

تحلیل تأثیر حمایت اجتماعی بر سبک زندگی سالم (مورد مطالعه: بیماران کرونر قلب شهرستان بانه)

محمود کیوان آرا^۱، رضیه احمدزاده^{۲*}

۱- دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- کارشناس ارشد پژوهش در علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، اصفهان و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد بانه، کردستان.

چکیده

یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت انسان بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی است. هدف این پژوهش بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سبک زندگی سالم در بیماران کرونر قلبی (مورد مطالعه: شهرستان بانه) بود. روش تحقیق پیمایشی و جامعه آماری ۳۱۲۴ نفر بود. حجم نمونه با فرمول کوکران ۳۴۲ نفر که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی و ابعاد آن: عاطفی، ایزاری و اطلاعاتی با سطح معنی‌داری $Sig=0/000$ بر متغیر وابسته سبک زندگی سالم تأثیر دارند. بر اساس تحلیل رگرسیون می‌توان گفت متغیر حمایت اجتماعی بعد اطلاعاتی با ضریب بتای $0/40$ مهمترین پیش‌بینی کننده متغیر وابسته سبک زندگی سالم است بنابراین، تقویت حمایت اجتماعی بیماران به منظور تغییر سبک زندگی ناسالم به سبک زندگی سالم، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های رفتاری ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی سالم، حمایت اجتماعی، بیماران کرونر قلبی.

مقدمه و بیان مسأله

در بسیاری از کشورها، بیماری‌های غیر واگیر، روند صعودی دارند که دلایل عمده آن افزایش طول عمر، افزایش و طولانی‌تر شدن زمان مواجهه با عوامل خطر و تغییر الگوی زندگی است (طالب زاده، ۱۳۸۸: ۱۷۰-۱۶۳). در بین بیماری‌های غیر واگیر بیماری‌های قلبی - عروقی در شروع قرن بیستم مسئول کمتر از ۱۰٪ کل مرگ‌ها در سراسر جهان بوده است و در شروع قرن بیست و یکم بیماری‌های قلبی - عروقی مسئول تقریباً نیمی از کل مرگ و میرهای کشورهای توسعه یافته و ۲۵٪ مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه بوده است (عزیزی، ۱۳۸۹: ۲۴). در بین بیماری‌های قلبی - عروقی بیماری‌های عروق کرونر از جمله شایعترین و خطرناکترین مصائبی هستند که زندگی بشر را تهدید نموده و از شایعترین علل مرگ و میر به شمار می‌آیند. سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر در امریکا مبتلا به انفارکتوس می‌شوند که ۱۵ تا ۶۵ درصد آنها به مرگ ناگهانی می‌انجامد. مطالعات دقیق پاتولوژیک نشان داده‌اند که در ۳۸ تا ۹۵ درصد بیماران که به طور ناگهانی فوت کرده‌اند، ضایعات حاد شریان کرونری وجود داشته است (صلصالی، ۱۳۷۲: ۴). انجمن قلب امریکا تخمین زده است که تا سال ۲۰۲۰، ۲۵ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی رخ می‌دهد و این بیماری به عنوان اولین عامل ناتوانی در جهان شناخته شود. نادیده گرفتن ارتباط سبک زندگی سالم با بیماری‌های قلبی در بیماران بدون علامت سالانه ۱۳ بلیون دلار خسارت به کشور امریکا وارد می‌کند و ۱۴ درصد مرگ‌ها ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی مربوط به عدم رعایت سبک زندگی سالم است (ودز^۱، ۲۰۰۰: ۲۵).

در کشورهای خاورمیانه بهبود وضعیت اقتصادی با شهرنشینی و کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان همراه است که منجر به رشد سریع جمعیت جوان می‌شود (۴۴٪ جمعیت کمتر از ۱۵ سال). میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در این کشورها به سرعت در حال افزایش است و بیماری‌های قلبی و عروقی هم اکنون مهم‌ترین عامل مرگ و

