

بررسی رابطه سبک زندگی با ابتلاء به ایسکمی قلبی

حسن افتخار اردبیلی^۱، عباس رحیمی فروشانی^۲، حسن برکتی^۳،

اکبر بابایی حیدرآبادی^۴، اصغر اشرفی حافظ^۵، امیر عمرانی^۵

۱. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات پروتومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

■ نویسنده مسئول مکاتبات: حسن برکتی E-mail: hbarkati@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی سالانه جان ۱۷ میلیون نفر را در سراسر جهان می‌گیرند و عامل یک‌سوم مرگ‌ها به حساب می‌آیند. امروزه ۶۰ درصد مرگ‌ومیرها در جهان ناشی از بیماری‌های غیرواگیر است که نیمی از این مرگ‌ومیرها به بیماری‌های قلبی عروقی نسبت داده می‌شود و این نسبت نیز تا سال ۲۰۲۰ به ۷۳ درصد کل مرگ‌ومیرها افزایش خواهد یافت. با نگاهی به لیست ۱۰ عامل برتر مرگ‌ومیرها در کل جهان ملاحظه می‌شود که ۷ عامل از آنها به نوعی با سبک زندگی فرد ارتباط دارد. هدف از این مطالعه ارزیابی تأثیرات جنبه‌های گوناگون سبک زندگی افراد بر روی ابتلاء به ایسکمی قلبی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه مورد-شاهدی با ۶۵ مورد و ۶۵ شاهد بوده که در بیمارستان سوم شعبان شهرستان دماوند انجام گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات آن پرسشنامه بوده که در این پژوهش به منظور تضمین اعتبار پرسشنامه، از پرسشنامه‌های استاندارد FFQ، Baecke و GHQ استفاده گردید و با نظر اساتید مربوطه اصلاحات لازم در آنها اعمال شد. همچنین برای ارزیابی پایایی پرسشنامه، آزمونی مقدماتی مبتنی بر ۲۰ نمونه انجام گرفت که بر اساس آن پایایی پرسشنامه‌ها تأیید گردید و تغییراتی جزئی نیز در آنها به عمل آمد.

یافته‌ها: سن، تأهل، استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی و سلامت روان دارای تأثیری قابل اعتناء بر ابتلاء به ایسکمی قلبی بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: عدم تحرک کافی، رژیم‌های غذایی پرچرب و کم‌فیبر و همچنین وضعیت نامناسب روانی می‌توانند دلایل عمده و ریسک‌فاکتورهای مهمی در بروز ایسکمی قلبی باشند.

کلمات کلیدی: ایسکمی قلبی، سبک زندگی، فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، سلامت روانی

مقدمه

امروزه مجادلات فراوانی در خصوص فعالیت‌های مربوط به ارتقاء سلامت در گرفته است. در یک کلام، آنچه تا دیروز بر معالجه بیماری‌ها تمرکز داشت اکنون به پیشگیری، تأمین و ارتقاء سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی که به

بهداشت هم بیماری‌های قلبی‌عروقی را مهلک‌ترین علت مرگ‌ومیر سالهای اخیر در کشور معرفی کرده است. آمار سازمان بهداشت زهرا (س) تهران نیز نشان می‌دهد که مرگ‌ومیرهای ناشی از سکته‌های قلبی در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ به ترتیب ۳۶/۲ درصد و ۳۶/۴ درصد کل مرگ‌ومیرها می‌باشد (Hashemifard, 2003). با این همه، بیماری‌های قلبی‌عروقی به سادگی و به طور کامل و مؤثر قابل پیشگیری هستند در حقیقت این دسته بیماری‌ها قابل پیشگیری‌ترین بیماری غیرقابل انتقال مزم انسان به شمار می‌روند (Butler, 2001).

لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا با شناسایی مهمترین عوامل مؤثر سبک زندگی (از جمله فعالیت فیزیکی، عادات تغذیه‌ای، سلامت روانی و همچنین مصرف دخانیات) بر ابتلاء به ایسکمی قلبی عوامل اثربخش را شناسایی نموده و در این زمینه اطلاعات مناسبی در اختیار برنامه ریزان حوزه سلامت به منظور تخصیص منابع در برنامه‌های پیشگیری بیماری ایسکمی قلبی قرار داده تا بدینوسیله ضمن اولویت بندی عواملی که بیشترین تأثیر و بالاترین درجه اهمیت را در ایسکمی قلبی دارند به مداخلات پیشگیرانه برنامه ریزان بهداشتی جهت دهی شود.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مورد-شاهدی و جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران ایسکمی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان سوم شعبان شهرستان دماوند (تنها بیمارستان دماوند) بوده که با انتخاب نمونه‌ها به طور متوالی انجام گرفته است. شاهدی انتخابی برای مطالعه از بین افراد همراه بیماران بخش جراحی بیمارستان برگزیده شده‌اند. معیارهای ورود موردها، تأیید ایسکمی قلبی توسط پزشک متخصص قلب و عروق بوده است، همچنین نداشتن سابقه بستری در قبل به علت بیماری قلبی و داشتن حداقل ۴۰ سال سن و معیارهای ورود شاهدی، نداشتن سابقه بیماری قلبی بوده است که عدم سابقه بیماری قلبی در فامیل درجه اول بیمار (شاهدی) که به تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق سلامت قلبیشان مورد تأیید بوده است و موافق با شرکت در مطالعه بوده است. چون معیار مقایسه، امتیاز سبک زندگی سالم در نظر گرفته شده با توجه به اینکه مقدار عددی این شاخص مطابق تعریف آن در این طرح در دامنه ۱۱۴-۱۳ خواهد بود با این حساب می‌توان انحراف معیار آن را برابر $16/8 \approx 6(114-13)$ در نظر گرفت. با این فرض، حجم نمونه برای آزمونی در سطح اطمینان ۹۰٪ و دارای حداقل توان ۸۰٪ که اختلافی برابر ۷/۵ واحد یا بیشتر را ما بین دو گروه موردها و

نوعی اثرات سوء بر سلامت انسان دارند معطوف گردیده است (Fauci, 2001). سبک زندگی به الگوهای روزانه زندگی فرد که به طور معمول انجام می‌دهد مربوط می‌گردد (WHO, 2002). انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۱، سبک زندگی را از عوامل مستعد کننده 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 (AHA, 2001). آمار ارائه شده در مورد دلایل اصلی مرگ‌ومیر بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ‌ومیر به شیوه زندگی، ۲۱ درصد به عوامل محیطی، ۱۶ درصد به عامل ارث و ۱۰ درصد به سیستم ارائه خدمات بهداشتی‌درمانی مربوط می‌شود (Moher, 1995). توسعه شهرنشینی، زندگی در جهان صنعتی و کنترل بیماری‌های واگیردار، همراه با تغییر ساختار سنی جمعیت در جهت پیر شدن، جمعیت ما را هر چه بیشتر با افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطانها، بیماری‌های عروق قلب، سکته و دیابت و عوامل خطر ساز آنها روبه‌رو خواهد کرد (Azizi, 1380). تا قبل از سال ۱۹۰۰ بیماری‌های عفونی و مسری و سوء تغذیه عمده‌ترین علت مرگ به شمار می‌رفتند و پس از آن به مرور زمان از میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها کاسته شد و اختلالات قلبی‌عروقی در شمار اساسی‌ترین مشکلات بهداشتی قرار گرفتند به طوری که در سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه‌یافته حدود ۴۶/۶ درصد مرگها از اختلالات قلبی‌عروقی بود (WHO, 1999). بنا به پیشگویی‌های مبتنی بر روندهای فعلی، در سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلالات قلبی‌عروقی هر ساله رخ خواهد داد که از هر سه مورد آنها یک مورد به علت اختلال قلبی‌عروقی می‌باشد (ICD, 1998). شیوع عوامل خطر آفرین بیماری‌های قلب و عروق در حد نگران کننده است به طوری که نتیجه پژوهش ویلسون نشان می‌دهد ۶۳/۷ درصد مردان و ۶۱/۴ درصد زنان حداقل یکی از عوامل خطر زای بیماری‌های قلبی مثل فشار خون، استعمال سیگار، کلسترول خون بالاتر از حد معمول، چاقی و دیابت را دارا هستند. این آمار نشانگر ضرورت تغییر در سبک زندگی به منظور حذف عوامل خطر آفرین بیماری‌های قلبی است (Azizi, 2000).

