Volume 26, Issue 1 (January- February 2027)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The incidence pattern of ischemic cardiovascular diseases and their related demographic and contextual factors in Semnan Province in 2024

Sayed Saeed Kassaeian[1], Mohammad Ali Laali Dehaghi[1], Elahe Jandaghi[2], Masoumeh Ebrahimi Tavani[3], Farid Gharibi[4*]

1. Department of community medicine, school of medicine, Semnan university of medical sciences, Semnan, Iran
2. Department of internal medicine, school of medicine, Semnan university of medical sciences, Semnan, Iran
3. Center of health network management, deputy of public health, ministry of health & medical education, Tehran, Iran
4. Social determinants of health research center, Semnan university of medical sciences, Semnan, Iran

Received: 10 June 2025
Accepted for publication: 9 December 2025
[EPub a head of print- 22 November 2026]
Payesh: In Press

Abstract

Objective(s): Ischemic cardiovascular diseases are among the important non-communicable diseases that have an increasing trend due to the epidemiological transition in societies. Accordingly, this study was conducted with the aim of investigating the incidence pattern of ischemic cardiovascular diseases and identifying its demographic and contextual factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted with the participation of 400 patients with ischemic cardiovascular diseases (including angina and myocardial infarction). The study data were collected using a researcher-made questionnaire whose content validity was confirmed by obtaining scores of 0.89 and 0.94 for the CVR and CVI indices, respectively. In the descriptive part, the results of assessing the qualitative variables were reported as frequency (percentage) and the quantitative variables as mean (standard deviation). The statistical relationship between demographic and background variables and the type of cardiovascular disease was evaluated using the chi-square test.

Results: The mean (SD) age of the patients studied was 57.8 (12.7) years and nearly 70% of them were men. The results of the studies indicate that 84% of the patients suffered only from myocardial infarction and 12% from angina, and 4% suffered from both conditions simultaneously. Among the demographic and background characteristics, the age, marital status, educational status, employment status, having supplementary health insurance, and income level had a statistically significant relationship with the type of ischemic cardiovascular disease ($P<0.05$).

Conclusions: The predominant form of ischemic cardiovascular disease in the studied population is myocardial infarction, which means late diagnosis of the disease and delayed initiation of care. The present study led to the identification of a range of demographic and contextual variables related to the disease, which their consideration in the design and implementation of promotional interventions can lead to improved effectiveness.

Keywords: Non-Communicable Disease, Congestive Heart Disease, Risk Factors

* Corresponding Author: Social determinants of health research center, Semnan university of medical sciences, Semnan, Iran ran
E-mail: gharibihsa@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

سال بیست و ششم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

الگوی بروز بیماری‌های احتقانی قلبی– عروقی و عوامل جمعیت شناختی و زمینه‌ای مرتبط با آنها در استان سمنان در سال ۱۴۰۳

سیدسعید کسائیان[۱]، محمدعلی لاکی دهقی[۱]، الهه جندقی[۲]، معصومه ابراهیمی توانی[۳]، فرید غریبی[۴*]

۱ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۲ گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۳ مرکز مدیریت شبکه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱ آذر ۱۴۰۵]
نشریه پایش: پیش انتشار

چکیده

مقدمه: بیماری‌های احتقانی قلبی- عروقی از جمله بیماری‌های غیرواگیر مهمی هستند که بدلیل گذار اپیدمیولوژیک واقع شده در جوامع، دارای روند فزاینده‌ای هستند. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی بروز بیماری‌های احتقانی قلبی-عروقی و شناسایی عوامل جمعیت شناختی و زمینه‌ای مرتبط با آن اجرا شد.

مواد و روش‌کار: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۴۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری‌های احتقانی قلبی-عروقی (شامل آنژین صدری و سکته قلبی) انجام شد. داده‌های مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته که روایی محتوایی آن با کسب نمره ۰/۸۹ و ۰/۹۴ بترتیب برای شاخص‌های CVR و CVI تایید شده بود گردآوری گردید. در بخش توصیفی مطالعه، نتایج بررسی متغیرهای کیفی به صورت فراوانی (درصد) و متغیرهای کمی به صورت میانگین (انحراف معیار) گزارش گردید. ارتباط آماری متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای با نوع ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی با آزمون کای‌دو ارزیابی شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران مورد بررسی (۱۲/۷) ۵۷/۸ سال بود و قریب ٪۷۰ از آنان را مردان تشکیل می‌دادند. نتایج بررسی‌ها حاکی است که ٪۸۴ بیماران صرفاً به سکته قلبی و ٪۱۲ صرفاً به آنژین صدری مبتلا بودند و ٪۴ نیز بصورت توامان با هر دو عارضه دست به گریبان بودند. از میان ویژگی‌های جمعیت شناختی و زمینه‌ای نیز متغیر سن، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، دارا بودن بیمه درمانی تکمیلی و سطح درآمد، دارای ارتباط آماری معنی‌دار با نوع ابتلای به بیماری‌های احتقانی قلبی-عروقی بودند ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: شکل غالب بروز بیماری های احتقانی قلبی- عروقی در جمعیت مورد بررسی به صورت سکته قلبی است که این موضوع به معنی تشخیص دیر هنگام بیماری و آغاز همراه با تاخیر مراقبت می‌باشد. مطالعه حاضر منجر به شناسایی طیفی از متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای مرتبط با بیماری گردید که توجه به آنها در طراحی و اجرای مداخلات ارتقایی می تواند منجر به بهبود اثربخشی آنها گردد.

کلیدواژه‌ها: بیماری غیرواگیر، بیماری احتقانی قلب، عوامل خطر

کد اخلاق: IR.SEMUMS.REC.1400.062

* نویسنده پاسخگو: سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
Email: gharibihsa@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

مقدمه

گذار اپیدمیولوژیک ناشی از رشد اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در جوامع مختلف، منجر به تغییر الگوی وقوع بیماری ها از نوع عفونی به غیرواگیر و استحاله‌ای شده است لیکن کشورهای در حال توسعه به طور همزمان با هر دو دسته از این بیماری ها دست به گریبان‌اند [۱]. بررسی های صورت گرفته نشان می دهد که کشورهای در حال توسعه به دلیل وجود محدودیت های جدی بویژه در منابع مالی و انسانی خود، توفیق چندانی در مدیریت صحیح بیماری های غیرواگیر کسب نکرده اند چرا که به عنوان مثال ۸۰ درصد از ۲۸۷ هزار مورد فوت بر اثر ابتلا به بیماری های غیرواگیر در سال ۲۰۱۶، در کشورهای در حال توسعه واقع شده اند [۲،۳]. بیماری های قلبی-عروقی از مهم ترین بیماری های غیرواگیر هستند که دارای شیوع، معلولیت و کشندگی رو به رشدی در جوامع مختلف هستند که قریب یک سوم از مرگ و میر واقع شده در جهان به دلیل ابتلا به آن ها بوده و علت اول مرگ و میر در کشورهایی نظیر ایران می باشند [۴]. نتایج گزارش منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که میزان ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی و سال های از دست رفته همسان شده با ناتوانی یا DALYs (Disability-Adjusted Life Years) بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ در جهان، رشد دو برابری را تجربه نموده اند و میزان مرگ و میر ناشی از آن ها نیز بیش از ۵۰ درصد افزایش یافته است [۵]. نکته قابل تامل در این رابطه این است که بیش از سه چهارم از مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی-عروقی در کشورهای با درآمد متوسط و کم حادث می شود [۴]. این امر به دلیل گسترش بی سابقه عوامل خطر مختلف مرتبط با ابتلا به این بیماری ها نظیر عوامل غیر قابل تغییر (سن و سالمند شدن جمعیت، جنسیت، سابقه خانوادگی و نژاد)، عوامل خطر رفتاری (مصرف دخانیات و الکل، تغذیه ناسالم و به ویژه مصرف زیاد نمک، فعالیت جسمانی ناکافی) و عوامل خطر فیزیولوژیک (پرفشاری خون، دیابت، اضافه وزن و بالا بودن چربی خون) در این کشورها است [۶].