میر (۲۵ تا ۴۵٪ کل مرگ و میرها) به شمار می‌روند (عزیزی، ۱۳۸۹: ۲۴). علت افزایش مرگ و میر بیماری‌های قلبی - عروقی در این جوامع، تغییر وضعیت اقتصادی و سبک زندگی است در واقع با رشد روز افزون زندگی شهری، حرکت شتابان مدرنیته در کنار راحتی و آسایش از تهدیدهایی است که سلامت شهروندان را نشانه گرفته‌اند. سبک زندگی شهری بر کم تحرکی بنا شده است. استرس بالای ناشی از این نوع زندگی در شهرها، استفاده مکرر از فست فودها، تغذیه ناصحیح و ناسالم افراد را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌ها می‌کند و منجر به افزایش شیوع عوامل خطرزای این بیماری‌ها شده است. برای مثال در کشورهای در حال توسعه به طور میانگین ۴۸٪ از مردان بزرگسال سیگار می‌کشند و میزان سیگار کشیدن در حدود ۳/۴٪ در سال در حال افزایش است. در آسیا میزان کلسترول خون افراد به طور ثابتی در دهه‌های آخر قرن بیستم در حال افزایش است که میزان افزایش در نواحی شهری از سرعت بیشتری برخوردار است. علاوه بر این، شیوع بیماری قلبی - عروقی در گروه‌های با وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالاتر، بیشتر است (عزیزی، ۱۳۸۹: ۲۴).

در حال حاضر شیوع بیماری‌های عروق کرونر در ایران افزایش یافته به طوری که اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال است و متأسفانه در سال‌های اخیر سن بروز این بیماری‌ها کاهش یافته است. بر اساس اطلاعات حاصل از بررسی‌های انجام شده در میزان مرگ و میر ۱۸ استان ایران که در سال ۱۳۸۰ انجام گرفته است، از بین ۱۴۶۰۶۲ مورد مرگ و میر کلی برای تمام سنین و میزان‌های اختصاصی مرگ و میر بر حسب علت، جنس و سن و سال‌های از دست رفته‌ی عمر، ۶۶۷۷۹ مورد مرگ و میر به دلیل بیماری‌های قلبی و عروقی رخ داده است که ۴۵/۷۲٪ علت مرگ در مردان و ۴۱/۸۸٪ علت مرگ در زنان را تشکیل می‌دهند و اولین عامل منجر به مرگ محسوب می‌شود (تقوی، ۱۳۸۱: ۱۰۱).

بیماری‌های قلبی و عروقی در استان کردستان ۳۷/۹۷٪ و در شهرستان بانه ۳۱٪ مرگ و میرها را در سال ۱۳۹۱ به خود اختصاص داده است. این میزان دو برابر مرگ و میر ناشی از سرطان و تومورها در این استان است (بیدار پور، ۱۳۹۲: ۱). این آمار و اطلاعات بیانگر به صدا درآمدن زنگ خطر در استان کردستان و به خصوص شهرستان بانه (مورد مطالعه این پژوهش) است. هزینه گزافی که با بیماری‌های قلبی به کشورها تحمیل می‌شود، فشار اقتصادی بر روی

خانواده‌ها، اتلاف عمر و افزایش سال‌های از دست رفته در این بیماری و بار هیجانی و عاطفی بر روی آنها و خانواده‌هایشان، همچنین بروز بیماری‌های همچون افسردگی در پی بستری‌های مکرر در بیمارستان که افسردگی نیز به نوبه خود سبب تشدید مشکلات می‌گردد؛ محقق را بر آن داشت تا این مسأله را در شهرستان بانه با رویکرد جامعه‌شناسی پزشکی مورد مطالعه قرار دهد.

بنابراین انتقال اپیدمیولوژیکی از بیماری‌های حاد و عفونی به بیماری‌های غیر واگیر به عنوان علت اصلی مرگ و میر و اختلال در سلامتی، مطالعه سبک‌های زندگی سالم را به ویژه در این برهه از تاریخ ضروری ساخته است. علم پزشکی قادر به درمان همه بیماری‌های مزمن نیست و سبک زندگی که افراد برگزینند در سلامت و بیماری آنها بسیار اهمیت دارد. متعاقباً اینکه سلامتی به عنوان "دستاورد" مورد توجه قرار گرفته است، یعنی اگر افراد سبک زندگی سالم را برگزینند سالم می‌مانند و اگر سبک زندگی ناسالم را برگزینند بیمار خواهند شد. در این مورد در بهداشت عمومی رویکرد خود - مقصری^۱، که رفتار فرد را مسئول سلامتی‌اش می‌داند، رویکرد مسلط است. در این رویکرد بدون توجه به بستر اجتماعی موجود، رفتارهای فرد را تا حد زیادی به خود منتسب می‌کنند. این رویکرد اهمیت شرایط ساختاری در رفتارهای فرد را نادیده می‌گیرد. این در صورتی است که در بسیاری از جوامع، نهایتاً شرایط ساختاری، مسئول بسیاری از مسائل و مشکلات سلامتی افراد هستند (کوکرهام^۲، ۲۰۰۷: ۳۲۷).

