

مقاله پژوهشی

فصلنامه دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی رفسنجان

سال چهارم، شماره سوم و چهارم، بهار و تابستان ۱۳۸۹

شیوه زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری ترخیص شده از بخش CCU مرکز آموزشی درمانی علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۵

مریم شهابی نژاد^۱، حمید بخشی^۲، محمدعلی رضایی^۳، علی خدادادی^۲

خلاصه

زمینه و هدف: برنامه‌ریزی و کمک به افزایش طول عمر بیماران مبتلا به مشکلات قلبی عروقی نیازمند بررسی نیازهای آموزشی ایشان و رفتارهای تغذیه‌ای و به طور کلی شیوه زندگی آنان است بر این اساس هدف از این مطالعه تعیین شیوه زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری می باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی که تعداد ۴۰۴ نفر از بین بیماران بستری در بخش CCU که مبتلا به سندرم حاد کرونری بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته ای بود که حیطه های آن شامل الگوی مصرف مواد غذایی و نوشیدنی، ورزش، مصرف دخانیات، مسائل و مشکلات سلامتی و مشخصات فردی بود. جهت تعیین میزان اضطراب از مقیاس کتل استفاده شد. امتیاز سوالات پرسشنامه با توجه به استاندارد موارد مذکور به صورت مطلوب و نامطلوب تقسیم بندی گردید. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری کای دو، ANOVA و t زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۸۶/۹ درصد نمونه ها هیچ گونه ورزشی نداشتند. ۲۹/۷ درصد سابقه مصرف دخانیات (سیگار) و ۳۸/۴ درصد مبتلا به فشارخون بودند که ۲۰/۳ درصد آنها ماهانه فشار خون خود را کنترل می نمودند. ۲۳ درصد نمونه ها مبتلا به دیابت بودند که فقط ۴ درصد آنها با استفاده از رژیم غذایی دیابت خود را کنترل می نمودند. ۵/۲ درصد نمونه ها میزان تخم مرغ مصرفی شان در حد نامطلوب، ۵۲/۵ درصد مصرف نمک به صورت نامطلوب، ۲۵/۵ درصد مصرف شیر به صورت نامطلوب و ۲/۵ درصد مصرف الکل داشتند.

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج نشان می دهد هنوز هم درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به عروق کرونری، دارای رفتارهای ناصحیح در حیطه های مورد نظر می باشند. لذا پیشنهاد می شود که آموزش شیوه زندگی به خصوص برای این دسته از بیماران هم در مراکز بهداشتی درمانی و هم از طریق رسانه های جمعی دائماً مد نظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: شیوه زندگی، سندرم حاد کرونری، بخش مراقبت‌های ویژه قلب

^۱ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ، دانشکده پرستاری مامایی، گروه داخلی جراحی (نویسنده مسئول)

Email: myshahabin@yahoo.com Tel: 09133919621

^۲ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ، دانشکده پرستاری مامایی، گروه داخلی جراحی

^۳ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ابرانشهر

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونر علت عمده مرگ و میر در اغلب کشورها از جمله ایران است [۱] که این مشکل با چاقی تشدید می‌گردد [۲]. تعداد زیادی از مبتلایان به بیماری کرونر قلب به طور کافی بررسی و اداره نمی‌شوند و اغلب در هدف‌های درمانی‌شان شکست می‌خورند [۳]. بیشتر بیماران با بیماری قلبی عروقی در ایالات متحده، درگیر درمان‌های دارویی شدید و وسیع بوده و یا تحت درمان با تدابیر تهاجمی قرار می‌گیرند و به تعدیل شیوه زندگی آنها خیلی کم توجه می‌شود. تدابیر پزشکی به طور مسلم موثر بوده اما عوارض جانبی دارد. تدابیر جراحی نیز علی‌رغم این که موثر است خطر مرگ و میر و عوارض بعد از عمل را به دنبال دارد [۴]. عوامل خطر بیماری کرونری مثل کلسترول بالا، فشار خون بالا، دیابت ملیتوس، سیگار و چاقی به خوبی شناخته شده است و پرهیز از این عوامل ضروری می‌باشد [۵]. بر اساس اهداف سیستم بهداشتی درمانی کشور که پیشگیری بهتر از درمان است، با کنترل عوامل خطر نه تنها از هزینه‌های درمانی کاسته خواهد شد بلکه زندگی افراد آرامش بیشتری خواهد یافت. در اوایل دهه ۱۹۷۰ نیاز به تعدیل و تغییر شیوه زندگی به عنوان یک ضمیمه برای درمان بیماران قلبی با برنامه‌های بازتوانی قلبی به صورت تشویق به ورزش آئروبیک، کنترل وزن، ترک سیگار و تغییر و اصلاح رژیم غذایی توسعه داده شد [۴].