بیماری‌های قلبی‌عروقی در ایران نیز مهمترین عامل مرگ‌ومیر شناخته شده‌اند و مطالعه سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور نشان می‌دهد که ۴۶٪ از کل مرگها و عمده سالهای از دست رفته عمر، ناشی از این بیماری‌ها است. ۳۵ درصد کل مرگ‌ومیرهای ایران در سال ۲۰۰۲ ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی بوده و گزارش دفتر بررسی و تحلیل آماری وزارت

شاهددها احراز نماید عبارتست از:

$$n = \frac{(Z_{0.95} + Z_{0.80})^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = \frac{(1.645 + 0.84)^2(16.8^2 + 16.8^2)}{7.5^2} = 61.97 \cong 62$$

یافته‌ها

میانگین سن تقویمی بر حسب سال در موردها و شاهددها به ترتیب ۶۳/۱ و ۴۵/۶ بدست آمده است که از نظر آماری تفاوت معنی داری بین سن دو گروه وجود داشت ($P < 0.001$). سن بیشتر موردها بالای ۶۰ سال (۶۰/۹ درصد) و شاهددها زیر ۵۰ سال (۸۰ درصد) بود که با توجه به انحراف معیار (۲) = δ از پراکندگی پایینی برخوردار بود. ۵۴ درصد بیماران مرد و ۴۶ درصد آنها زن بودند ($P = 0.16$). همچنین ۲۲ درصد موردها و ۶ درصد شاهددها افراد فاقد همسر بوده‌اند ($P = 0.009$). ۲۰ درصد از موردها و ۸ درصد از شاهددها سیگار می‌کشیدند ($P = 0.039$) که متوسط مدت زمان استعمال سیگار برای موردها ۳۲ سال و برای شاهددها ۲۲/۴ سال بوده است ($P = 0.06$).

شیوع اختلالات روانی در موردها (۳۹/۳ درصد) بیشتر از شاهددها (۲۱/۸ درصد) بود. جدول (۱) از نظر شاخص سلامت روان، گروه شاهد نسبت به گروه مورد دارای امتیاز بالاتری بود ($P < 0.001$). از حیث وجود یا عدم وجود اختلال برای چهار عامل جسمانی‌سازی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی (عوامل واسطه‌ای تشکیل‌دهنده GHQ)؛ ۶۵ درصد موردها و ۲۰ درصد شاهددها دارای اختلال در جسمانی‌سازی بوده ($P < 0.001$)، در ۸۸ درصد موردها و در ۲۹ درصد شاهددها اختلال اضطراب شیوع داشته ($P < 0.001$)، همچنین ۳۸ درصد موردها و ۲۲ درصد شاهددها مبتلا به اختلال در عملکرد اجتماعی بوده ($P = 0.04$) و برای ۳۰ درصد از موردها و ۱۹ درصد از شاهددها نیز سطوحی از افسردگی مشاهده شده است ($P = 0.136$).

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد اختلالات روانی

در گروه مورد و شاهد

گروه	ابتلاء به اختلال روانی			تعداد	موردها
	سالم و فاقد اختلال	مشکوک به اختلال	دارای اختلال روانی		
جمع	۹	۲۵	۲۲	۵۶	
درصد سطری	۱۶/۱%	۴۴/۶%	۳۹/۳%		

برای این مطالعه ۶۵ مورد و ۶۵ شاهد انتخاب گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این طرح پرسشنامه بوده که برای سنجش رژیم غذایی از پرسشنامه عادات غذایی^۱ FFQ، در ارزیابی فعالیت فیزیکی از پرسشنامه ۱۷ سؤالی Baecke و همکاران، و در خصوص سلامت روان افراد از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی GHQ که از جمله‌ی شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات در روانپزشکی است و به صورت‌های ۲۱، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی در دسترس می‌باشد و در این پژوهش از نوع ۲۸ سؤالی آن که توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۸) تدوین شده استفاده گردید که سلامت روان را در ۴ حیطه اختلالات در جسمانی‌سازی علائم (Somatization)، اضطراب (Anxiety) اختلال در کارکرد اجتماعی (Social Dysfunction) و افسردگی (Depression) می‌سنجد استفاده گردید. پرسشنامه ارزیابی فعالیت فیزیکی بر اساس مقیاس فاصله‌ای و به شیوه لیکرت امتیازدهی شده، تخصیص امتیاز در پرسشنامه عادات غذایی به صورت یک و صفر برای حالات مطلوب و نامطلوب برای سلامت فرد از حیث نوع، شکل، میزان و... مصرف هر ماده غذایی در نظر گرفته شده و شیوه دکتر کاظم محمد هم در نمره‌دهی به پرسشنامه سلامت روان^۲ GHQ-۲۸ به کار رفته است. امتیاز شاخص سبک زندگی سالم در اینجا از جمع امتیازات شاخص‌های فعالیت فیزیکی، تناسب رژیم غذایی با سلامت و سلامت روان حاصل خواهد شد.