در کل جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری، صرفاً واقعیاتی زیست‌شناختی نیستند، بلکه به طور هم‌زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز هستند. عوامل اجتماعی، همان‌گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی ایفا نمایند؛ در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی‌اند. به دیگر سخن، گرچه تردیدی نیست که "افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌ها با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسأله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیشتر می‌شود (کوکرین، ۱۳۷۶). از این رو، توجه به عوامل

1 victim – blaming approach

2 Cockerham

اجتماعی مؤثر بر سلامت اهمیت بسیار می‌یابد که یکی از مهمترین این عوامل، میزان حمایت اجتماعی است.

پژوهش‌های متعددی ثابت کرده‌اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (قدسی، ۱۳۸۲). حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود (شولز^۱، ۲۰۰۴: ۷۱۶).

برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط افراد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده‌اند (سارافینو^۲، ۲۰۰۲). در مجموع، شاید بتوان گفت حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و اینکه او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (گاچل، ۱۳۷۷). دسته‌بندی‌های گوناگونی توسط پژوهشگران از مفهوم حمایت اجتماعی به عمل آمده است. در واقع، این دسته‌بندی‌ها در پاسخ به این سؤال بوده که حمایت اجتماعی، به طور ویژه چه چیزی را فراهم می‌آورد؟ کیوان آرا حمایت اجتماعی را در چهار مقوله حمایت عاطفی، ابزاری یا ملموس، اطلاعاتی و ارزشیابانه دسته‌بندی کرده است:

الف) حمایت عاطفی^۳ می‌تواند اطمینان بخشی مجددی به افرادی بدهد که هنوز مورد معالجه واقع نشده‌اند، و فرصتی برای آنها فراهم نماید تا خودشان را از نگرانی‌ها و احساس منفی رها سازند. ب) حمایت ابزاری^۴ عبارت است از کمک به افراد برای زندگی روزمره جهت تطابق و عبور از تجارب استرس‌زا، مانند مراقبت فیزیکی، کمک‌های مالی یا کمک به مسئولیت‌های روزمره آنها مانند مراقبت کودک یا خرید از فروشگاه. ج) حمایت اطلاعاتی^۵ در

1 Shulz

2 Sarafino

3 Emotional Support

4 Instrumental Support

5 Informational Support

اینجا برای افراد نا آشنا به موقعیت‌های مختلف و حوادث استرس‌زا اطلاعات مناسب را فراهم می‌سازد؛ برای مثال اگر فردی بیمار شود، اطلاعات در مورد رژیم غذایی و دارویی اموری حیاتی برای انطباق، مقابله و بازتوانی او را فراهم می‌سازد. (د حمایت ارزشیابی^۱ این نوع حمایت معمولاً به دنبال حمایت اطلاعاتی می‌آید و عبارت از پشتیبانی از افراد به هنگام تصمیم‌گیری^۲ است. در این وضعیت حمایت اجتماعی باعث می‌شود تا افراد در مورد وضعیت خود راحت‌تر تصمیم بگیرند (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۱۷۳). فقدان حمایت اجتماعی، خطر بیماری قلبی و مرگ‌های مربوط به عروق کرونر را افزایش می‌دهد. سطح بالای حمایت اجتماعی، واکنش به استرس را کاهش می‌دهد و از خطرات تندرستی کم می‌کند (لیپر^۳، ۱۹۹۵: ۲۱۰).