شیوه زندگی یک الگوی زندگی فردی است که در فعالیت‌ها، دلبستگی‌ها و افکار شخصی بیان می‌شود و شامل الگوی کامل عمل و عکس‌العمل بوده و فراتر از شخصیت یا طبقه اجتماعی شخص است. تعیین‌کننده‌های سلامتی فرد به ترتیب ۵۰ درصد شیوه زندگی، ۲۰ درصد دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، ۲۰ درصد محیط و ۱۰ درصد ژنتیک عنوان شده است [۶]. انفارکتوس میوکارد یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها و در رأس علل مرگ و میر در کشور محسوب می‌شود [۷]. میزان مرگ و میر بیمارستانی در مبتلایان به MI در پنج سال اول ۵/۶ درصد و

پنج سال دوم ۵/۵ درصد بوده و میزان مرگ و میر در مردان بستری ۳/۹ درصد و در زنان ۸/۲ درصد می‌باشد. با قطع زنجیره علت ایجاد آترواسکروزیس و عوارض آن می‌توان عمر افرادی که دچار مشکل CHD شده‌اند را با تغییر فرهنگ مصرف غذا، عادات مضر و تحرک، افزایش داد. شواهد حاکی از اختلاف در رعایت رژیم غذایی، رعایت سلامت و بهداشت قلبی و عروقی در افراد تحصیل کرده می‌باشد [۸]. مقیمی و سالاری در بررسی شیوه زندگی سالمندان دارای پرفشاری خون ابراز کرده‌اند که اکثر افراد با سابقه فشارخون بالا (۶۰ درصد) تنها در مواقع احساس ناراحتی و ویزیت پزشک فشار خود را کنترل کرده و ۳۱/۳ درصد آنها داروهای تجویزی را فقط در مواقع احساس ناراحتی و افزایش فشار مصرف می‌کردند و بین رژیم غذایی و فشارخون آنان تفاوت معنی‌دار بود [۹]. بروز عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی در کشورهای خاورمیانه در حال افزایش است که در اثر عدم رعایت آموزش‌های لازم تلقی می‌شود [۸]. همچنین در مطالعات انجام شده بین میزان استرس افراد و ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر ارتباط گزارش شده است [۱۰]. عملاً کنترل بیماری قلبی عروقی هنوز نیاز به آموزش بیشتر در کنترل رفتارهای تغذیه‌ای و کنترل فشار خون و مقابله جدی‌تر با تغییر رفتارها و شیوه‌های زندگی دارد [۸].

پوراسلامی به نقل از پوسکا اظهار می‌دارد که آموزش و کنترل عوامل مساعدکننده بیماری‌های قلبی عروقی در سطح جامعه باعث کاهش چشمگیر بیماری قلبی عروقی می‌شود. همراه با تغییر میزان عوامل مساعدکننده، میزان بیماری‌های کرونر قلب در کارولینای شمالی کاهش یافت. این کاهش در بین مردان ۶۴-۳۵ ساله تقریباً ۵۰ درصد در طی ۲۰ سال بود [۶].