آمارها نشان می دهد که قریب ۵۰ درصد از تمامی موارد مرگ واقع شده و نیز ۸۰ درصد از موارد مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر در ایران به بیماری های قلبی-عروقی مربوط می شود [۷،۸]. دلیل عمده این وضعیت را می توان بالا رفتن میانگین سنی جامعه، تغذیه نامناسب، ناکافی بودن فعالیت فیزیکی، و مصرف بالای سیگار عنوان نمود [۹]. به عنوان نمونه، در مطالعه انجام شده در شمال ایران که با هدف بررسی وضعیت عوامل خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی در میانسالان ۴۰ تا ۶۰ سال به انجام رسیده است مشخص شد که ۹۶/۲ درصد از آنان حداقل یک مورد از عوامل خطر ابتلا به بیمار یهای قلبی-عروقی را دارا می باشند به طوریکه ۷۵/۶ درصد از این افراد دارای اضافه وزن یا چاقی، ۶۴/۶ درصد دارای کلسترول خون بالا، ۴۷/۸ درصد دارای تری گلیسرید خون بالا، ۳۳ درصد دارای فشار خون بالا، ۸/۹ درصد دارای سطح پایین از سطح کلسترول خوب خون یا HDL (High-Density Lipoprotein)، و ۶/۲ درصد نیز دارای قند خون ناشتای بالا بودند [۴].

با این وجود، بیماری های قلبی-عروقی یکی از قابل پیشگیری ترین دسته از بیماری ها هستند که می توان با انجام اقدامات و مداخلات بهداشتی ارتقایی اثربخش از وقوع بیش از ۸۰ درصد از موارد ابتلا به بیماری و عوارض مخرب آن ها پیشگیری نمود [۱۰]. همچنین وجود مراقبت های بهداشتی موثر و خودمراقبتی پس از تشخیص اولیه بیماری (که از طریق ارائه آموزش های عینی و مستمر ایجاد خواهد شد) می‌تواند از مواجهه بیماران با عوارض جدی بیماری و متعاقباً معلولیت یا مرگ ناشی از آن ها جلوگیری نماید به عنوان مثال، علی‌رغم افزایش بار بیماری های قلبی-عروقی در کشورهای توسعه یافته، میزان مرگ و میر مرتبط با این بیماری ها در چند دهه اخیر روند کاهشی داشته است [۱۱،۱۲]. پرواضح است که توفیق نظام های سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران در مدیریت صحیح بیماری های قلبی-عروقی را می توان به فراهم نمودن مراقبت های بهداشتی با کیفیت و دسترس‌پذیر و نیز کنترل شیوع عوامل خطر ابتلا به این بیماری ها مرتبط دانست [۱۳]. بیماری های احتقانی قلب از شایع ترین دسته از بیماری های قلبی-عروقی هستند که به سبب میزان قابل توجه بروز و نیز تحمیل تبعات مخرب و ماندگار بهداشتی و اقتصادی بر بیماران و جوامع، از اهمیت ویژه ای برخوردار هستند [۱۴]. با توجه به قابل پیشگیری بودن ابتلا به بیماری احتقانی قلبی-عروقی بالاخص به دلیل ارتباط مستقیم آن ها با سبک زندگی مردم، انجام مطالعات دقیق درخصوص الگوی بروز این بیماری ها و متعاقباً تعیین عوامل خطر و مولفه های مرتبط با ابتلا به آن ها در جوامع مختلف حائز اهمیت ویژه خواهد بود [۱۰]. ارزیابی ارتباط یا تاثیر عوامل خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی و به ویژه از نوع احتقانی آن نشان می دهد که بیشتر مطالعات انجام شده صرفاً بر عوامل خطر رفتاری که مرتبط با سبک زندگی می باشند متمرکز بوده اند [۱۰-۵] و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

توجه به سایر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای در بروز این بیماری ها مورد غفلت قرار گرفته است. لذا علاوه بر ضرورت تبیین الگوی بروز بیماری های قلبی-عروقی، بررسی ارتباط احتمالی میان عوامل جمعیت شناختی (سن، جنسیت، تحصیلات، شغل و ..) و زمینه ای (دارا بودن بیمه درمانی پایه و تکمیلی، محل دریافت مراقبت، مسئول اراه درمان و ...) با بروز این بیماری‌ها می‌تواند حائز اهمیت باشد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین الگوی بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی و شناسایی عوامل جمعیت شناختی و زمینه ای مرتبط با ابتلا آن ها در استان سمنان، طراحی و به مورد اجرا در آمد.

مواد و روش کار

نوع پژوهش و شرکت‌کنندگان: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۴۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی در سال ۱۴۰۳ در استان سمنان انجام شد. معیارهای ورود بیماران به مطالعه، ابتلای آنان به حداقل یک نوع از بیماری های احتقانی قلبی-عروقی یعنی سکته قلبی یا آنژین و نیز سکونت در استان سمنان بود؛ همچنین معیار خروج آنان از مطالعه، عدم پاسخ به حداقل ۸۰ درصد از سوالات پرسشنامه بود. محیط انجام مطالعه نیز مراکز مراقبتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان نظیر بیمارستان کوثر و کلینیک های وابسته به آن و نیز مطب های خصوصی پزشکان متخصص قلب و عروق در شهر سمنان بود.

حجم نمونه: با توجه به فقدان هر نوع داده اولیه در رابطه با وضعیت متغیرهای مورد بررسی در مطالعه (به دلیل نبود مطالعات مشابه و نیز عدم انجام مطالعه مقدماتی)، حجم نمونه بر اساس فرمول زیر تعیین گردید که در آن، مقدار Z-score در سطح اطمینان مشخص با z، تغییرات پیش بینی شده در پاسخ ها برای متغیر میزان بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی با s؛ و حاشیه خطا با d بیان شده است تعیین گردید. لذا حجم نمونه این مطالعه در سطح اطمینان ٪۹۵، با تغییرات پیش بینی ۰/۵، و حاشیه خطای ۰/۰۵، ۳۸۴ مورد تعیین می شود که با توجه به توصیه برخی از منابع علمی به بیشتر بودن حجم نمونه به میزان ۵ درصد، تعداد ۴۰۰ مورد پرسشنامه تکمیل گردید. لازم به ذکر است که محاسبه حجم نمونه بر اساس جدول مورگان نیز به نتیجه مشابهی دست یافت و این حجم نمونه، حداکثر نمونه توصیه شده در شرایط مشخص بودن حجم جامعه آماری و فقدان داده های اولیه در رابطه با متغیرهای مورد مطالعه بود.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384$$

