Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Evaluation of Association between Health Promotion Behaviors and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Disease Referred to Farshchian Hospital in Hamedan in 2021

Kobra Gholami Kiaee[1], Samira Rahimi Naderi[2*], Soheila Panahi[3], Gholamreza Shafiee[4]

[1] Shahid Mohammadi Hospital, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran
[2] Besat hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[3] Dept of Psychology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[4] Dept of Clinical Biochemistry, Medicine school, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Oct. 28, 2024
Received in revised form: Dec. 09, 2024
Accepted: Feb. 11, 2025
Published Online: May. 26, 2025

**** Correspondence to:***
Samira Rahimi Naderi
Besat hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Email:
rahimisamira62@gmail.com

A B S T R A C T

Introduction: A healthy lifestyle plays a crucial role in decreasing complications and mortality associated with coronary artery disease. Recognizing this, the present study aimed to explore the relationship between health-promoting behaviors and quality of life among cardiovascular patients attending Farshchian Hospital in Hamedan in the year 2021.

Materials & Methods: This cross-sectional study was conducted in the year 2021 on cardiovascular patients referring to Farshchian Hospital in the city of Hamedan. Convenience sampling was used, and after obtaining informed consent from the participants, a total of 207 questionnaires were distributed. The tools used included a demographic checklist and questionnaires on McNair's quality of life and health-promoting behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics and regression analysis at the p less than 0.05 in the SPSS V.23 and STATA V.17.

Results: Mean age of the participants was 50.61 ± 11.45 years. Most of them were married and held university degrees. The mean scores for the overall lifestyle and quality of life of the patients were 123.84 ± 14.96 and 96.11 ± 15.20, respectively, with higher scores observed in women compared to men. Regression analysis showed that education level, marital status, health responsibility, spiritual growth, interpersonal relationships, and lifestyle influenced quality of life, with approximately 37% of the variance in quality of life explained by these predictor variables.

Conclusion: Health behaviors and psychosocial support play a key role in improving the quality of life for cardiovascular patients. Education level, marital status, and personal relationships negatively impact this quality.

Keywords: Health promotion behaviors, Lifestyle, Cardiovascular Disease

How to cite this paper: Gholami Kiaee K, Rahimi Naderi S, Panahi S, Shafiee. Evaluation of Association between Health Promotion Behaviors and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Disease Referred to Farshchian Hospital in Hamedan in 2021. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2025;33(2):13-25.

Introduction

The global death rate from non-communicable diseases, including cardiovascular disease, is increasing, with an average age of 60 years (1). Lifestyle plays a crucial role in maintaining and improving health and preventing diseases (2). Studies by the World Health Organization show that 60% of people's health and quality of life depend on their behavior and lifestyle, with 53% of the causes of death related to unhealthy behaviors (3). Lifestyle factors such as lack of physical activity, poor nutrition, smoking, high blood pressure, obesity, diabetes, and blood lipid disorders are among the most important causes of cardiovascular strokes (3). A healthy lifestyle can reduce the prevalence of diseases, reduce the adverse effects of health problems, promote general health, increase resilience, and improve the quality of life (4). Quality of life is a key component in general health, focusing on the perception of individuals' situation, value system, and culture. Reducing the frequency of

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

© The Author(s)
Publisher: Ilam University of Medical Sciences

patient hospitalizations is a priority goal of the health system, and lifestyle modification interventions should be considered as an integral component of rehabilitation and treatment programs after heart attacks and vascular accidents (5). Nurses have always tried to improve patients' quality of life by providing medical services and participating in nursing research. So, the present study aimed to explore the relationship between health-promoting behaviors and quality of life among cardiovascular patients.

Methods

This cross-sectional study was conducted in the year 2021 on cardiovascular patients referring to Farshchian Hospital in the city of Hamedan. Convenience sampling was used, and after obtaining informed consent from the participants, a total of 207 questionnaires were distributed. The tools used included a demographic checklist and questionnaires on McNair's quality of life and health-promoting behaviors by Pender and Walker. SPSS V.23 and STATA V.17 were employed for data analysis. The data were analyzed using descriptive statistics and regression analysis. In this study, a significance level of 0.05 was considered for the tests.