در سال ۱۹۹۰ اولین بررسی بهداشتی بر روی عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی تحت عنوان inter health انجام شد. در این بررسی شیوع سیگاری بودن ۲۹/۸ درصد، فشارخون ۹/۹ درصد، کلسترول خون ۲۰/۹ درصد و BMI غیر طبیعی در ۳۵/۳ درصد موارد گزارش گردید. بررسی انجام شده از نظر وضع

مصرف تخم مرغ: کمتر/مساوی چهار عدد در هفته (مطلوب)،
گوشت قرمز: کمتر /مساوی چهار بار در هفته (مطلوب)، شیر کم
چرب (مطلوب)، نمک: به ندرت (مطلوب)، ورزش: بیشتر /مساوی
سه بار در هفته هر بار به مدت ۲۰ دقیقه (مطلوب)، دخانیات:
عدم مصرف (مطلوب)، کنترل فشار خون: حداقل یکبار در ماه
(مطلوب)، کنترل قند خون: حداقل یک بار در هفته (مطلوب)،
 $BMI = ۱۸/۵ - ۲۴/۹$ (مطلوب)

در نهایت اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و به کمک
آزمون‌های آماری کای دو، ANOVA و t زوج مورد تجزیه و
تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که بیشترین درصد (۴۵/۸)
افراد تحت مطالعه در فاصله سنی ۵۰-۴۱ سال و بیشترین
درصد (۵۸/۴) مرد، بیشترین درصد وزن افراد تحت مطالعه (۵۸)
بین ۷۰-۵۱ کیلوگرم ۴۰/۹ درصد افراد تحت مطالعه قد بین
۱۶۰-۱۵۰ و در مجموع ۶۳/۴ درصد دارای BMI طبیعی بودند
(جدول شماره ۱). ۹۴/۶ درصد افراد تحت مطالعه متأهل، بیشترین
درصد (۵۷) بی سواد و (۴۹ درصد) بیکار بودند. اکثر افراد تحت
مطالعه (۸۱/۵ درصد) اظهار داشتند که شخص یا اشخاصی از
آنها حمایت می‌کنند. ۴۴/۶ درصد نمونه‌ها مبتلا به آنژین قلبی
و ۲۶/۵ درصد مبتلا به انفارکتوس میوکارد و ۲۸/۹ درصد مبتلا
به سایر بیماری‌های عروق کرونر بودند.

جدول شماره ۱) شاخص‌های آماری تعدادی از مشخصات افراد

تحت مطالعه

BMI	وزن	قد	سن	مشخصات نمونه‌ها شاخص‌های آماری
۲۵/۰۳	۶۶/۹۲	۱۶۶/۲۲	۵۹/۴۷	Mean
۲۴	۶۵	۱۶۵	۶۰	Median
۷/۸۹	۱۲/۳	۱۰/۴۲	۱۲/۹۶	SD
۱۱/۹۶	۴۴	۱۲۵	۲۵	Minimum
۶۴	۱۷۰	۲۰۰	۹۵	Maximum

تغذیه، حاکی از افزایش مصرف گوشت، نمک، الکل (در مردان) و
اسیدهای چرب اشباع و کاهش مصرف کربوهیدرات‌ها، ویتامین
B1 و B2 بود [۶].

برنامه‌ریزی و کمک به افزایش طول عمر بیماران مبتلا به
مشکلات قلبی عروقی نیازمند بررسی نیازهای آموزشی ایشان و
رفتارهای تغذیه‌ای و به طور کلی شیوه زندگی می‌باشد لذا این
مطالعه با هدف بررسی شیوه زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد
کرونری طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی می‌باشد که تعداد
۴۰۴ فرد مبتلا در مدت یک سال از بین بیماران بستری در
بخش CCU به صورت سرشماری انتخاب گردید. معیارهای ورود
به مطالعه شامل بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بوده که
حداقل برای دومین بار (به دلیل یکسان بودن نمونه‌ها از نظر
دریافت آموزش‌های مربوط به عوامل خطر بیماری خود) با
تشخیص سندرم کرونری حاد توسط متخصص بستری شده
بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای
بود که حیطه‌های آن شامل اطلاعات فردی، الگوی مصرف مواد
غذایی و نوشیدنی (۹ سوال) نوع ورزش و نحوه ورزش (۶ سوال)،
مصرف دخانیات (۶ سوال)، مسائل و مشکلات سلامتی (۸ سوال)
بود. لازم به ذکر است که حیطه‌های پرسشنامه مذکور، براساس
پرسشنامه Cardiac Life style Questionnaire (CLQ)
بوده که توسط خانم کاستلین در تحقیقی مشابه مورد استفاده
قرار گرفته است [۱۷]. جهت تعیین روایی از روش اعتبار محتوا و
برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد و برای
تعیین میزان اضطراب از مقیاس استاندارد کتل استفاده گردید.
پرسشنامه‌ها توسط دو دانشجوی پرستاری سال آخر که آموزش
لازم را در این مورد دیده بودند در بخش CCU تکمیل شد.
امتیازات سوالات پرسشنامه با توجه به استاندارد موارد مذکور به
صورت مطلوب و نامطلوب به طریق زیر تقسیم بندی گردید.