بنابراین با توجه به آمار ارائه شده و اشاره به اینکه علت افزایش مرگ و میر بیماری‌های قلبی - عروقی، تغییر وضعیت سبک زندگی و حمایت اجتماعی است که منجر به افزایش شیوع عوامل خطرزای این بیماری‌ها شده است؛ مسأله اساسی تحقیق این است که، بیماران کرونر قلبی تا چه حد سبک زندگی سالم را انتخاب کرده‌اند؟ و حمایت اجتماعی تا چه حد بر این انتخاب آنها تأثیر گذار است؟ بنابراین این پژوهش بدنبال بررسی فرضیات چهارگانه تأثیر حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزشیابی بر سبک زندگی سالم در بیماران کرونر قلبی است.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق پیمایشی استفاده شده است. جامعه آماری بیماران مراجعه کننده به بخش CCU بیمارستان صلاح الدین ایوبی بانه و مطب (تنها متخصص قلب در بانه) هستند. طبق بررسی انجام شده توسط محققان در دو سال ۷۰۰۰ بیمار قلبی به مطب مراجعه کرده و دارای پرونده هستند و تحت نظر هستند. در این پژوهش تعداد بیماران در یک سال (۱۳۹۰) به عنوان سال مبنا در نظر گرفته شده که ۳۱۲۴ نفر هستند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) استفاده شده است. واحد آماری در این پژوهش بیماران کرونر

1 Appraisal support

2 Decision- making

3 Leppor

قلبی بوده‌اند. حجم نمونه آماری (۳۴۲ نفر) با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردید. متغیر وابسته پژوهش سبک زندگی سالم بیماران کرونر قلبی است که با شش شاخص: تغذیه، ورزش و انجام فعالیت‌های بدنی، استرس، استعمال دخانیات، اوقات فراغت و مدیریت بدن و متغیر مستقل حمایت اجتماعی در چهار بعد عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزشیابی سنجیده شده است.

با توجه به ماهیت موضوع، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بوده و برای سنجش متغیرهای تحقیق از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. سؤالات تحقیق بر اساس چارچوب نظری تحقیق، مفاهیم و متغیرهای به کار رفته در فرضیه‌های تحقیق و با بازبینی پرسشنامه‌های تحقیقات مشابه، طراحی شده است. بعد از طراحی پرسشنامه و قبل از اجرای نهایی آن ابتدا پرسشنامه توسط ۱۲ متخصص در این زمینه، مورد ارزیابی قرار گرفته و بعد از اصلاحاتی، دوباره برای پیش‌آزمون آماده شد. پرسشنامه پیش‌آزمون مناسب بود و برای مرحله نهایی از آن استفاده شد. روایی سنجه‌های این تحقیق، به شیوه روایی صوری انجام گرفت و برای سنجش پایایی گویه‌های مورد سنجش در این تحقیق، از متداول‌ترین روش یعنی محاسبه پایداری درونی استفاده شده است. در این روش میزان هم‌نوایی عناصر یا گویه‌ها بررسی می‌شود، که طبق قاعده تجربی آنها حداقل باید بالای ۰/۷ باشد تا بتوان مقیاسی را دارای پایایی بشمار آورد. عدد بدست آمده (۰/۷۲۴) نشان می‌دهد که پرسشنامه تهیه شده در مجموع از پایایی مناسبی برخوردار است.

محقق با حضور در مطب متخصص قلب، پرسشنامه‌ها را به بیماران داده تا آن‌ها را تکمیل کنند. بعضی از بیماران خودشان، بعضی همراهشان و در اکثر موارد خود محقق با مصاحبه با بیماران پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 21 و آزمون‌های رگرسیون خطی ساده و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۳۴۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۸۱ نفر از آنها مرد و ۱۶۱ نفر زن بودند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی پاسخگویان

متغیر	ابعاد متغیر	فراوانی و درصد فراوانی
جنس	زن	۱۶۱ (۴۷/۱)
	مرد	۱۸۱ (۵۲/۹)
سن	۲۰ سال و کمتر	۴ (۱/۲)
	۲۱ تا ۳۰ سال	۹ (۲/۶)
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۴ (۷/۰)
	۴۱ تا ۵۰ سال	۵۹ (۱۷/۳)
	۵۱ تا ۶۰ سال	۸۸ (۲۵/۷)
	۶۱ سال به بالا	۱۵۷ (۴۵/۹)
	تحصیلات	بی سواد
خواندن و نوشتن		۸۲ (۲۴)
زیر دیپلم		۶۴ (۱۸/۷)
دیپلم		۲۹ (۸/۵)
فوق دیپلم		۱۰ (۲/۹)
لیسانس		۱۰ (۲/۹)
فوق لیسانس و بالاتر		۰ (۰)