Results

The findings showed that the mean age of the participants was 50.61 ± 11.45 years. Most of them were married and held university degrees. The mean scores for the overall lifestyle and quality of life of the patients were 123.84 ± 14.96 and 96.11 ± 15.20, respectively, with higher scores observed in women compared to men. Regression analysis indicated that education level, marital status, health responsibility, spiritual growth, interpersonal relationships, and lifestyle influenced quality of life, with approximately 37% of the variance in quality of life explained by these predictor variables.

Conclusion

Health behaviors and psychosocial support play a key role in improving the quality of life for cardiovascular patients. Education level, marital status, and personal relationships negatively impact this quality. Developing comprehensive interventions that include psychological and social support, as well as promoting responsibility, can help improve the physical and mental well-being of patients.

Authors' Contribution

Methodology, Validation: KGK, SRN, SP, Investigation, Software: SRN, Formal Analysis, Resources, Data Curation: KGK, SRN, Conceptualization, Visualization, Writing– Original Draft Preparation, Writing– Review & Editing: KGK, SRN, SP, GS, Supervision, Project Administration: SRN.

Ethical Statement

This study was approved by the Ethics Committee of Hamadan University of Medical Sciences (Iran) (IR.UMSHA.REC.1399.910). The authors avoided data fabrication, falsification, plagiarism, and misconduct.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This research resulted from a project with number 35808 which carried out with the financial support of the Vice President for Research and Technology, Hamadan University of Medical Sciences.

Acknowledgment

The authors thank the all of participants and persons who help in this project.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام

JIUMS

P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸

E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی در بیماران قلبی–عروقی مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۴۰۰

کبری غلامی کیایی [۱]، سمیرا رحیمی نادری [۲*]، سهیلا پناهی [۳]، غلامرضا شفیعی [۴]

[۱] بیمارستان شهید محمدی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران

[۲] بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۳] گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۴] گروه بیوشیمی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۷

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵

نویسنده مسئول:
سمیرا رحیمی نادری
بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email:
rahimisamira62@gmail.com

چکیده

مقدمه: شیوه زندگی سالم در کاهش عوارض و مرگ و میر بیماری عروق کرونر موثر بوده است. لذا هدف از این مطالعه تعیین ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۴۰۰ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی در سال ۱۴۰۰ بر روی بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان انجام شد. نمونه‌گیری به روش آسان (در دسترس) انجام گرفت و پس از اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه از شرکت‌کنندگان، در نهایت ۲۰۷ پرسشنامه توزیع گردید. ابزارهای مورد استفاده چک لیست دموگرافیک و پرسشنامه¬های کیفیت زندگی مک نیو و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پندر و والکر بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۲۳ و STATA نسخه‌ی ۱۷ استفاده شد. داده‌ها با به‌کارگیری آمار توصیفی و رگرسیون مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه، سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش: یافته‌های نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۵/ ۱۱± ۵۰/۶۱ سال بود. بیشتر آنان متأهل و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. میانگین نمرات کل سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران به ترتیب ۱۴/۹۶ ± ۱۲۳/۸۴ و ۱۵/۲۰ ± ۹۶/۱۱ بود که در زنان بالاتر از مردان مشاهده شد. تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، مسئولیت‌پذیری سلامت، رشد معنوی، روابط بین‌فردی و سبک زندگی در کیفیت زندگی اثرگذار بودند و حدود ۳۷ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای پیشگو تبیین شد.