ابزار گردآوری داده: داده‌های مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق-ساخته‌ای که مراحل روانسنجی آن به انجام رسید گردآوری گردید. در آغاز، عوامل جمعیت شناختی و زمینه ای مرتبط با ابتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی (و نه عوامل رفتاری مرتبط با سبک زندگی) از طریق بررسی متون علمی شناسایی گردید و پس از اضافه نمودن دیدگاه صاحبنظران از رشته های تخصصی مربوطه نظیر قلب و عروق و داخلی، پرسشنامه اولیه شکل گرفت. در ادامه، روایی صوری پرسشنامه با نظر ۲۰ نفر از بیماران بررسی و اصلاحات لازم بر اساس نظرات ایشان در آن اعمال گردید. همچنین روایی محتوایی و صوری پرسشنامه بر اساس دیدگاه ۱۰ نفر از خبرگان از تخصص های قلب و عروق و داخلی بررسی شد. بدین منظور، تمامی سوالات پرسشنامه اولیه بر اساس معیارهای ضرورت، ارتباط داشتن، گویا و شفاف بودن و سادگی و در طیف چهارگانه بررسی شدند و شاخص های CVR (Content Validity Ratio) و CVI (Content Validity Index) بر اساس نتایج این ارزیابی محاسبه شد. جهت تعیین میزان شاخص CVR، از نتایج به دست آمده برای گویه‌ها در شاخص ضرورت؛ و به منظور تعیین میزان شاخص CVI از میانگین نمرات کسب شده در سه معیار دیگر استفاده گردید. این محاسبات بر اساس فرمول زیر انجام شد:

$$CVR = \frac{nE - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

که nE به تعداد صاحبنظران انتخابگر گزینه‌های با بار مثبت (دو گزینه مثبت در طیف چهارگانه مورد اشاره)؛ و N نیز مجموع صاحبنظران بود. در این مطالعه، به دلیل مشارکت ۱۰ صاحبنظر در مرحله تدوین پرسشنامه، نمره پذیرش ۰/۶۲ ملاک قضاوت خواهد بود. همچنین جهت محاسبه شاخص CVI، تنها نمرات ۳ و ۴ به عنوان "توافق بر ارتباط" در نظر گرفته شد:

I-CVI=(تعداد خبرگانی که به آیتم، نمره ۳ و ۴ داده اند)/N

و به منظور ارزیابی روایی کل پرسشنامه نیز از میانگین I-CVI همه آیتم ها استفاده شد:

S-CVI/Ave=(Σ I-CVI آیتم‌ها)/(تعداد آیتم‌ها)

پرسشنامه نهایی، دارای ۱۷ سوال بود که یک سوال به نوع بیماری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

احتقانی قلبی-عروقی (شامل آنژین، سکته قلبی و یا ابتلای همزمان به هر دوی آن ها)، هفت سوال به ویژگی های جمعیت شناختی بیماران، و نُه سوال نیز به متغیرهای زمینه ای مرتبط اختصاص یافت. روایی ابزار نهایی طراحی شده، با اخذ نمره ۰/۸۹ و ۰/۹۴ از صاحبنظران برای شاخص های CVR و CVI مورد تایید قرار گرفت. روایی صوری ابزار نیز با اخذ نظر صاحبنظران درخصوص نحوه نگارش متن درون پرسشنامه ارزیابی و تایید گردید.

شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها: روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت تصادفی بود بدین صورت که به هر بیمار، یک کد تعلق گرفت و بیماران به صورت تصادفی جهت ورود به مطالعه مشخص شدند. همچنین مقرر گردید که در صورت عدم امکان مشارکت هر بیمار در مطالعه، بیمار دارای کد پس از آن به مطالعه وارد گردد. بررسی‌های آماری صورت گرفته در این مطالعه، ابتدا به صورت توصیفی و سپس به صورت تحلیلی به انجام رسید. در بخش توصیفی، نتایج بررسی متغیرهای کیفی به صورت فراوانی (درصد) و متغیرهای کمی به صورت میانگین (انحراف معیار) گزارش گردید. در بخش تحلیلی مطالعه که با هدف بررسی ارتباط احتمالی میان متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای با میزان ابتلا به انواع بیماری های احتقانی قلبی-عروقی به انجام رسید با توجه به ماهیت کیفی متغیرها از آزمون کای‌دو استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهشگران، رعایت اصول اخلاقی اساسی نظیر آزادی کامل بیماران برای شرکت در مطالعه، اخذ رضایت مکتوب و آگاهانه از یکایک آنان، اطمینان‌بخشی به بیماران در ناشناس ماندن آنان و پاسخ های ارائه شده از سوی آنان، اطمینان بخشی به بیماران در استفاده انحصاری از اطلاعات به دست آمده در راستای اهداف مطالعه، احتراز از ایجاد هر گونه اختلال در فرایند درمان بیماران در طی مرحله گردآوری داده، و کسب تاییدیه اخلاق برای انجام مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان (IR.SEMUMS.REC.1400.062) را در انجام این مطالعه مدنظر داشتند.

یافته ها

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران نشان می دهد که میانگین (انحراف معیار) سنی آنان (۱۲/۷) ۵۷/۸ سال بود. حدود ٪۶۵ در بازه سنی ۵۰ تا ۶۹ سالگی قرار داشتند. قریب ٪۷۰ از بیماران را مردان تشکیل می دادند و سهم بیماران متاهل و همسر فوت شده به ترتیب با ٪۶۵ و ٪۲۴، بیش از سایرین بودند. حدود ٪۷۸ از بیماران، فاقد تحصیلات دانشگاهی؛ و ٪۳۵ نیز فاقد سواد خواندن و نوشتن بودند. بیماران با وضعیت شغلی کارگر (٪۳۴)، خانه دار (٪۲۴) و کارمند (٪۱۹) به ترتیب بیشترین سهم را به خود اختصاص دادند. حدود ٪۸۰ از بیماارن نیز شهرنشین و ساکن مرکز استان بودند (جدول ۱).

بررسی ویژگی های زمینه ای مرتبط با بیماران نشان می دهد که ٪۹۴ آنان دارای بیمه درمانی پایه هستند و ٪۸۳ از دارندگان بیمه دارای بیمه تامین اجتماعی می باشند، همچنین ٪۲۹ از بیماران نیز دارای بیمه درمانی تکمیلی هستند. قریب ٪۶۳ از بیماران بلافاصله پس از ظاهر شدن علائم بیماری اقدام به پیگیری و تشخیص قطعی آن نمودند و ٪۸۶ آنان نیز بلافاصله پس از تشخیص اولیه بیماری، اقدام به آغاز دریافت مراقبت های مقتضی نموده اند. مدت زمان سپری شده از آغاز بیماری در ٪۹۷ بیماران، کمتر از ۵ سال بوده است و ٪۶۵ آنان نیز به طور مستمر تحت نظر پزشک بودند. متخصصین قلب و عروق مسئولیت اصلی و مستقیم ارائه مراقبت به ٪۷۵ از بیماران بودند و ٪۸۶ بیماران نیز خدمات مورد نیاز خود را به صورت توامان از مراکز خصوصی و دولتی دریافت می کنند (جدول ۲). همچنین بررسی وضعیت ابتلای بیماران به نوع بیماری احتقانی قلبی-عروقی حاکی از آن است که ٪۸۴ آنان صرفاً به سکته قلبی و ٪۱۲ صرفاً به آنژین مبتلا هستند و ٪۴ نیز به صورت توامان با هر دو نوع عارضه دست به گریبان‌اند (جدول ۲).

از میان ویژگی های جمعیت شناختی مرتبط با بیماران، متغیر "سن"، "وضعیت تاهل"، "وضعیت تحصیلی" و "وضعیت شغلی" دارای ارتباط آماری معنی‌دار با مواجهه بیماران با نوع ابتلای آنان به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می باشند. درخصوص ارتباط سن بر نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان بیان نمود که شکل ابتلای بیماران کمتر از ۴۰ سال به این بیماری ها غالباً به صورت آنژین بوده در حالی که شکل غالب بروز این بیماری ها در بیماران با سن بالای ۴۰ سال به صورت سکته قلبی است. همچنین میزان مواجهه بیماران با سکته قلبی در بازه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال، به طور معنی داری کمتر از گروه های سنی بالاتر است. در رابطه با تاثیر وضعیت تاهل بر نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان گفت که شکل ابتلای تنها نیمی از بیماران مجرد به صورت آنژین است در حالی که شکل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

ابتلای سایر بیماران، عموماً به شکل سکته قلبی است. همچنین میزان ابتلای بیماران مبتلا به سکته قلبی در بیماران جدا شده از همسر (مطلقه)، به طور قابل توجهی از بیماران متاهل و همسر فوت شده پایین تر است. در رابطه با تاثیر وضعیت تحصیلی بیماران بر نوع ابتلای آنان به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان ادعا نمود که شکل ابتلای بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی به ویژه بیماران با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و دکترا غالباً به صورت آنژین است در حالی که شکل غالب ابتلای سایر بیماران، از نوع سکته قلبی است. درخصوص تاثیر وضعیت شغلی بر نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان ادعا نمود که شکل ابتلای بیماران فاقد شغل غالباً از نوع آنژین بوده درحالیکه شکل غالب ابتلای سایر بیماران، غالباً از نوع سکته قلبی است. همچنین میزان ابتلای بیماران با وضعیت شغلی کارگر، بازنشسته و خانه‌دار به سکته قلبی بیش از بیماران بازنشسته و به ویژه کارمند است ($P<0/05$) (جدول ۳).