پس از انتخاب موردها و شاهددها، برای هر یک از آنها از طریق مصاحبه، پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل و امتیاز شاخص‌های مرتبط تعیین گردیده که از این امتیازات برای مقایسه تحلیلی مبتلایان به ایسکمی قلبی و افراد سالم در جنبه‌های مختلف فردی و سبک زندگی استفاده خواهد شد. امکان دارد با وجود ارزیابی دقیق توسط متخصصین قلب و عروق، باز هم تعداد ناچیزی از بیماران در گروه کنترل وارد شده باشند. پیش از وارد کردن هر فرد به مطالعه از وی جهت شرکت در مطالعه کسب رضایت گردید و در طول مطالعه هم اهتمام و دقت کافی به

1. Food Frequency Questionnaire

2. General Health Questionnaire

با ترکیب امتیاز محاسبه شده هر فرد در هر یک از سه حوزه سلامت روان، فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی سالم و دستیابی به امتیاز «سبک زندگی سالم» یا «سلامت سبک زندگی» برای افراد، تأثیر سبک زندگی بر ابتلاء به ایسکمی قلبی قابل ارزیابی است. طبق این نتایج گروه مورد از سبک زندگی سالم تری برخوردار بودند ($P < 0/001$). جدول (۴).

جدول ۴- سلامت سبک زندگی (روانی + فیزیکی + غذایی)

گروه	تعداد	امتیاز	انحراف معیار	آزمون
موردها	۴۰	۶۰/۸	۸/۹	$< 0/001$
شاهدها	۶۴	۷۰/۳	۹/۹	

بحث

گرچه ۵۳/۸ درصد موردها، مذکر و این نسبت در شاهدها برابر ۴۱/۵ درصد بوده لیکن تفاوت معنی دار جنسیت در موردها و شاهدها دیده نشده است. تأثیر متغیر جنس بر ابتلاء به بیماری‌های قلبی طی بررسی سلیم‌زاده در سال ۱۳۸۳ نیز معنی دار نبوده است (Mohebbi و همکاران ۲۰۰۶). همچنین مطالعه Carel نشان داد که مرگ‌ومیر بیماری‌های قلبی در مردان و زنان یائسه یکسان می‌باشد (Garber, ۱۹۹۷).

در حالیکه عمده تراکم (حدود ۹۰ درصد) بیماران در رده‌های سنی ۶۰-۵۰ و بالای ۶۰ سال بوده قسمت اعظم افراد سالم (حدود ۸۰٪) در گروه سنی زیر ۵۰ سال بوده‌اند ($P < 0/001$). همچنین میانگین سن بیماران ۱۸ سال بیش از سن افراد سالم به دست آمده است ($P < 0/001$). اختلاف معنی دار سن در بین بیماران و افراد سالم به استناد هر دو آزمون فوق مؤید آنست که عامل سن نقش قابل اعتناء در ابتلاء به بیماری ایسکمیک قلبی دارد و افزایش سن سبب فراتر رفتن احتمال ابتلاء به بیماری قلبی خواهد شد.

در این مطالعه تأثیر چاقی بر روی ابتلاء به ایسکمی قلبی معنی دار نگردیده لیکن در برخی دیگر از منابع اضافه‌وزن و چاقی به عنوان یک ریسک‌فاکتور مهم بیماری ایسکمی قلبی معرفی شده‌اند (Benchimol و همکاران، ۲۰۰۰ - Fauci و همکاران ۲۰۰۸).

همانگونه که ملاحظه می‌گردد ۶/۲٪ شاهدها فاقد همسر بوده‌اند در حالیکه این نسبت در بین موردها حدود ۴ برابر یعنی ۲۲/۲٪ مشاهده شده است ($P = 0/009$). بنابراین وضعیت تأهل را باید جزء عوامل اثرگذار بر ابتلاء به ایسکمی قلبی دانست. نتایج

گروه	ابتلاء به اختلال روانی			تعداد	شاهدها
	دارای اختلال روانی	مشکوک به اختلال	سالم و فاقد اختلال		
جمع	۱۴	۹	۴۱	۶۴	
	۲۱/۸٪	۱۴/۱٪	۶۴/۱٪		
جمع	۳۶	۳۴	۵۰	۱۲۰	
	۳۰/۰٪	۲۸/۳٪	۴۱/۷٪		

$$001/0P < ; 2df = , 4/29\text{Chi-Square} =$$

میزان امتیاز شاخص فعالیت فیزیکی در گروه شاهد بیشتر از مورد بود. جدول (۲).