بحث و نتیجه‌گیری: رفتارهای سلامت و حمایت‌های روانی-اجتماعی نقش کلیدی در بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی‌عروقی دارند. سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و روابط فردی بر این کیفیت تأثیر منفی دارند، توسعه مداخلات جامع شامل حمایت روانی، اجتماعی و ارتقاء مسئولیت‌پذیری می‌تواند به بهبود وضعیت جسمانی و روانی بیماران کمک کند.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، کیفیت زندگی، بیماران قلبی- عروقی

استناد: غلامی کیایی کبری، رحیمی نادری سمیرا، پناهی سهیلا، شفیعی غلامرضا. بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی در بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۴۰۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، خرداد ۱۴۰۴؛ (۲)۳۳: ۲۵-۱۳.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

CC BY NC

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

امروزه ۶۰ درصد مرگ و میرها در جهان ناشی از بیماریهای غیر واگیر است، نیمی از این مرگ و میرها به بیماری قلبی عروقی نسبت داده شده است. شیوع این بیماری¬ در کشورهای درحال توسعه در حال افزایش بوده است. میزان مرگ ناشی از آن در دنیا ۲۶۵ مورد، در منطقه مدیترانه شرقی۲۲۴ مورد و در کشور ایران ۱۷۱ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است (۱).

براساس مطالعات انجام شده در ایران؛ متوسط سن سکته‌های قلبی حدود ۶۰ سال است؛ که متناسب با استانداردهای جهانی است. اما در چند سال اخیر آمار سکته‌های قلبی در سنین کمتر افزایش بیشتری یافته است که علت آن قابل تأمل است (۲). یکی از عوامل مهم در این رابطه، سبک زندگی است. سبک زندگی فعالیت¬های عادی و معمول روزانه است که افراد آنها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته اند. سبک زندگی، چارچوبی جامع و الگویی هویتبخش است که نه تنها رفتارهای فردی، بلکه تمامی ابعاد حیات اجتماعی و فرهنگی اعضای یک جامعه را شکل می‌دهد و تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سطح سلامتی خود و پیشگیری از بیماری¬ها اقدامات و فعالیت¬هایی را انجام می¬دهند؛ که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می¬دهد (۳).

نتایج مطالعات سازمان جهانی بهداشت در ۳۵ کشور جهان نشان داد که حدود ۶۰ درصد سلامت افراد و کیفیت زندگی آنان بستگی به رفتار و شیوه زندگی آنها دارد. همچنین آمار ارائه شده بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ و میر در دنیا به سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی مربوط است. لذا شیوه زندگی فرد رابطه¬ای تنگاتنگ با سلامتی فرد دارد. بطوری که نبود تحرک بدنی، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، فشار خون بالا، چاقی، دیابت و اختلالات چربی خون از مهمترین علل سکته¬های قلبی- عروقی است. سبک زندگی سالم به عنوان منبعی ارزشمند، نقش کلیدی در کاهش شیوع بیماری‌ها، کاهش تأثیرات نامطلوب مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت عمومی، افزایش تاب‌آوری در مواجهه با عوامل استرس‌زای زندگی و ارتقای کیفیت زندگی ایفا می‌کند (۴).

کیفیت زندگی از چارچوب‌های نظری مورد قبول در بررسی شرایط زندگی بیماران مختلف به شمار می‌رود که به عنوان یک مؤلفه کلیدی در سلامت عمومی، افزایش طول عمر برای فرد بیمار ، تأثیر مراقبت‌های بهداشتی در فعالیت‌های روزانه فرد، حس خوب بودن و توانایی کنار آمدن وی با ابعاد بیماری شناخته شده است. همچنین سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به «عنوان ادراک افراد از موقعیتشان، نظام ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می¬کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور اساسی» تعریف می¬کند. بررسی سلامت، تنها شامل تخمین میزان و شدت بیماری نیست، بلکه برخورداری از شرایط خوب و کیفیت مناسب زندگی نیز هست. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، براساس تأثیر کمبودها، نحوه عملکرد و احساس فرد از خود و فرصت¬های اجتماعی ارزیابی می¬گردد (۵) که در سال¬های اخیر به طور گسترده¬ای در بسیاری از تحقیقات بالینی کانون توجه قرار گرفته است.