از نظر سن ابتلا به بیماری کرونر قلبی، ۴۵/۹ درصد از بیماران یعنی بیشترین فراوانی در گروه سنی ۶۱ سال به بالا قرار داشتند، اما در گروه‌های سنی دیگر و حتی ۲۰ سال و کمتر هم بیماری گزارش شده است. از نظر تحصیلات اکثر پاسخگویان بی سواد بودند.

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرها بر حسب میزان رعایت سبک زندگی سالم و میزان برخورداری از حمایت اجتماعی

کل	زیاد	کم	سبک زندگی و حمایت اجتماعی	
			تعداد	درصد
۳۴۲	۸۴	۲۵۸	سبک زندگی سالم	
			تعداد	درصد
۱۰۰	۲۴/۶	۷۵/۴	تعداد	درصد
۳۴۲	۱۶۱	۱۸۱	حمایت اجتماعی	
			تعداد	درصد
۱۰۰	۴۷/۱	۵۲/۹	تعداد	درصد

جدول ۲ نشان می‌دهد میزان سبک زندگی سالم ۲۵۸ نفر (۷۵,۴ درصد) پاسخگویان کم و ۸۴ نفر (۲۴,۶ درصد) زیاد است. بنابراین در نمونه بررسی شده ۷۵,۴ درصد بیماران سبک زندگی سالم را رعایت نکرده‌اند که به بیماری کرونر قلبی مبتلا شده‌اند. همچنین میزان حمایت اجتماعی ۱۸۱ نفر (۵۲,۹) پاسخگویان کم و ۱۶۱ نفر (۴۷,۱) درصد زیاد است. لذا میزان حمایت اجتماعی بیشتر بیماران کرونر قلبی کم است.

جدول ۳: نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده هر فرضیه به تفکیک (آزمون تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر سبک زندگی سالم)

مقدار F	سطح معنی داری	مقدار T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		ضریب تبیین (R^2)	متغیرها
			Beta	خطای	B		
۱۶/۴۷	۰/۰۰۰	۴۸/۳۵		۴/۱۸	۲۰۲/۲۰	۰/۰۴	مقدار ثابت
	۰/۰۰۰	۴/۰۵	۰/۲۱	۰/۲۹	۱/۱۷		بعد عاطفی
۱۰/۵۹	۰/۰۰۰	۴۹/۳۸		۴/۱۶	۲۰۵/۵۲	۰/۰۳	مقدار ثابت
	۰/۰۰۱	۳/۲۵	۰/۱۷	۰/۲۱۶	۰/۷		بعد ابزاری
۶۴/۴۸	۰/۰۰۰	۴۶/۲۷		۴/۰۴	۱۸۷/۱۴	۰/۱۵	مقدار ثابت
	۰/۰۰۰	۸/۰۳	۰/۳۹	۰/۲۴۵	۱/۹۶		بعد اطلاعاتی
۲/۳۶	۰/۰۰۰	۴۵/۴۲		۴/۶۵	۲۱۱/۶۴	۰/۰۰۷	مقدار ثابت
	۰/۱۲	۱/۵۳	۰/۰۸	۰/۳۹	۰/۶۱		بعد ارزشیابی

جدول ۳ نشان می‌دهد در آزمون فرضیات چهارگانه، سه فرضیه تأثیر حمایت اجتماعی با ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی بر سبک زندگی سالم با سطح معنی داری ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ تأیید شده‌اند و فرضیه بعد ارزشیابی با سطح معنی داری ۰/۱۲ رد شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره میزان سبک زندگی سالم به روش اینتر

۰/۴۱	ضریب همبستگی چندگانه (R)
۰/۱۷	ضریب تبیین (R^2)
۰/۱۶	ضریب تعدیل شده (Adj R)

جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه برابر با ۰/۴۱، ضریب تعیین ۰/۱۷ و ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۱۶ بدست آمده است. یعنی از روی متغیرهای مستقل واقع در مدل می‌توان تا حدود ۱۷ درصد از تغییرات متغیر وابسته سبک زندگی سالم را پیش‌بینی کرد.