جدول ۲- فراوانی و امتیاز شاخص فعالیت فیزیکی

در گروه مورد شاهد

گروه	تعداد	امتیاز	انحراف معیار	آزمون
موردها	۶۰	۳۸/۷	۷/۰	۰/۰۱۳
شاهدها	۶۴	۴۲/۱	۸/۲	

جدول شماره (۳) مناسب بودن رژیم غذایی برای سلامت افراد در پنج حوزه مواد پروتئینی، لبنیات، روغن‌ها، سبزیجات و میوه‌ها را مورد ارزیابی قرار داده و شاخص تناسب رژیم غذایی با سلامت افراد در هر یک از این حوزه‌ها محاسبه شده است. در گروه مورد بیشترین امتیاز مربوط به لبنیات و در گروه شاهد، مواد پروتئینی بود.

جدول (۳): فراوانی و امتیاز مصرف هر یک از گروه‌های مواد

غذایی بر حسب گروه مورد و شاهد

نوع مواد غذایی	گروه	تعداد	امتیاز	انحراف معیار	آزمون
مواد پروتئینی	موردها	۳۱	۱/۳۹	۰/۹۲	۰/۰۰۲
	شاهدها	۴۲	۲/۰۷	۰/۸۹	
لبنیات	موردها	۷	۲/۴۳	۰/۹۸	۰/۳۷۴
	شاهدها	۱۳	۱/۸۵	۱/۵۲	
روغن‌ها	موردها	۳۱	۰/۴۲	۰/۵۰	۰/۱۰۹
	شاهدها	۵۵	۰/۶	۰/۴۹	
میانگین تکرار در هفته					
سبزیجات	موردها	۷		۴/۴	۰/۰۶۵
	شاهدها	۷/۹		۳/۹	
میوه‌ها	موردها	۵		۲/۸	۰/۳۲۹
	شاهدها	۶		۱/۸	

جراحان عمومی آمریکا و دانشکده طب ورزشی آمریکا نشان داده‌اند که فعالیت فیزیکی منظم و متوسط حداقل ۳۰ دقیقه در تمام روزهای هفته می‌تواند از بیماری‌های کرونری قلب پیشگیری کند حتی پیاده‌روی نیز از طریق تأثیر بر ساختار تناسب جسمی، عملکرد فیزیکی و سطح کلسترول HDL می‌تواند خطر بیماری قلبی را کاهش دهد. مطالعه Garber نشان داد که شایع‌ترین ریسک‌فاکتور برای بیماری‌های قلبی، عدم تحرک فیزیکی است (Garber, ۱۹۹۷).

در حوزه مواد پروتئینی امتیاز موردها ۱/۳۹ و امتیاز شاهدها ۲/۰۷ بوده و این اختلاف معنی‌دار گردیده است ($P < ۰/۰۰۱$) ولی در دو حوزه دیگر اختلاف معنی‌دار نشده است. در نتیجه چنین برداشت می‌گردد که مراعات تناسب شیوه پخت مواد پروتئینی با سلامت افراد در بیماران ایسکمیک قلبی کمتر از سایر افراد بوده است. مطالعات انجام شده در تهران و قزوین نشان می‌دهد که هایپرلیپیدمی شایع‌ترین عامل در بیماران قلبی می‌باشد که بسیار متأثر از کمیت و کیفیت چربیهای رژیم غذایی است (MalekAfzali, ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای مشاهده شده است که مصرف ماهی بسیار کمتر از حد توصیه‌شده می‌باشد در حالیکه ماهی و ماکیان از مهمترین منابع غذایی در کشورهای پیشرفته می‌باشد (Kimiagar و همکاران ۱۹۹۸).