نتایج مطالعات نشان داده است که در بیماریهای قلبی با توجه به ناتوانی قلب در خون رسانی علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری و آسیت ایجاد می گردد. این علائم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می¬کند که بر کیفیت زندگی وی تأثیر می¬گذارد. همچنین عوامل تنش¬زای متعدد جسمی و روانی در بیماریهای قلبی منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می¬شود که کاهش کیفیت زندگی نیز با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ بیمار ارتباط مستقیم دارد (۶). همین امر موجب تحمیل هزینه¬های سنگینی به نظام بهداشتی کشور می¬شود لذا کاهش دفعات بستری بیمار از اهداف مهم نظام بهداشتی بوده و چگونگی نیل به این هدف از چالش¬های مهم آن محسوب می¬شود. از آنجا که این خطر را می¬توان به طور چشمگیری با تغییر در سبک زندگی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

کاهش داد؛ با توجه به نقش تعیین کننده سبک زندگی در پاتوفیزیولوژی بیماری های قلبی-عروقی، مداخلات اصلاح سبک زندگی باید به عنوان جزء جدایی ناپذیر و اولویت دار برنامه های بازتوانی و درمان پس از سکته های قلبی و حوادث عروقی در نظر گرفته شود. ز سوی دیگر با تغییر رفتار مرتبط با بیماری‌های قلبی عوارض زیان بار دارو درمانی کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی بیمار نیز بهبود می¬یابد. در این رابطه، نتایج مطالعات نیز حاکی از آن است که ساکنان شهر همدان در معرض یا مستعد انواع عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی هستند (۷). از طرفی کیفیت زندگی مفهومی مرتبط با رشته پرستاری بوده و پرستاران همواره در جهت ارتقای آن کوشیده اند. آنها با ارائه خدمات درمانی و مشارکت در تحقیقات پرستاری سعی در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته اند. پرستاران می توانند با ارتباط موثر و مداوم خود در صورت بروز هر مشکل و سوالی به بیماران کمک کنند و برای حل مشکلات آنها راهنمایی های لازم را ارائه نمایند (۸). با توجه به اهمیت این بیماری به نظر می رسد که باید اقدامات مناسبی به منظور افزایش سطح آگاهی و سپس عملکرد مردم انجام شود و عوامل موثر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت (شامل فعالیت بدنی منظم، تغذیه مناسب، مدیریت استرس، خودمراقبتی، پرهیز از مصرف دخانیات و الکل، و پایبندی به درمان) و تأثیر بالقوه آنها بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی (۹)، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین این رفتارها و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۴۰۰ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۰ و بر روی بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان انجام شد. روش نمونه گیری در این مطالعه نمونه گیری به روش آسان (در دسترس) بود. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه اخلاق IR.UMSHA.REC.1399.910 مصوب شد. افرادی که مایل به همکاری بودند، پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه مربوط به مطالعه را تکمیل کردند. ضمن اینکه کارشناسان واجد شرایط مستقر در مرکز به سؤالات احتمالی افراد درمورد نحوه پر کردن پرسش‌نامه پاسخ داده و آن‌ها را جهت تکمیل دقیق تر پرسش‌نامه راهنمایی می کردند. شرایط ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماریهای قلبی ثبت شده در پرونده و مدارک پزشکی بیمار، سپری شدن حداقل ۱ ماه از تشخیص بیماری و سن بالای ۱۸ سال بود. معیار خروج از مطالعه نیز شامل افراد پایین تر از ۱۸ سال سن و عدم رضایت برای پاسخ گویی به پرسشنامه ها بود.