بررسی شیوه زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد

از نظر الگوی مصرف مواد غذایی بیشترین درصد افراد تحت مطالعه (۴۳/۶) در طول هفته تخم مرغ مصرف نمی نمودند، ۵۱/۲ درصد در حد مطلوب و فقط ۵/۲ درصد میزان مصرف تخم مرغ آنها در هفته بیشتر از حد مطلوب بود. بیشترین درصد افراد تحت مطالعه (۸۷/۶) مصرف گوشتشان مطلوب و ترجیحاً از گوشت سفید استفاده می نمودند و ۱۲/۴ درصد بیشتر از ۵ بار در هفته از گوشت استفاده می نمودند. ۴۳/۸ درصد افراد تحت مطالعه از نمک سفره استفاده نمی کردند و ۵۶/۲ درصد در حین غذا خوردن از نمکدان هم استفاده می نمودند. ۴۷/۵ درصد جهت پختن غذا از نمک استفاده نمی نمودند و ۵۲/۵ درصد به غذای خود در حین پختن نمک اضافه می کردند که با استفاده از آزمون کای دو بین مصرف نمک و بیماری قلبی با $P < 0/0005$ ارتباط معنی دار بود.

۲۵/۵ درصد افراد تحت مطالعه یا شیر نمی خوردند یا از شیر چرب استفاده می نمودند و ۷۴/۵ درصد افراد تحت مطالعه از شیر کم چرب استفاده می کردند که با استفاده از آزمون کای دو بین نوع شیر مصرفی با بیماری قلبی با ارتباط معنی دار دیده

مریم شهابی نژاد و همکاران

شد ($P < 0/0005$). ۹۳/۶ درصد افراد تحت مطالعه الکل نمی نوشیدند و ۲/۵ درصد از الکل استفاده می کردند که همه این افراد میزان مصرفشان کمتر از ۲ بار در روز بود و ۳/۹ درصد نیز حاضر به پاسخ این سوال نشدند. فقط ۱۳/۱ درصد افراد تحت مطالعه الگوی ورزش در حد مطلوب داشتند و ۸۶/۹ درصد یا ورزش نمی کردند و یا میزان ورزششان در حد مطلوب نبود.

۲۹/۷ درصد دخانیات استفاده می نمودند (۲۸ درصد سیگار، ۱/۲ درصد قلیان یا پیپ، ۰/۵ درصد از نوع جویدنی) ۳۸/۴ درصد مبتلا به پرفشاری خون بودند که از این تعداد فقط ۲۰/۳ درصد ماهانه فشارخون خود را کنترل می نمودند. ۲۴/۸ درصد افراد تحت مطالعه مبتلا به دیابت بودند که از این تعداد ۵/۲ درصد قند خون خود را ماهانه کنترل می نمودند. فقط ۰/۵ درصد از نمونه ها از میزان کالری دریافتی مورد نیاز خود اطلاع داشتند که با استفاده از آزمون کای دو بین بیماری دیابت و بیماری قلبی با $P < 0/005$ ارتباط معنی دار دیده شد. درمورد میزان اضطراب، یافته ها نشان داد که ۶۱/۱ درصد افراد تحت مطالعه اضطراب داشتند. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب رفتار بهداشتی مطلوب و نامطلوب