در حالیکه حدود ۶۵ درصد (۶۴/۶٪) بیماران ایسکمیک قلبی از حیث جسمانی‌سازی دچار اختلال بوده‌اند این نسبت میان افراد سالم کمتر از یک سوم این مقدار یعنی تقریباً ۲۰ درصد (۲۰/۳ درصد) می‌باشد و اختلاف آنها معنی‌دار گردیده است ($P < ۰/۰۰۱$). شیوع اختلال عامل اضطراب برای موردها نزدیک ۹۰ درصد (۸۷/۷ درصد) و برای شاهدها قریب به ۳۰ درصد (۲۹/۲ درصد) بوده است و تفاوت آنها معنی‌دار می‌باشد (۰/۰۱/). اختلال عملکرد اجتماعی در موردها و شاهدها به ترتیب ۳۸/۱ و ۲۱/۵ درصد می‌باشد یعنی هم موردها و هم شاهدها، کمتر از ۵۰ درصد یا نصف دچار اختلالات عملکرد اجتماعی بوده‌اند گرچه این نسبت در بیماران ایسکمیک قلبی تقریباً دو برابر افراد سالم است. تفاوت این دو نسبت نیز معنی‌دار شد ($P = ۰/۰۴$). گرچه ابتلاء به درجات مختلف افسردگی در موردها کمی بیش از شاهدها (۲۹/۷ درصد در مقابل ۱۸/۵ درصد) بوده لیکن تفاوت آنها به سطح معنی‌داری نرسیده است. علیهذا سه عامل جسمانی‌سازی، اضطراب و عملکرد اجتماعی را باید جزء عوامل اثرگذار بر ابتلاء به ایسکمی قلبی به حساب آورد.

با توجه به اینکه امتیاز کلی ارزیابی کننده سلامت سبک زندگی (Life Style) افراد در سنجش همزمان سه حوزه سلامت

طرح تحقیقاتی فشار خون (از عوامل خطر عمده بیماری‌های قلبی) در تهران نشان داد که شیوع فشار خون بالا در افراد مجرد و متأهل تفاوت معنی‌دار نداشته در حالیکه میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک پس از تطبیق بر حسب سن، در افراد مجرد بیشتر بوده و نیز میزان BMI (به عنوان دیگر ریسک فاکتور بیماری‌های قلبی) در افراد مجرد بیشتر بود (Bastanagh, و همکاران ۱۹۹۴). تحقیق دیگری حاکی از آن بوده که مردان مجرد نسبت به مردان متأهل هم‌سن، ریسک بالاتری برای سکته قلبی دارند که این تفاوت‌ها ناشی از تفاوت‌های سبک زندگی در مردان مجرد و متأهل تشخیص داده شده است (Malcolm, ۱۹۸۹).

۲۰/۳ درصد از بیماران سیگار مصرف می‌کرده‌اند در حالی که این میزان در افراد سالم ۷/۷ درصد بوده است ($P = ۰/۰۳۹$). به عبارت دیگر استعمال سیگار خطر ابتلاء به ایسکمیک قلبی را تا حدود ۳ برابر افزایش می‌دهد. بررسی شیوع ریسک‌فاکتورهای بیماری‌های قلبی‌عروقی در زاهدان نشان داد که سیگار شایع‌ترین عامل خطر در بیماران قلبی زیر ۵۰ سال بوده است (Aminbashi, ۱۳۷۳). مطالعه‌ای در هند و بر روی ۷۰ بیمار قلبی ۴۰-۳۶ ساله نشان داد که تقریباً ۶۲٪ آنها سیگاری مزمن بوده‌اند (Dwivedi و همکاران ۲۰۰۰).

تراکم بیشتر رده‌های دارای اختلال روانی و مشکوک به اختلال روانی در موردها و ما به ازای آن تراکم بیشتر افراد فاقد اختلال روانی در شاهدها حاکی از تأثیر قابل توجه وجود اختلال روانی بر ابتلاء به بیماری ایسکمیک قلبی می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). در یک مطالعه بزرگ آینده‌نگر که در سوئد و بر روی تعدادی از کارگران صنایع انجام شده، رابطه‌ای پایدار و قابل ملاحظه بین استرس و بروز انفارکتوس میوکارد حاد مشاهده گردید (۱۹۸۳ Jenkins). بر اساس مطالعه فرامینگهام، استرس خطر ایجاد آژنین صدی را دو برابر افزایش می‌دهد (Eaker و همکاران ۱۹۸۹).