جدول ۵: نتایج ضریب رگرسیون جزئی هر متغیر مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته سبک زندگی سالم (بصورت همزمان)

سطح معنی‌داری	مقدار T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		متغیرها
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۰	۳۳/۷۷		۵/۵۷۰	۱۸۸/۰۸	مقدار ثابت
۰/۰۴	۲/۰۶	۰/۱۲	۰/۳۳۰	۰/۶۸۱	حمایت اجتماعی بعد عاطفی
۰/۳۲	-۰/۹۸	۰/۰۵۸	۰/۲۳۹	-۰/۲۳۶	حمایت اجتماعی بعد ابزاری
۰/۰۰۰	۶/۸۵	۰/۴۰	۰/۲۹۰	۱/۹۸۸	حمایت اجتماعی بعد اطلاعاتی
(Sig=۰/۰۰۰) F = ۱۷/۴۱					

جدول ۵ نشان می‌دهد که کمیت F معنادار است، معنی‌دار بودن F به این معنی است که به طور حتم بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته رابطه خطی مستقیمی وجود دارد. احتمال اینکه کمیت F عدد بزرگی به‌طور تصادفی به دست آید، فوق‌العاده کم است. یعنی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته نمی‌تواند تصادفی پیش آمده باشد. این مطلب گویای این است که حداقل یکی از متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته مؤثر است. بنابراین تک تک متغیرها با استفاده از آزمون T مورد سنجش قرار گرفت. در آزمون T، ضریب بتا برای ۲ متغیر وارد شده در رگرسیون در سطح ۹۵ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار هستند.

بر اساس مقادیر Beta معادله رگرسیون چند متغیره در تحقیق حاضر به این صورت است:

$$e + 0.12 (\text{بعد عاطفی}) + 0.40 (\text{بعد اطلاعاتی}) = \text{سبک زندگی سالم}$$

بر اساس تحلیل رگرسیون می توان گفت متغیر حمایت اجتماعی بعد اطلاعاتی با ضریب بتای ۰/۴۰ مهمترین پیش بینی کننده متغیر وابسته سبک زندگی سالم است و متغیر حمایت اجتماعی بعد عاطفی در رتبه بعدی قرار دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیلی نشان داد که فرضیات از لحاظ آزمون آماری به جز یک مورد اثبات شدند یعنی حمایت اجتماعی و سه بعد اطلاعاتی، عاطفی و ابزاری روی سبک زندگی بیماران تأثیر دارند. همچنین نتایج توصیفی نشان داد میزان حمایت اجتماعی بیشتر بیماران کرونر قلبی کم می باشد. با توجه به این نتایج و نظریه فلمینگ که مطرح می کند: بین حمایت اجتماعی و سلامتی رابطه مستقیم در نظر گرفته شده و اگر افراد از میزان حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند از سلامت روانی و جسمانی بیشتری برخوردار هستند؛ اینگونه نتیجه می گیریم: تحلیل نظریه فلمینگ کاربرد نظری داشته و در این پژوهش بیشتر بیماران حمایت اجتماعی کم و سبک زندگی ناسالم داشتند. نتایج این مطالعه، با یافته های پژوهش های پیشین درباره رابطه مثبت بین میزان برخورداری بیماران از حمایت اجتماعی و میزان رعایت سبک زندگی سالم همخوانی دارد. تارک و می چنهام^۱ (۱۹۷۸) نشان دادند که عدم وجود حمایت اجتماعی، یکی از دلایل عمده عدم پایبندی به توصیه های پزشکی در میان بیماران قلبی است. همچنین، شروود^۲ (۱۹۸۳) و دوهرتی^۳ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که برخورداری از حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان، با اطاعت و پایبندی بهتر از توصیه های پزشکی در رابطه است. حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک کننده است. تعلق به یک شبکه اجتماعی