از میان ویژگی های زمینه‌ای مرتبط با بیماران، متغیر "دارا بودن بیمه درمانی تکمیلی" و "مقدار درآمد سالیانه"، دارای ارتباط آماری معنی‌دار با نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می باشند. درخصوص تاثیر دارا بودن بیمه درمانی تکمیلی بر نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان ابراز نمود که میزان ابتلای بیشتر بیماران واجد بیمه درمانی تکمیلی به آنژین (و ابتلای کمتر آنان به سکته قلبی) در قیاس با بیماران فاقد آن به وضوح احساس می شود. همچنین در رابطه با تاثیر میزان درآمد سالیانه بر نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان گفت که با افزایش سطح درآمد خانوار، به طور معنی داری از بروز بیماری به شکل سکته قلبی کاسته و به بروز آن به شکل آنژین افزوده می شود ($P<0/05$) (جدول ۴).

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

ویژگی جمعیت شناختی	دسته بندی	فراوانی	درصد
	کمتر از ۴۰ سال	۲۸	۷/۰
	۴۰ تا ۴۹ سال	۴۷	۱۱/۷۵
سن	۵۰ تا ۵۹ سال	۱۵۲	۳۸/۰
	۶۰ تا ۶۹ سال	۱۰۹	۲۷/۲۵
	۷۰ سال و بالاتر	۶۴	۱۶/۰
	زن	۱۲۲	۳۰/۵
جنسیت	مرد	۲۷۸	۶۹/۵
	مجرد	۳۲	۸/۰
وضعیت تاهل	متاهل	۲۶۱	۶۵/۲۵
	جدا شده	۱۲	۳/۰
	همسر فوت شده	۹۵	۲۳/۷۵
	بی سواد	۱۴۰	۳۵/۰
	زیر دیپلم	۳۳	۸/۲۵
وضعیت تحصیلی	دیپلم	۱۴۰	۳۵/۰
	کارشناسی	۷۴	۱۸/۵
	کارشناسی ارشد	۷	۱/۷۵
	دکترا	۶	۱/۵
	کارمند	۷۶	۱۹/۰
	کارگر	۱۳۶	۳۴/۰
وضعیت شغلی	آزاد/خویش فرما	۱۳	۳/۲۵
	بازنشسته	۷۲	۱۸/۰
	خانه دار	۹۶	۲۴/۰
	بیکار	۷	۱/۷۵
	شهری	۳۱۶	۷۹/۰
شهری/روستایی	روستایی	۸۴	۲۱/۰
	بله	۳۲۰	۸۰/۰
سکونت در مرکز استان	خیر	۸۰	۲۰/۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

جدول ۲: ویژگی های زمینه ای افراد شرکت کننده در مطالعه

ویژگی جمعیت شناختی	دسته بندی	فراوانی	درصد
	بله	۳۷۶	۹۴/۰
دارا بودن بیمه پایه	خیر	۲۴	۶/۰
	تامین اجتماعی	۳۱۱	۸۲/۷
نوع بیمه پایه	خدمات درمانی	۶۵	۱۷/۳
	بله	۱۱۸	۲۹/۵
دارا بودن بیمه تکمیلی	خیر	۲۸۲	۷۰/۵
	بلافاصله	۲۵۴	۶۳/۵
مدت زمان سپری شده از آغاز علائم بیماری تا تشخیص آن	کمتر از ۱ سال	۶۴	۱۶/۰
	۱ تا ۴ سال	۷۳	۱۸/۲۵
	۵ تا ۹ سال	۵	۱/۲۵
	۱۰ سال و بیشتر	۴	۱/۰
مدت زمان سپری شده از تشخیص بیماری تا آغاز مراقبت	بلافاصله	۳۴۳	۸۵/۷۵
	کمتر از ۱ سال	۵۳	۱۳/۲۵
	۱ تا ۴ سال	۴	۱/۰
زمان سپری شده از آغاز بیماری	کمتر از ۵ سال	۳۸۸	۹۷/۰
	۵ تا ۱۰ سال	۱۲	۳/۰
	مستمر	۲۶۰	۶۵/۰
وضعیت تحت نظر بودن	متناوب	۸۶	۲۱/۵
	در صورت بروز مشکل جدی	۵۴	۱۳/۵
	پزشک عمومی	۸۴	۲۱/۰
پزشک مسئول درمان	متخصص داخلی	۱۷	۴/۲۵
	متخصص قلب و عروق	۲۹۹	۷۴/۷۵
	مراکز دولتی	۲۴	۶/۰
محل دریافت مراقبت	مراکز خصوصی	۳۲	۸/۰
	توامان از مراکز خصوصی و دولتی	۳۴۴	۸۶/۰
	کمتر از ۵۰ میلیون تومان	۳۰	۷/۵
درآمد سالیانه	۵۰ تا ۱۰۰ میلیون تومان	۲۱۶	۵۴/۰
	۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیون تومان	۱۱۲	۲۸/۰
	۱۵۰ تا ۲۰۰ میلیون تومان	۱۶	۴/۰
	بیش از ۲۰۰ میلیون تومان	۲۶	۶/۵

جدول ۳: ارتباط میان ویژگی های جمعیت شناختی بیماران با نوع ابتلای آنان به بیماری های احتقانی قلبی- عروقی

ویژگی جمعیت شناختی	دسته‌بندی	آنژین فراوانی (درصد)	سکته قلبی فراوانی (درصد)	آنژین و سکته قلبی فراوانی (درصد)	P-value
	کمتر از ۴۰ سال	۲۲(۷۸/۵۷)	۴(۱۴/۲۸)	۲(۷/۱۵)	
	۴۰ تا ۴۹ سال	۱۳(۲۷/۶۷)	۳۱(۶۵/۹۶)	۳(۶/۳۸)	
سن	۵۰ تا ۵۹ سال	۸(۵/۲۷)	۱۴۰(۹۲/۱)	۴(۲/۶۳)	<۰/۰۰۱
	۶۰ تا ۶۹ سال	۲(۱/۸۳)	۱۰۳(۹۴/۵۰)	۴(۳/۶۷)	
	۷۰ سال و بالاتر	۳(۴/۶۹)	۵۹(۹۲/۱۹)	۲(۳/۱۲)	
	زن	۱۲(۹/۸۴)	۱۰۶(۸۶/۸۸)	۴(۳/۲۸)	
جنسیت	مرد	۳۶(۱۲/۹۵)	۲۳۰(۸۲/۷۳)	۱۲(۴/۳۲)	۰/۷۶۲
	مجرد	۱۶(۵۰)	۱۴(۴۳/۷۵)	۲(۶/۲۵)	
وضعیت تاهل	متاهل	۲۷(۱۰/۳۴)	۲۲۱(۸۴/۶۸)	۱۳(۴/۹۸)	<۰/۰۰۱
	جدا شده	۴(۳۳/۳۳)	۸(۶۶/۶۷)	۰(۰)	
	همسر فوت شده	۳(۳/۱۶)	۹۲(۹۶/۸۴)	۰(۰)	
	بی سواد	۸(۵/۷۱)	۱۲۵(۸۹/۲۹)	۷(۵)	
	زیر دیپلم	۱(۳/۰۳)	۳۱(۹۳/۹۴)	۱(۳/۰۳)	
وضعیت تحصیلی	دیپلم	۱۴(۱۰)	۱۱۸(۸۴/۲۹)	۸(۵/۷۱)	<۰/۰۰۱
	کارشناسی	۱۹(۲۵/۶۷)	۵۱(۶۸/۹۲)	۴(۵/۴)	
	کارشناسی ارشد	۵(۷۱/۴۳)	۲(۲۸/۵۷)	۰(۰)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