فعالیت فیزیکی در بیماران ایسکمیک قلبی در قیاس با افراد سالم به طور معنی‌داری کمتر است ($P = ۰/۰۱۳$). میانگین شاخص فعالیت فیزیکی برای موردها ۳۸/۷ و برای شاهدها ۴۲/۱ بوده است. شیوع جهانی عدم تحرک فیزیکی در میان بالغین ۱۷٪ است و عدم فعالیت فیزیکی ۲۲٪ از بیماری‌های ایسکمیک قلب را در کل دنیا سبب می‌شود. فعالیت فیزیکی از طریق مکانیزم‌های ذیل سبب کاهش خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی و دیابت می‌گردد: ارتقاء و بهبود متابولیسم گلوکز، کاهش چربی و کاهش فشار خون (Ahmadvand و همکاران ۲۰۰۲). انجمن

در مورد پیامدهای موارد فوق‌الذکر و تبعات سبک زندگی ناسالم اطلاع‌رسانی نمود. لذا فرهنگ تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی مناسب، فضای روانی هنجار بالاخص در خانواده از طریق آموزش‌های فراگیر ضروری به نظر می‌رسد. یکی از فضاهای فوق‌العاده مهم برای اینکار می‌تواند محیط مدارس باشد. دولت نیز با سازوکارهایی مثل ایجاد و توسعه تسهیلات و امکانات ورزشی، تأمین سهولت دسترسی به مکانهای ورزشی، پارکها و فضاهای سبز نقش تعیین‌کننده‌ای در این مهم به عهده دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یک طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی تهران می‌باشد. بر خود لازم می‌دانم مراتب قدردانی خود را خدمت پرسنل بیمارستان سوم شعبان شهرستان دماوند بابت همکاری صمیمانه‌شان در انجام این طرح اعلام نمایم.

روان، فعالیت فیزیکی و تغذیه سالم برای موردها ۶۰/۸ و برای شاهدها ۷۰/۳ بوده است که اختلاف آنها نیز معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.001$) بنابراین باید سبک زندگی را در ابتلاء به ایسکمی قلبی مؤثر و قابل اعتناء دانست.

نتیجه‌گیری

از نتایج این مطالعه می‌توان بدین نتیجه نائل آمد که عدم‌تحرک کافی و رژیم‌های غذایی پرچرب و کم‌فیبر و همچنین وضعیت نامناسب روانی می‌توانند دلایل عمده و فاکتورهای مهمی برای بروز ایسکمی قلبی باشند.

با توجه به نتایج حاصله می‌توان چنین استدلال نمود که مداخلات بر روی فاکتورهای عامل بیماری اعم از تحرک فیزیکی کم، وضعیت روانی ناپهنجار و تغذیه ناسالم می‌تواند در حد قابل توجهی از بیماری‌های قلبی‌عروقی پیشگیری می‌نماید. لذا با یک برنامه منسجم آگاه‌سازی و جلب مشارکت مردم از طریق سازمانها و نهادها بالاخص رادیو، تلویزیون و مطبوعات می‌توان

REFERENCES

- Ahmadvand AR. Jamshidi AR. and et al (2002). [Translation of Health World Report of 2002]. Tehran: Avicenna Institute. (Persian)
- American Heart Association (AHA) (2001). Heart and Stroke Facts. New York: American Heart Publication..
- Aminbashi M. (1999). [Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease Patients Under 50 Hospitalized in Zahedan Khatamolanbia Heart Hospital]. MS Tehsis. Zahedan Medical Sciences University in 1373-77 year. (Persian)
- Azizi F. (2001). (Sugar & Lipid in People of Tehran). Metabolism & Endocrinology Researches Center of Shahid Beheshti Medical Sciences University. (Persian)
- Azizi F. Hatami H. Janghorbani M. (2000)[Epidemiology and Control of Common Diseases in Iran]. No. 1. Tehran: Eshtiyagh. (Persian)
- Baecke JA. Burema J. and Frijters JE. (1982) A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. The American Journal of Clinical Nutrition. 36(5)936-42. <http://ajcn.nutrition.org/content/36/5/936.short>
- Bastanhagh MH Nematipoor E. et al.. (1994). [The Results of Tehran People Blood Pressure Research Plan]. Tehran University of Medical Sciences Heart Research Center. (Persian)
- Benchamol D. et al. (2000). Short and long-term risk factors for sudden death in patient with stable angina. International Journal of Cardiology. 76(2-3)147-56.
- Butler JT. (2001). Principle of Health Education and Health Promotion. 3rd ed. United States: Wads Worth Press.
- Dwivedi S. Dwivedi G. Chaturvedi A et al(2000). Coronary artery disease in the young: Heredo familial or faulty life style or both. Journal of Indian Academy of Clinical Medicine. 3(1) 221-5.
- Eaker ED. Abbot RD. Kannel WB. (1989). Frequency of uncomplicated angina pectoris in type A compared with type B persons. The Framingham. Study. Am J Cordial. 63(15)1042-5.