1 Turk & Meichenbaum

2 Sherwood

3 Doherty

از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. شواهد نشان می‌دهد افرادی که حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی کمتری دارند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی قرار دارند. یکی از مهمترین ریسک فاکتورها در این زمینه فقر است که می‌تواند منجر به اختلال در شبکه اجتماعی و انزوای فردی گردد. جوامعی که دارای سطح بالایی از نابرابری‌های درآمدی هستند تمایل کمتری به انسجام اجتماعی داشته و در نتیجه میزان برخورداری آنها از حمایت اجتماعی کم می‌شود. لذا تلاش‌ها باید در جهت کاهش لایه‌های اجتماعی صورت گیرد: یعنی کاهش نابرابری در قدرت، حیثیت، درآمد و ثروت که با موقعیت‌های اقتصادی اجتماعی مختلف مرتبط است. همچنین بر اساس نظریه کاکرهام که مطرح کرده بود: "تقدم وجودی ساختار اجتماعی، زمینه‌ای را برای جامعه پذیری و تجربه فراهم می‌کند که آن هم انتخاب‌های سبک زندگی سالم را تحت تأثیر قرار می‌دهد" نتایج نشان داد که عامل اجتماعی بررسی شده یعنی حمایت اجتماعی روی انتخاب‌های سبک زندگی بیماران تأثیر داشته است. بنابراین برای پیشگیری و درمان بیماری قلبی و عروقی باید سبک زندگی غیر سالم به یک سبک زندگی سالم تبدیل شود و رفتارها و عادات متناسب برای زندگی در یک جامعه مدرن برگزیده شود. به طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی از جمله عوامل مؤثر بر پایداری بیماران کرونر قلبی به سبک زندگی سالم است. بنابراین، تقویت حمایت اجتماعی بیماران به منظور تغییر سبک زندگی ناسالم به سبک زندگی سالم، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های رفتاری ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- ۱- بیدارپور، فرزام، (۱۳۹۲/۰۷/۱۵)، معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کردستان، گفتگو با خبرنگار ایرنا. <http://www3.sanandaj.irna.ir/fa/News/80848334>
 - ۲- صلصالی، مهوش، (۱۳۷۲)، اختلالات عروق کرونر و اصول مراقبت‌های ویژه قلبی، تهران. انتشارات بشری، انتشارات آزاده.
 - ۳- طالبی زاده نوشین، حقدوست علی اکبر، میرزازاده علی (۱۳۸۸)، مدل اپیدمیولوژی بیماری ایسکمیک قلبی در ایران، فصلنامه پایش، سال هشتم، شماره دوم، بهار ۱۳۸۸، صص ۱۷۰-۱۶۳
 - ۴- عزیزی، فریدون و همکاران، (۱۳۸۹)، اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران، تهران، انتشارات خسروی با همکاری پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ اول.
 - ۵- قدسی، علی محمد (۱۳۸۲) بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس
 - ۶- کوکرین، ریموند (۱۳۷۶) مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی، ترجمه بهمن نجاریان، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد
 - ۷- کیوان آرا، محمود، (۱۳۸۶)، اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ چاپ اول.
 - ۸- گاجل، رابرت جی و دیگران (۱۳۷۷). زمینه روانشناسی تندرستی، ترجمه دکتر غلامرضاخوی نژاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
 - ۹- نقوی، محسن، (۱۳۸۱)، سیمای مرگ و میر در هیجده استان کشور سال ۱۳۸۰ معاونت سلامت، نشریه وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صص ۱۰۱-۱۰۵
- 10- Cockerham, William C. (2007) "New directions in health lifestyle research" Int J public Health 52 (2007) 327_328

- 11- Doherty WJ, Schrott HG, Metcalf L, Iasiello- Vailas L. Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence. *J Family Practice* 1983; 17(5): 837-41
- 12- Leppor, S. (1995). Cynicism, social support and cardiovascular reactivity. *Journal of Health Psychology*, 14, 210-216.
- 13- Meichenbaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence: a practitioner's guide. New York: Plenum Press; 1978
- 14- Sarafino, P. E. (2002) *Health Psychology*. New York: Wiley
- 15- Schulz, Ute & Schwartzberg, Ralf (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), pp 716- 32
- 16- Sherwood RJ. Compliance behavior of hemodialysis Patient and the role of the family. *Family Systems Medicine* 1983; 1(2): 60-72.
- 17- Woods. S. Sivarajan F. Evicu. S. Admas M.S (2000) *Cardiac Nursing* "4th ed Lippincott.