	دکترا	۶(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)	
	کارمند	۲۰(۲۶/۳۲)	۵۰(۶۵/۷۹)	۶(۷/۸۹)	
	کارگر	۹(۶/۶۲)	۱۲۴(۹۱/۱۸)	۳(۲/۲۰)	
وضعیت شغلی	آزاد/خویش فرما	۳(۲۳/۰۸)	۱۰(۷۶/۹۲)	۰(۰)	۰/۰۰۴
	بازنشسته	۴(۵/۵۶)	۶۴(۸۸/۸۸)	۴(۵/۵۶)	
	خانه دار	۶(۶/۲۵)	۸۵(۸۸/۵۴)	۵(۵/۲۱)	
	بیکار	۵(۷۱/۴۳)	۲(۲۸/۵۷)	۰(۰)	
	شهری	۴۳(۱۳/۶۱)	۲۶۱(۸۲/۵۹)	۱۲(۳/۸۰)	
شهری/ روستایی	روستایی	۴(۴/۷۶)	۷۶(۹۰/۴۸)	۴(۴/۷۶)	۰/۲۶۴
	بله	۴۶(۱۴/۳۸)	۲۶۲(۸۱/۸۷)	۱۲(۳/۷۵)	
سکونت در مرکز استان	خیر	۲(۲/۵)	۷۴(۹۲/۵)	۴(۵)	۰/۱۱۶

جدول ۴: ارتباط میان ویژگی های زمینه‌ای بیماران با نوع ابتلای آنان به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی

ویژگی جمعیت شناختی	دسته‌بندی	آنژین فراوانی (درصد)	سکته قلبی فراوانی (درصد)	آنژین و سکته قلبی فراوانی (درصد)	P-value
دارا بودن بیمه درمانی پایه	بله	۴۲(۱۱/۱۷)	۳۱۸(۸۴/۵۷)	۱۶(۴/۲۶)	
	خیر	۵(۲۰/۸۳)	۱۸(۷۵)	۱(۴/۱۷)	۰/۲۹۶
	تامین اجتماعی	۳۶(۱۱/۵۸)	۲۶۳(۸۴/۵۷)	۱۲(۳/۸۶)	
نوع بیمه درمانی پایه	خدمات درمانی	۴(۶/۱۵)	۵۷(۸۷/۷۰)	۴(۶/۱۵)	۰/۵۳۹
دارا بودن بیمه درمانی تکمیلی	بله	۲۷(۲۲/۸۸)	۸۴(۷۱/۱۹)	۷(۵/۹۳)	
	خیر	۲۳(۸/۱۶)	۲۵۳(۸۹/۷۲)	۶(۲/۱۲)	۰/۰۰۶
مدت زمان سپری شده از آغاز علائم بیماری تا تشخیص	بلافاصله	۴۶(۱۸/۱۱)	۱۹۶(۷۷/۱۶)	۱۲(۴/۷۳)	
	کمتر از ۱ سال	۲(۳/۱۲)	۶۰(۹۳/۷۶)	۲(۳/۱۲)	
	۱ تا ۴ سال	۱(۱/۳۷)	۶۹(۹۴/۵۲)	۳(۴/۱۱)	۰/۰۹۶
	۵ تا ۹ سال	۰(۰)	۵(۱۰۰)	۰(۰)	
	۱۰ سال و بیشتر	۰(۰)	۴(۱۰۰)	۰(۰)	
زمان سپری شده از تشخیص بیماری تا آغاز مراقبت	بلافاصله	۴۸(۱۴)	۲۸۱(۸۱/۹۲)	۱۴(۴/۰۸)	
	کمتر از ۱ سال	۱(۱/۸۹)	۵۱(۹۶/۲۲)	۱(۱/۸۹)	۰/۳۰۹
	۱ تا ۴ سال	۰(۰)	۴(۱۰۰)	۰(۰)	
زمان سپری شده از آغاز بیماری	کمتر از ۵ سال	۴۶(۱۱/۸۶)	۳۲۶(۸۴/۰۲)	۱۶(۴/۱۲)	
	۵ تا ۱۰ سال	۲(۱۶/۶۷)	۱۰(۸۳/۳۳)	۰(۰)	۰/۸۳۵
	مستمر	۴۲(۱۶/۱۵)	۲۰۶(۷۹/۲۳)	۱۲(۴/۶۲)	
وضعیت تحت نظر بودن	متناوب	۵(۵/۸۱)	۷۷(۸۹/۵۴)	۴(۴/۶۵)	۰/۱۰۴
	در صورت بروز مشکل جدی	۲(۳/۷)	۵۲(۹۶/۳)	۰(۰)	
	پزشک عمومی	۶(۷/۱۴)	۷۸(۹۲/۸۶)	۰(۰)	
پزشک مسئول درمان	متخصص داخلی	۴(۲۳/۵۳)	۱۳(۷۶/۴۷)	۰(۰)	۰/۲۶۶
	متخصص قلب و عروق	۳۸(۱۲/۷۱)	۲۴۵(۸۱/۹۴)	۱۶(۵/۳۵)	
	مراکز دولتی	۴(۱۶/۶۷)	۲۰(۸۳/۳۳)	۰(۰)	
محل دریافت مراقبت	مراکز خصوصی	۴(۱۲/۵)	۲۳(۷۱/۸۷)	۵(۱۵/۶۳)	۰/۲۹۵
	خصوصی و دولتی	۳۸(۱۱/۰۵)	۲۹۴(۸۵/۴۶)	۱۲(۳/۴۹)	
	کمتر از ۵۰ میلیون تومان	۲(۶/۶۶)	۲۶(۸۶/۶۷)	۲(۶/۶۷)	
درآمد سالیانه	۵۰ تا ۱۰۰ میلیون تومان	۱۵(۶/۹۴)	۱۹۲(۸۸/۸۹)	۹(۴/۱۷)	
	۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیون تومان	۱۶(۱۴/۲۹)	۹۲(۸۲/۱۴)	۴(۳/۵۷)	۰/۰۱۰
	۱۵۰ تا ۲۰۰ میلیون تومان	۴(۲۵)	۱۲(۷۵)	۰(۰)	
	بیش از ۲۰۰ میلیون تومان	۱۳(۵۰)	۱۳(۵۰)	۰(۰)	

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی و شناسایی ارتباط میان عوامل جمعیت شناختی و زمینه ای با نوع ابتلای بیماران به مورد اجرا در آمد. نتایج حاصل از بررسی های انجام شده در رابطه با ویژگی های جمعیت شناختی نشان می دهد که اگر چه قریب دو سوم بیماران مورد بررسی در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

مطالعه در بازه سنی ۵۰ تا ۶۹ سالگی قرار دارند اما قریب ۲۰ درصد از بیماران داری سن کمتر از ۵۰ سال بودند این امر حاکی از پایین بودن و روند کاهشی سن ابتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی است. همچنین بیش از دو سوم آنان را مردان تشکیل می دهند که این امر می تواند به دلیل شیوع بیشتر عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی نظیر مصرف دخانیات، چاقی و پرخوری در میان مردان نسبت به زنان؛ مواجهه بالاتر آنان با استرس های شغلی به دلیل نان آور بودن خانواده؛ توجه کمتر آنان به انجام آزمایشات و بررسی های دوره ای، پیگیری نگردن علائم ظاهر شده بیماری ها؛ و حتی رعایت نمودن کمتر درمان ها و دستورات پزشکی پس از تشخیص بیماری نسبت داد. نکته قابل توجه دیگر، بی سواد بودن بیش از یک سوم از بیماران و فاقد تحصیلات دانشگاهی بودن غالب آنان است که می تواند شرایط را جهت آموزش خودمراقبتی به آنان (اعم از نوع پیشگیرانه و یا درمانی) دشوارتر سازد.