نامطلوب		مطلوب		رفتار بهداشتی
۲۹/۷	۱۲۰	۷۰/۳	۲۸۴	مصرف یا عدم مصرف دخانیات
۸۶/۹	۳۵۱	۱۳/۱	۵۳	ورزش و فعالیت
۹۱/۶	۳۷۰	۸/۴	۳۴	میزان ورزش در هفته
۹۱/۶	۳۷۰	۸/۴	۳۴	مدت زمان ورزش
۵/۲	۲۱	۹۴/۸	۳۸۳	نحوه مصرف یا عدم مصرف تخم مرغ
۱۲/۴	۵۰	۸۷/۶	۳۵۴	مصرف گوشت قرمز در هفته
۵۶/۲	۲۲۷	۴۳/۸	۱۷۷	استفاده از نمک سفره
۵۲/۵	۲۱۲	۴۷/۵	۱۹۲	استفاده از نمک حین پختن غذا
۲۵/۵	۱۰۳	۷۴/۵	۳۰۱	نحوه مصرف یا عدم مصرف شیر
۲/۵	۱۰	۹۳/۶	۳۷۸	نوشیدن الکل ^۰
۳۶/۶	۱۴۸	۶۳/۴	۲۵۶	BMI
۳۸/۴	۱۵۵	۶۱/۶	۲۴۹	وجود یا عدم وجود فشار خون
۷۹/۷	۳۲۲	۲۰/۳	۸۲	نحوه کنترل فشار خون
۲۳	۹۳	۷۷	۳۱۱	وجود یا عدم وجود دیابت
۶۱/۱	۲۴۷	۳۸/۹	۱۵۷	میزان اضطراب

* ۴/۹ درصد نیز حاضر به پاسخ این سوال نشدند

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این بررسی نشان داد که شیوه زندگی بیماران مبتلا به عروق کرونر هنوز هم در بسیاری از موارد مطلوب نیست، به طوری که ۳۵/۱ درصد نمونه‌ها، BMI بیشتر از حد طبیعی داشتند. چاقی با خطر بالای بیماری قلبی عروقی و مرگ همراه می‌باشد نتایج نشان می‌دهد که پیشگیری اولیه از عوامل خطر بزرگ شامل چاقی و اضافه وزن می‌تواند کلید اصلی پیشگیری از CHD و بیماری قلبی عروقی باشد [۱۱].

متخصصین معتقدند که عملکرد مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونری در رابطه با عوامل خطر این بیماری مناسب نیست و تحقیقات نشان می‌دهند که طی گذشت زمان مصرف سیگار در مبتلایان به سکت قلبی ۴ درصد و افزایش چربی خون ۱۰/۳ درصد افزایش یافته است [۱۲].

تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که رعایت توصیه‌های رژیم غذایی همراه با ورزش آئروبیک و در مجموع تغییر شیوه زندگی با بهبود دریافت اکسیژن در بین خانم‌های دچار اضافه وزن و چاق همراه بوده است [۱۶-۱۵-۱۴-۱۳].

وضعیت میزان اضطراب نیز در بیماران نامطلوب بود. مطالعات نشان داده‌اند که بیماری قلبی عروقی هم مانند فشار خون بالا، مستقیماً ناشی از برخی رفتارها و ویژگی‌های روان شناختی خاص همراه با استرس و اضطراب می‌باشد.

Castelein و همکارش در تحقیقی توصیفی تحت عنوان رضایت مندی و شیوه زندگی بیماران قلبی، اظهار داشتند که وضعیت ورزش، مصرف تنباکو و الکل، وزن، رژیم غذایی، استرس و هیپرتانسیون نمی‌باشد [۱۷].

۸۰ درصد بیماری‌های قلبی را مستقیماً می‌توان به عوامل خطری همچون فشار خون، دیابت و سیگار کشیدن نسبت داد که از طریق تغییرات سبک زندگی قابل تغییر می‌باشند، حدود ۷۰ درصد مرگ‌های ناشی از حملات قلبی با تغییراتی در سبک زندگی قابل پیشگیری است [۱۸].

