلبی اثر گذار است که با یافته های برومند و کب همسو می باشد (۴ و ۶). نتایج این مطالعه نیز نشان داد که وضعیت تاهل، تحصیلات و دیابت بر بروز بیماری های قلبی اثر داشته که با یافته های گویر و همکاران همسو می باشد (۱۰). نتایج این مطالعه در خصوص تاثیر سبک های زندگی بر کنترل بیماری های قلبی نشان داد که با به کارگیری شیوه تغذیه ای مناسب، انجام ورزش و فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری در مقابل بیماری، کنترل استرس، حمایت بین فردی و رشد معنوی همگی می توانند در بهبود بیماری های قلبی اثر گذار باشند که یافته های این مطالعه با یافته های پژوهش های حسین زاده و همکاران، لاپیر و همکاران و مائدا همسو می باشد (۱۱، ۱۲ و ۱۳). نتایج این مطالعه نشان می دهد که با آموزش های گروهی بیماران و بکارگیری شیوه های متناسب با سبک زندگی بیماران می توان بیماری های قلبی را کنترل و از بروز این بیماری در میان نسل های مختلف جامعه جلوگیری نمود. پیشنهاد می گردد برای بهبود وضعیت زندگی بیماران قلبی و درمان آنها در مراکز قلب و عروق بیمارستان ها از روانشناسان خبره برای شناسایی روان بیماران نیز استفاده گردد.

منابع

- 1- Abootalebi, G., Vosooghi, N., Mohammad Nejad, E., Namadi, M., Akbari Kaji, M. 2012. Study of the selfcare agency in patients with heart failure. *Iranian Journal Critical Care Nursing*, 4 (4) :203-208. [In Persian].
- 2- Ahmadi, A., Soori, H., Mobasheri, M., Etemad, K., Khaledifar, A. 2014. Heart failure, the outcomes, predictive and related factors in Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*;24(118):180- 8.
- 3- Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. 2008. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of oncology Nursing*; 12(5): 449-56.
- 4- Boroumand, S., Shahriari, M., Abbasi Jebeli, M., Baghersad, Z., Baradaranfard, F, Ahmadpoori, F. 2015. Determine the level of self-efficacy and its related factors in patients with ischemic heart disease: A descriptive correlational study. *Iranian Journal of Nursing Research*, 9 (4): 61-69. [In Persian]
- 5- Chlebowy, D.O., Garvin, B.J. 2006. Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self -care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Education*, 32(5): 777-86.
- 6- Cobb, S.L., Brown, D.J., Davis, L.L. 2006. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of American Academic Nurse Practice*, 18(1): 31- 39.
- 7- Filipe, M.D., Meijers, W.C., van der Velde, A.R., de Boer, R.A. 2015. Galectin-3 and heart failure: prognosis, prediction & clinical utility. *Clinical chimica acta*; 443:48-.65
- 8- Ghahramani, A., Kamrani, F., Mohamadzadeh, S., Namadi, M. 2013. Effect of self care education on knowledge, performance and readmission of heart failure patients admitted in city hospitals of Ardabil. *Iranian Journal of Nursing Research*, 8 (2): 65-72. [In Persian]
- 8- Gillibrand, R, Stevenson, J. 2006. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal Health Psychology*, 11 (pt1): 155-169.

- 9- Go, A.S., Mozaffarian, D., Roger, V.L., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B., et al. 2013. Heart disease and stroke statistics-2013 update. *Circulation*;127(1): 211-215.
- 10- Goyer, L., Dufour, R., Janelle, C., Blais, C., L'Abbé, C., Raymond, E., et al . 2013. Randomized controlled trial on the long term efficacy of a multifaceted, interdisciplinary patients at risk of cardiovascular disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(2): 212-224.
- 11- Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Zambroski, C.H., Chung, M.L. 2007. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart & Lung*, 36(1):16-24.
- 12- Hosseinzadeh, M., Atapoor, M. 2009. Descriptive evaluation of clinical features, readmission and risk factors of congestive heart failure patients in Shahid Madani hospital of Tabriz over a period of three years. *Nursing and Midwifery Journal of Tabriz*, 15: 51-58. [In Persian]
- 13- LaPier, T.K., Cleary, K., Kidd, J. 2009. Exercise Self-Efficacy, Habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy J*, 20(4): 5-11.
- 14- Maeda, U., Shen, B.J., Schwarz, E.R., Farrell, K.A., Mallon, S. 2013. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1): 88-96.
- 15- McMurray, J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., et al. 2012 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 33 (14):1787-1847.
- 16- Mohammadi Zeidi, I., Pakpour Hajiagha, A., Mohammadi Zeidi, B. 2012. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University Medical Science*, 21 (1):102-113. [In Persian]
- 17- O'Neil, A., Berk, M., Davis, J., Stafford, L. 2013. Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health*, 5(7A3): 6-14.
- Perlman, D. 2010. Influence of the sport education model on physical self-efficacy. *Public Health Nurse*, 24: 1-5.