اکثریت بیماران مورد بررسی دارای بیمه درمانی پایه بودند اما کمتر از یک سوم آنان دارای بیمه تکمیلی هستند که با توجه به ابلاغ قانون بیمه همگانی، فاقد بیمه پایه بودن ٪۶ از بیماران پذیرفتنی نخواهد بود؛ همچنین فقدان بیمه درمانی تکمیلی در ٪۷۱ از بیماران می تواند منجر به کاهش دسترسی مالی آنان به مراقبت ها گردد. مطالعه نشان داد که ٪۸۴ بیماران صرفاً به سکته قلبی، ٪۱۲ به آنژین و ٪۴ نیز توامان با هر دو نوع عارضه مواجهه داشتند. تنها ٪۶۳ از بیماران بلافاصله پس از ظاهر شدن علائم بیماری اقدام به پیگیری و تشخیص قطعی آن نمودند لیکن غالب آنان (٪۸۶) بلافاصله پس از تشخیص اولیه بیماری خود اقدام به دریافت مراقبت های مقتضی نموده اند. عدم پیگیری اولیه علائم ظاهر شده بیماری جهت تشخیص آن در ٪۳۷ از بیماران و نیز عدم دریافت مراقبت های مورد نیاز در ٪۱۴ آنان حاکی از وجود یک کاستی جدی است که می تواند ناشی از فقدان توان مالی بیماران جهت دریافت مراقبت، ناآگاهی از مهم بودن علایم ظاهر شده بیماری؛ و جدی نگرفتن ابتلا به ناراحتی های قلبی-عروقی و لزوم پیگیری بهنگام آن باشد. تنها قریب دو سوم از آنان به طور مستمر تحت نظر پزشک مربوطه هستند و ٪۲۱ درصد آنان مراقبت های مورد نیاز خود را از پزشک عمومی دریافت می کنند. بعلاوه، غالب بیماران نیز خدمات مورد نیاز خود را به صورت توامان از مراکز خصوصی و دولتی دریافت می کنند که این امر حاکی از ناکافی بودن (و احتمالاً کم کیفیت بودن) مراقبت های ارائه شده در بخش دولتی است.

بررسی ارتباط میان ویژگی های جمعیت شناختی و زمینه ای با نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی نشان داد که بروز بیماری در بیماران کمتر از ۴۰ سال غالباً به صورت آنژین بوده در حالی که شکل بروز این بیماری ها در بیماران با سن بالاتر عموماً به صورت سکته قلبی است. با توجه به اینکه آنژین صدری به تنگی عروق کرونری یا تغذیه کننده قلب بر اثر تجمع لیپیدها در دیواره داخلی آن ها و متعاقباً عدم خون رسانی مکفی به قلب البته به شکل موقت اطلاق می‌شود لذا می‌توان آن را به عنوان پیش‌درآمد وقوع سکته قلبی (که در آن انسداد این عروق به شکل کامل و ناگهانی اتفاق می افتد) در نظر گرفت. همچنین با در نظر گرفتن اثر تجمعی مرتبط با سبک زندگی و سایر عوامل خطر و نیز پیشرفت تدریجی بیماری و علائم آن، می توان انتظار داشت که با بالاتر رفتن سن، شکل غالب بروز بیماری از آنژین صدری به سکته قلبی تغییر یابد. مطالعه انجام شده توسط North و Sinclair، وجود ارتباط مستقیم میان سن و ابتلا به انواع بیماری های قلبی-عروقی را مورد تصریح قرار داده است [۱۵]. مطالعه انجام شده توسط Costantino و همکاران وی نیز به نتایج مشابهی دست یافته است [۱۶]. مقایسه یافته های این مطالعات با مطالعه حاضر حاکی از همخوانی آن ها با یکدیگر و تایید اثرگذاری سن به عنوان یک مولفه مهم اثرگذار بر الگوی بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی است.

بررسی ها همچنین نشان داد که شکل ابتلای تنها نیمی از بیماران مجرد به صورت آنژین است در حالی که شکل ابتلای سایر بیماران، عموماً به شکل سکته قلبی است؛ و میزان ابتلای بیماران مبتلا به سکته قلبی در بیماران جدا شده از همسر نیز به طور قابل توجهی از بیماران متاهل و همسر فوت شده پایین تر است. با توجه به اینکه اکثریت بیماران مجرد و حتی مطلقه این مطالعه را افراد با سن پایین تر تشکیل می‌دادند. لذا یافته اول این بخش را می توان با استدلال ارائه شده درخصوص ارتباط میان سن و نوع ابتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی (و اثر متقابل و ثانویه سن بر وضعیت تاهل) توجیه نمود. مطالعه انجام شده توسط Dhindsa و همکاران وی، وجود ارتباط میان وضعیت تاهل با ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی و بروندادهای بهداشتی مرتبط با آن ها را نشان می دهند. نتایج این مطالعه حاکی است که افراد متاهل نسبت به سایرین، دارای سطح ابتلا و شدت کمتری از بیماری های قلبی-عروقی هستند و این تاثیر، در مردان برجسته تر از زنان است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

همچنین این مطالعه میزان رضایت مندی از زندگی زناشویی را بر وقوع بیماری های قلبی-عروقی و شدت آن ها موثر می داند [۱۷]. مقایسه یافته های این مطالعه با مطالعه حاضر حاکی از عدم همخوانی آن ها با یکدیگر است که این عدم انطباق را می توان به مولفه های فرهنگی، اجتماعی و حتی نژادی موجود در جامعه مورد پژوهش منتسب نمود.

نتایج تحلیل های صورت گرفته در این مطالعه حاکی از آن است که شکل ابتلای بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی به ویژه بیماران با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و دکترا غالباً به صورت آنژین است در حالی که شکل غالب ابتلای بیماران با سطح تحصیلات پایین تر، از نوع سکته قلبی است. با توجه به اینکه آنژین شکل خفیف تر بیماری های احتقانی قلبی-عروقی است لذا این یافته می تواند به دلیل بالاتر بودن سواد عمومی و تخصصی در بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی؛ و بهتر بودن احتمالی سطح سواد سلامت و خودمراقبتی در آنان باشد [۱۸،۱۹]. بدیهی است که انتظار می رود افراد با سطح سواد بالاتر، سطح مطالعه بیشتری در تمامی حوزه ها بویژه مسائل مرتبط با سلامتی داشته باشند و بدلیل سطح آگاهی بالاتر، بیش از سایرین به سلامتی خود اهمیت بدهند و متعاقباً رفتارهای جستجوگر سلامتی (Health Seeking Behaviors) بهتری داشته باشند [۱۸]. همچنین وضعیت شغلی و مالی بهتر افراد با تحصیلات دانشگاهی بالاتر و تاثیر تمامی این مولفه ها بر رفتارهای جستجوگر سلامتی و نیز محدودیت های مالی کمتر آنان جهت دریافت مراقبت های پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی مقتضی می‌تواند از دلایل دیگر این امر باشد [۱۸].