بعضی مطالعات پیشنهاد می‌کنند که توانایی بیماران برای تغییر شیوه زندگی جهت دستیابی بهتر به درمان می‌تواند به آگاهی عمومی این بیماران از فاکتورهای خطر CHD ارتباط داشته باشد و اظهار می‌دارند که یافته‌های آنها ارتباط آماری معنی داری را بین میزان آگاهی عمومی درباره عوامل خطر CHD با پذیرش تغییر شیوه زندگی از جمله کنترل وزن، افزایش فعالیت فیزیکی روش صحیح برخورد با استرس و تعدیل رژیم غذایی نشان می‌دهد. یک مطالعه که در پنج کشور اروپایی انجام شد و تغییر شیوه زندگی را در بیماران مبتلا به CAD بررسی نمود اظهار می‌دارد که فقط در حدود نیمی از مبتلایان به طور قطع رعایت می‌نمایند [۳]. پذیرش طولانی مدت برای تغییر در شیوه زندگی در بیماران قلبی به طور مشخص بین ۸۰-۲۰ درصد با شکست مواجه می‌شود [۱۹]. یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که برنامه‌های متمرکز تغییر شیوه زندگی قادر به کاهش دامنه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در بیماران مبتلا می‌باشد [۲۰].

نتیجه گیری: در مجموع نتایج نشان می‌دهد هنوز هم درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای رفتارهای ناصحیح در حیطه‌های مورد نظر می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود که آموزش شیوه زندگی به خصوص برای این دسته از بیماران هم در مراکز بهداشتی درمانی و هم از طریق رسانه‌های جمعی دائماً مد نظر قرار گیرد.

منابع

- ۱- دوستکامی ح ، حسینیان ع، سزاوار س ه، فاتحی، غ. بررسی شیوع انفارکتوس میوکارد بدون صعود قطعه ST در بین بیماران آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان بوعلی اردبیل. پایان نامه دکتری حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۳۸۱
- 2.Carroll.S, Marshall.P, Brokoles E and et al. Efficacy of lifestyle intervention on peak exercise cardiac power output and reserve in premenopausal obese females: A randomized pilot study .international journal of cardiology ,doi:10,1016/J.ijcard , 2007,pp:1-19 .

۱۲- مسیح نیا ف. تغییرات عوامل خطر انفارکتوس میوکارد در رابطه با گذشت زمان، پژوهنده ، شماره هفتم، زمستان ۷۶، صفحه ۸۱-۷۷.

13- Ross R, Janssen I, Dawson J et al. Exercise-induced reduction in obesity and insulin resistance in women: a randomized controlled trial *Obese Res* 12 (2004),pp.789-798.

14. Andersen R.E., Wadden T A. Bartlet S.J. et al., Effect of lifestyle activity structured aerobic exercise in obese women, *JAMA* 281 (1999) , pp. 335-340.

15. Janssen I, Fortier A. Hudson R. et al., Effects of an energy- restrictive diet with or without exercise on abdominal fat, intramuscular fat, and metabolic risk factors in obese women , *Diabetes care* 25(2002),pp.431-438.

16. Dunn A .L., Marcus B.H. kampert J.B. et al., Comparison of lifestyle and structured intervention to increase physical activity and cardio respiratory fitness. A randomized trial, *JAMA* 281(1999), pp.327-334.

17. castelein P, kerr j R. satisfaction. and cardiac lifestyle . *jade nursing* , Mar 21(3) .pp: 498-505.1995.

18. Jakicic J M, Marcuse B.H and Gallagher K.I et al. Effects of exercise duration and intensity on Weight loss in overweight, sedentary women , *JAMA* 290 (2003) , pp.1323-1330.

19. Domas .A.J, Levinson. S, Sher.T, Mini- size ME:changes in fat intake for cardiac patient and their partners after a 12 week lifestyle intervention and 12 month follow-up, *journal of the American dietetic Association* vol 105, issue 8 , supplement 1, Aug 2005,pp: 42.