- Fauci A S Braunwald E Kasper D L et al (2008) Harrison 's Principles of International Medicine. New York: McGraw Hill.
- Goldberg DP. Hillier VF. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*. 9(1)139-45.
- Garber CE. (1997). The benefits of physical activity on coronary heart disease and coronary heart disease risk factors in women. *United States. Women's Health Issues*. 7 (1)17-23.
- Hashemifard T. (2003). [Sustainability of Health Education on Quality of Life in Patients with Open Heart Surgery in Shahid Rajaei Heart Hospital]. MS Thesis. Tarbiat Modarres University. (Persian)
- International Cardiovascular Disease Statistics (1998). Biostatistician Fact Sheet. American Heart Association.
- Jenkins CD. (1983). Psychological and Behavioral Factors. *Prevention of Coronary Heart Disease*.
- KimiagarKS. Ghaffarpour M. Houshiar-Rad M. et al. (1998). Food consumption pattern in the Islamic Republic of Iran and its relation to coronary heart disease. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 4(3) 539-47.
- Malcolm JA. Dobson AJ. (1989) Marriage is associated with a lower risk of ischemic heart disease in Men. *The Medical Journal Of Australia*. 151(4)185-8
- Moher M. (1995). Evidence of the Effectiveness of Intervention for Secondary Prevention and Treatment of Coronary Heart Disease in Primary Care. Oxford: Anglia and Oxford Regional Heart Authority. Mohammad
- Noorbala AA. (1999). [Plan Reviews in health and disease]. Tehran: Health Department/Medical Sciences Researches Center.. (Persian)
- Mohebbi S. Sharifirad. GHR. Matlabi M. (2006). [The relation of physical activity in middle age and cardiovascular problems in old age in retired people in Isfahan]. *Ofoogh Danesh; The journal of Gonabad Faculty of Medical Sciences & Health Services*. 12 (3) P57-64. (Persian)
- World Health Organization (WHO). Fighting Heart Disease and Stroke. 17 March 2002. available at:<http://www.who.int/world-health> (22 march 2002).
- World Health Organization. (1999). *The World Health Report*. Geneva.

Evaluation of correlation between lifestyle and Morbidity of Ischemic heart disease

EftekharArdebili H¹, Rahimi foroushani A², Barkati H³,
Babaei Heydarabadi A³, Ashrafi Hafez A⁴, Omrani A⁵

-
1. Professor, Health Education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 2. Associated Professor, Health Education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 3. PhD Candidate in Health Education & Health promotion, Department of Public Health, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
 4. Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 5. M. sc of Health care management, Tehran university of medical science

■ Corresponding author: Department of Public Health, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tabnak Ave, Daneshjou Blvd, Velenjak, Tehran, Iran P. O. Mobile: +98 9125711960. E-mail: hbarkati@yahoo. com

Abstract

Objectives: Cardiovascular diseases are the leading cause of 17'000'000 worldwide deaths annually. If the current trends continue, the number of deaths will increase to 25'000'000 by the year 2020. Lifestyle contributes to many chronic diseases such as coronary heart diseases. The aim of this study was to examine the correlation between lifestyle and ischemic heart disease.

Methods: This case-control study was carried out in Damavand sevvom sha'ban hospital. The sample of the study consisted of 65 cases (patients suffering from coronary artery disease) and 65 healthy controls. Data were collected by three questionnaires: General Health Questionnaire(GHQ), FFQ (Food Frequency Questionnaire) and physical activity questionnaire . These questionnaires were completed by interviewing the participants. Data were analyzed by SPSS software.

Results: There was a significant correlation between Age, Marital status, Smoking, Physical activity, diet and Mental health and ischemic heart disease.

Conclusion: Insufficient physical activity, high fat and low fiber diet, inappropriate mental status were risk factors and major causes of in heart ischemia incidence.

Key words: Heart Ischemia, Life Style, Physical Activity, Diet, Mental Health