درخصوص تاثیر وضعیت شغلی بر نوع ابتلای بیماران به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی می توان ادعا نمود که شکل ابتلای بیماران فاقد شغل غالباً از نوع آنژین بوده درحالیکه شکل غالب ابتلای سایر بیماران، غالباً از نوع سکته قلبی است. این یافته را می توان به دسترسی مالی بهتر افراد دارای شغل مناسب به مراقبت های بهداشتی و درمانی نسبت داد. پرواضح است که افراد دارای سطح درآمد مناسب می توانند بیمه درمانی پایه و تکمیلی بهتری داشته باشند، و خدمات باکیفیت تری را با مراجعه به بهترین افراد و مراکز ارائه دهنده مراقبت در هر نقطه از کشور دریافت نمایند که این موضوع می تواند منجر به تشخیص بهنگام بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن گردد [۱۹]. مطالعه Suhail و همکاران وی، تاثیر سواد عمومی و سلامت بر رعایت اصول خودمراقبتی و متعاقباً بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی را ثابت کرده اند [۱۸]. مطالعه مروری نظام‌مند انجام شده توسط Peltzer و همکاران وی نیز تاثیر مثبت و مستقیم سواد سلامت بر پیشگیری از ابتلا به بیماری های عروق کرونری قلب و نیز اعمال خودمراقبتی صحیح در بیماران مبتلا به این بیماری را مورد تصریح جدی قرار داده است [۱۹].

همچنین میزان ابتلای بیماران با وضعیت شغلی کارگر، بازنشسته و خانه‌دار به سکته قلبی بیش از بیماران بازنشسته و به ویژه کارمند است. با توجه به اینکه بیماران بیکار مورد بررسی غالباً دارای سن پایین تر بودند لذا یافته اول را می توان به تاثیر ثانویه و متقاطع سن بر وضعیت شغلی مرتبط دانست، و تاثیر یافته دوم را می توان بر اساس تاثیر ثانویه و متقاطع سطح تحصیلات بر وضعیت شغلی توجیه نمود. مطالعه مروری نظام مند انجام شده توسط Eller و همکاران وی، تاثیر ماهیت شغل و ویژگی های روانی-اجتماعی محیط کار در مشاغل مختلف را بر ابتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی به اثبات رسانده است [۲۰]. مطالعه کوهورت اجرا شده توسط Matthews و همکاران وی، وجود ارتباط مستقیم میان تنش و استرس شغلی با میزان ابتلا و مرگ ناشی از بیماری های قلبی-عروقی را مورد تاکید قرار داده است [۲۱]. مقایسه یافته های این مطالعات با مطالعه حاضر حاکی از همخوانی آن ها با یکدیگر و تایید اثرگذاری سطح تحصیلات و شغل بعنوان یک مولفه مهم اثرگذار بر الگوی بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی است.

میزان بالاتر ابتلای بیماران دارای بیمه درمانی تکمیلی به آنژین (و ابتلای کمتر آنان به سکته قلبی) در قیاس با بیماران فاقد آن به وضوح مشاهده می شود. نظر به اینکه بیمه تکمیلی دارای نقش مهمی در ایجاد دسترسی مالی به مراقبت های بهداشتی مورد نیاز بیماران (از طریق پوشش هزینه های مراقبتی پوشش داده نشده توسط بیمه درمانی پایه) است لذا بیماران واجد این بیمه می توانند با محدویت بسیار کمتری به انواع مراقبت های تشخیصی و درمانی دست یابند. بدیهی است در چنین شرایطی به دلیل تشخیص زودهنگام بیماری و درمان بموقع آن، احتمال پیشرفت بیماری و تبدیل آن به سکته های قلبی بسیار کمتر خواهد بود. مطالعه انجام شده توسط Song و همکاران وی، تاثیر برخورداری از بیمه درمانی بر دسترسی مالی به مراقبت، دریافت بهنگام خدمات مورد نیاز، ابتلا به بیماری و نیز کنترل مناسب آن را مورد تاکید قرار داده است [۲۲]. این مطالعه همچنین نشان داد که با افزایش سطح درآمد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

خانوار، به طور معنی داری از بروز بیماری به شکل سکته قلبی کاسته و به بروز آن به شکل آنژین افزوده می شود. پرواضح است که داشتن تمکن مالی (به مانند بهره مندی از بیمه تکمیلی) نیز می تواند با بهبود دسترسی مالی به مراقبت ها و دریافت بهنگام مراقبت های باکیفیت، سبب اجتناب از عدم پیشرفت بیماری و منجر شده آن به سکته قلبی گردد. مطالعه انجام شده توسط Khan Minhas و همکاران وی، وجود ارتباط میان سطح درآمد خانوار با بهره مندی از بسیاری از مزایای اجتماعی نظیر بیمه کارآمد درمانی، دسترسی به مراقبت های بهداشتی، و متعاقباً ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی را به اثبات رسانده اند [۲۳]. مقایسه یافته های این مطالعات با مطالعه حاضر حاکی از همخوانی آن ها با یکدیگر و تایید اثرگذاری سطح درآمد و برخورداری از بیمه های درمانی بعنوان یک مولفه مهم اثرگذار بر الگوی بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی است. پرواضح است که این ارتباط بدلیل تاثیر وضعیت درآمد و برخورداری از بیمه درمانی در ایجاد دسترسی به مراقبت های بهداشتی و درمانی مورد نیاز بیماران است. با توجه به یافته های مطالعه، پیشنهادات اجرایی زیر قابل ارائه می باشند:

- لزوم اجرای برنامه های آموزش همگانی کارآمد جهت پیشگیری از وقوع بیماری های احتقانی قلبی-عروقی به ویژه در سه دهه اول زندگی
- آغاز برنامه های غربالگری از دهه چهارم زندگی در افراد جامعه و تاکید عمده بر شناسایی بیماران در دهه ششم و هفتم زندگی
- لزوم توجه ویژه به مردان در انجام غربالگری ها به ویژه مردان دارای عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی
- لزوم عینیت بخشی و استمرار در ارائه آموزش های مرتبط با پیشگیری و خودمراقبتی به مردان و تاکید بیشتر بر رعایت درمان های ارائه شده و پرهیزهای پزشکی تعیین شده در مردان
- لزوم توانمندسازی کارکنان بهداشتی در آموزش بهداشت جهت ارائه آموزش عینی و مناسب به ویژه به افراد بی‌سواد یا فاقد تحصیلات دانشگاهی
- توجه به پوشش موثر بیمه پایه و گسترش بیمه های تکمیلی بر اساس اصول پوشش همگانی سلامت در بیماران
- لزوم تحت نظر بودن بیماران مبتلا به بیماری های احتقانی قلبی-عروقی توسط متخصصین بیماری های قلب و عروق و یا داخلی
- لزوم گسترش کمی و کیفی مراقبت های مورد نیاز بیماران در بخش دولتی
- انعقاد قرارداد از سوی بیمه های پایه و تکمیلی با تمامی مراکز ارائه دهنده مراقبت های مورد نیاز بیماران
- اصلاح نظام ارجاع و قرار دادن متخصصین قلب و عروق در زنجیره آن

همچنین پیشنهاد انجام مطالعات مشابه در سایر نقاط کشور جهت تعیین الگوی کشوری بروز بیماری‌های احتقانی قلبی-عروقی و شناسایی عوامل اثرگذار مرتبط با آن قابل ارائه خواهد بود. پژوهشگران همچنین تکرار این مطالعه را در استان سمنان و در فواصل زمانی منظم جهت تعیین روند الگوی بروز و تغییرات احتمالی آن ضروری می دانند.