20.Lavie CJ, Milani RV. Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(17): 1878-1883.

3.Roijer.C.A , Stagmo. M, Uden.G, Erhardt.L, Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patient with coronary heart disease. *European Journal of cardiovascular Nursing* , vol 3, Issue 4, December 2004, pp:321-330.

4. Aldana .S.G, whitmer.W.R, Greenlaw .R, and et al.Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart & Lung: The journal of Acute and critical care*, vol32. Issue6, Nov-Dec 2003 .pp:374-382

5. Summanen M, Koskenvuo K, Suominen S .Secondary prevention of coronary heart disease is disappointing among patients of working age. *Family Practice* 2004; 21(3):304-306.

۶-پور اسلامی م. توصیه برای شیوه زندگی . پژوهش در پزشکی. مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، ویژه نامه، پاییز ۱۳۸۱. صفحه ۱۳.

۷-جلالی ف. حاجیان ک. مقایسه روند وضعیت مرگ و میر بیمارستانی و مدت بستری شدن مبتلایان به انفارکتوس میوکارد در ۵ ساله اول (۷۱-۱۳۷۵) و ۵ ساله دوم (۷۶-۱۳۸۰) در بیمارستان شهید بهشتی بابل. پژوهش در پزشکی. مجله پژوهشی دانشکده پزشکی. ویژه نامه پاییز ۸۱. صفحه ۱۶۵، ۱۶۴

۸-شریفی م. امامی میبدی م. پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی یزد، ۱۳۷۹.

۹-مقیمی م، سالاری ع. مقایسه برخی عوامل خطر مؤثر بر شیوه زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون و سالم. پژوهش در پزشکی. مجله پژوهشی دانشکده پزشکی ، ویژه نامه پاییز ۱۳۸۱. صفحه ۲۰۵.

۱۰-ولایی ن و همکاران. بررسی فراوانی استرس زاها و میزان استرس ادراک شده در قسمتی از جمعیت شهری تهران: مطالعه قند و لیپید تهران . پژوهش در پزشکی . مجله پژوهش دانشکده پزشکی . ویژه نامه پاییز ۱۳۸۱ صفحه ۱۸۳

11. Mayor S, obesity in middle age is an independent Risk factor for cardiovascular disease. *BMJ* 2006, 332:71(14 January),doi: 10.1136/BMJ.332.7533.71-a.

The survey of life style of acute coronary syndrome in bed in ccu of Aliyebne Abitaleb university hospital of Rafsanjan during 2006.

M. shahabinejad* , H. Bakhshi*, M. Rezaei*. A. khodadi.*.

*Academic Member, faculty of Nursing, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan Iran

Email:myshahabin@yahoo.com Tel: 09133919621

Abstract

Objective: The life style has great impacts on health of cardiac patients. So the aim of this study was to evaluate the impacts of the life style on the health status of patients with acute coronary syndrome.

Material and Methods: This survey is a sectional study which performed on 404 patients with cardiac diseases. The study was a questionnaire based study and data were collected by a researcher designed questionnaire. The questionnaire assessed followings: food intake and drinking consumption pattern, kind of sport and how to exercise, tobacco smoking, health problems and disorders, stress and anxiety situation, personal characteristic. The catel's scale was also used to determine the level of anxiety. The questions in the questionnaire were divided into optimal and non optimal, according to the standard mentioned cases and data were analyzed by SPSS software and then answered by statistical tests contain X^2 , ANOVA and paired t test.

Results: our results showed that the highest percentage of patients had (86.9%) no exercise, kind 29.7% case were not smokers. 38.4% of the patients were suffering from blood pressure while 20.3% of them controlled their blood pressure. Diabetes was found in 23% of patients while only 4% controlled their diabetes by food diet. 29.7% of the patients had undesirable egg consumption and 52.5% of salt. 25.5% of patients were using undesirable milk and only 2.5% said that drank alcoholic drinks.

Conclusion: Over all the result showed that still a considerable proportion of cardiac patients had insufficient life style criteria in the field of health behaviors.

Key word: life style, acute coronary syndrome, Cardiac Care Unit