نقطه قوت مطالعه حاضر، نگاه نوآورانه آن در تمرکز بر طیف وسیعی از عوامل خطر جمعیت شناختی و زمینه ای است. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به دسترسی مشکل به بیماران بدحال و یا توانایی اندک آنان در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه بود که با اخذ وقت قبلی از آنان و نیز استفاده از دیدگاه همراهان بیمار در تکمیل پرسشنامه، تعدیل گردید. اگر چه احتمالی سوگیری در اخذ نمونه ها به دلیل تصادفی سازی منتفی به نظر می‌رسد اما مرگ تعدادی از بیماران و یا وخامت جدی وضعیت سلامتی و عدم امکان پاسخگویی به مطالعه بود که می‌توانست بر الگوی بروز بیماری و یا متغیرهای نهایی مرتبط با آن تاثیرگذار باشد. از محدودیت های دیگر مطالعه می توان به احتمال تاثیر متقاطع متغیرها بر روابط آماری بررسی شده اشاره نمود بعنوان مثال، سطح تحصیلات می تواند بر شغل بیمار و متعاقباً بر سطح درآمد وی اثیرگذار بود و روابط میان آن ها را تا حدودی مخدوش نماید.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که شکل غالب بروز بیماری های احتقانی قلبی-عروقی به صورت سکته قلبی است که این موضوع (با توجه به وجود نشانه های آنژین، پیش از وقوع سکته قلبی) به معنی تشخیص دیرهنگام بیماری و آغاز همراه با تاخیر مراقبت است. همچنین این مطالعه منجر به شناسایی طیف قابل توجهی از متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای مرتبط با وقوع بیماری گردید که غالباً در سایر مطالعات مورد غفلت قرار گرفته اند. بر این اساس، در نظر گرفتن این متغیرها در طراحی و اجرای مداخلات ارتقایی می تواند در بهبود اثربخشی آن ها و متعاقباً بهبود سطح سلامت و رضایت بیماران موثر باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

سهم نویسندگان

سید سعید کسائیان: طراحی مطالعه، نهایی کردن و تصویب پروپوزال، طراحی ابزار، تحلیل داده ها، ارزیابی و اصلاح مقاله

محمد علی لآلی دهقی: بررسی متون، تدوین پروپوزال اولیه، گردآوری داده، تدوین مقاله اولیه

الهه جندقی: بررسی متون، تدوین پروپوزال اولیه، گردآوری داده، تحلیل داده، تدوین مقاله اولیه

معصومه ابراهیمی توانی: بررسی متون، تدوین پروپوزال اولیه، گردآوری داده، تدوین مقاله اولیه

فرید غریبی: طراحی مطالعه، بررسی متون، نهایی کردن و تصویب پروپوزال، طراحی ابزار، تحلیل داده ها، تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می دانند که از نقطه نظرات صاحبنظران گرانقدر در طراحی و روانسنجی ابزار مطالعه و نیز از همراهی و مشارکت بیماران گرانقدر، نهایت قدردانی را داشته باشند.

منابع

1. Kazemi T, Hajihosseini M, Moossavi M, Hemmati M, Ziaee M. Cardiovascular risk factors and atherogenic indices in an Iranian population: Birjand east of Iran. Clinical Medicine Insights: Cardiology 2018;12:1-6
2. Peykari N, Hashemi H, Asghari G, Ayazi M, Janbabaei G, Malekzadeh R, et al. Scientometric study on non-communicable diseases in Iran: a review article. Iran Journal of Public Health 2018;47:936-43
3. Sadeghi M, Haghdoost AA, Bahrampour A, Dehghani M. Modeling the burden of cardiovascular diseases in Iran from 2005 to 2025: the impact of demographic changes. Iran Journal of Public Health 2017;46:506-16
4. Mouodi S, Hosseini SR, Cumming RG, Bijani A, Esmaeili H, Ghadimi R. Physiological risk factors for cardiovascular disease in middle-aged (40-60 year) adults and their association with dietary intake, Northern Iran. Caspian Journal of Internal Medicine 2019;10:55-64
5. Roth GA, Mensah GA, Catherine OJ, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, Barengo NC. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 study 2020;76:2982-3021
6. Kilkenny MF, Dunstan L, Busingye D. Knowledge of risk factors for diabetes or cardiovascular disease (CVD) is poor among individuals with risk factors for CVD. PLoS One 2017;22:e0172941
7. Laali Dehaghi MA, Kassaeian SS, Jandagi E, Gharibi F. Catastrophic health expenditure and its determinants in patients with ischemic health disease and their households: a creoss-sectional study from Iran in 2024. Health Science Reports 2025;8:e71082
8. Fahimfar N, Khalili D, Ghajarieh Sepalnlou S, Malekzadeh R, Azizi F, A MM, Roohafza H. Cardiovascular mortality in Western Asian country: results from the Iran Cohort Consortium. BMJ Open 2018;8:e020303
9. Hosseini-Esfahani F, Mousavi Nasl Khameneh A, Mirmiran P, Ghanbarian A, Azizi F. Trends in risk factors for cardiovascular disease among Iranian adolescents: the Tehran lipid and glucose study, 1999-2008. Journal of Epidemiology 2011;21:319-28
10. Capewell S, Ford ES, B CJ, Critchley JA, Greenlund KJ, Labarthe DR. Cardiovascular risk factor trends in the US popula-tion and options for reducing future CHD mortality. Bulletin of the World Health Organization 2010;88:120-30
11. Collins D, Laatikainen T, Farrington J. Implementing essential interventions for cardiovascular disease risk management in primary healthcare: lessons from Eastern Europe and central Asia. BMJ Global Health 2020;5:e002111
12. Girolamo CD, Nusselder WJ, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Costa G, Kovács K, et al. Progress in reducing inequalities in cardiovascular disease mortality in Europe. Heart 2020;106:40-49.
13. Imani A, Gharibi F, Khezri A, Joudyian N, Dalal K .Economic costs incurred by the patients with multiple sclerosis at different levels of the disease: a cross-sectional study in Northwest Iran. BMC Neurology 2020;20:1-10
14. Jan S, Lee SW, Sawhney JP, Ong TK, Chin CT, Kim HS. Catastrophic health expenditure on acute coronary events in Asia: a prospective study. Bulletin of the World Health Organization 2016;94:193-200
15. North BJ, Sinclair DA. The intersection between aging and cardiovascular disease. Circulation Research 2012;110:1097-108
16. Costantino S, Paneni F ,Costantino F. Aging, metabolism and cardiovascular disease. Journal of Physiology 2016;594:2061-73

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

17. Dhindsa DS, Khambhati J, Schultz WM, Tahhan AS, Quyyumi AA. Marital status and outcomes in patients with cardiovascular disease. Trends in Cardiovascular Medicine 2020;30:215-20
18. Suhail M, Saeed H, Saleem Z, Younas S, Hashmi FK, Rassol F, et al. Association of health literacy and medication adherence with health-related quality of life (HRQoL) in patients with ischemic health disease. Health and Quality of Life Outcome 2021;19:118
19. Peltzer S, Hellstern M, Genske A, Jünger S, Woopen C, Albus C. Health literacy in persons at risk of and patients with coronary health disease: a systematic review. Social Science & Medicine 2020;245:112711
20. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F , Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, Theorell T. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. Cardiology in Review 2009;17:83-97
21. Matthews TA, Chen L, Li J. Increased job strain and cardiovascular disease mortality: a prospective cohort study in U.S. workers. Inddependent Health 2023;61:250-9
22. Song L, Wang Y, Chen B, Yang T, Zhang W, Wang Y. The association between health insurance and all-cause, cardiovascular disease, cancer, and cause-specific mortality: a prospective cohort study. Int ernational Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17:1525
23. Khan Minhas AM, Jain V, Li M, Ariss RW, Fudim M, Michos ED, et al. Family income and cardiovascular disease risk in American adults. Scientific Reports 2023;13:279

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]