حجم نمونه در این مطالعه بر اساس فرمول استاندارد برآورد حجم نمونه برای مطالعات مقطعی با استفاده از متغیرهای پیوسته محاسبه گردید: براساس مطالعه Morys و همکاران (۲۰۱۵) انحراف معیار ۱/۲ با مفروضات d=0.2 و z=1.96 حجم نمونه نهایی به تعداد ۱۳۸ نفر از طریق فرمول زیر محاسبه شد (۱۰).

$$n=\left(\frac{Z_{1-\alpha/2}\times\sigma}{d}\right)^2$$

$$n=\left(\frac{1.96\times1.2}{0.2}\right)^2=(11.76)^2=138.3\approx138$$

به منظور جبران احتمالی ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی به ۲۰۷ نفر افزایش یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش مشخصات جمعیت شناختی شامل وضعیت عمومی، سابقه بیماری و ریسک فاکتورهای آن و پرسشنامه های استاندارد ارزیابی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران قلبی مک نیو (McNew) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت II Health promotion lifestyle profile (II HPLP) پندر و والکر بودند. پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو دارای ۲۷ سوال است و در سه خرده مقیاس: عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی تهیه شده است. ۹ سؤال این پرسشنامه در حوزه عملکرد فیزیکی، ۹ سؤال آن در حوزه عملکرد هیجانی و ۹ سؤال در حوزه عملکرد اجتماعی است. پنج سؤال از حوزه عملکرد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

فیزیکی، علائم بیماری را ارزیابی می¬کند (۱۱). نمره نهایی نیز با محاسبه نمره تمام سوالات محاسبه می‌شود. هر کدام از سوالات پرسشنامه دارای معیار پاسخ لیکرت هفت تایی است (گزینه‌ها از همیشه تا اصلاً متغیر بود). بالاترین نمره ممکن در هر سوال هفت و کمترین نمره یک است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه خیام نکوئی و همکاران (۱۳۸۹) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ تایید شده است (۱۲).

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت یک ابزار اندازه گیری است که در توصیف سبک زندگی سلامت فرد مفید بوده است. این ابزار به طور گسترده در تحقیقات استفاده و روایی و پایایی آن در جمعیت‌های متنوع گزارش شده است (۱۳). این پرسشنامه ۵۲ سؤال دارد که دارای شش بعد مسؤلیت پذیری در مقابل سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس می باشد. دامنه امتیاز هر عبارت ۱ تا ۴ است. عبارات به صورت چهار گزینه-ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به طور معمول) امتیازبندی می¬شوند. به طور کلی نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ ها برای کل ۵۲ سوال و برای هر مولفه محاسبه می شود. Walker و همکارانش برای این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کردند و برای شش مولفه آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ را گزارش نمودند. روایی نسخه فارسی پرسشنامه در پژوهش محمدی زیدی و همکاران با آلفای ۰/۸۲ و پایایی آن ۰/۹۱ گزارش شد (۱۴).

برای بدست آوردن مقادیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ و برای مدل رگرسیون از نرم افزار STATA نسخه‌ی ۱۷ استفاده شد. در این مطالعه، سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

از مجموع ۲۰۷ نفر شرکت کنندگان در این مطالعه ۵۴/۱۱ درصد زن و مابقی مرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۰/۶۱±۱۱/۴۵ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان متأهلین (۷۸/۳ درصد) و از لحاظ سطح تحصیلات نیز دارای تحصیلات دانشگاهی (۳۲/۸۵ درصد) بودند (جدول۱).

جدول شمارهٔ ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران قلبی- عروقی

متغیرها	زن	مرد	کل
جنسیت	۱۱۲(۵۴/۱۱)	۹۵ (۴۵/۸۹)	۲۰۷
میانگین سنی	۵۰/۷۹±۱۱/۶۵	۵۰/۴۰±۱۱/۲۷	۵۰/۶۱±۱۱/۴۵
تعداد افراد خانوار	۳/۸۴±۱/۶۷	۴/۲۲±۱/۶۸	۴/۰۱±۱/۶۸
تحصیلات			
بی سواد	۹(۸/۰)	۱۰(۱۰/۵)	۱۹(۹/۲)
ابتدایی	۱۹(۱۷/۰)	۱۶(۱۶/۸)	۳۵(۱۶/۹)
راهنمایی	۲۳(۲۰/۵)	۲۳(۲۴/۲)	۴۶(۲۲/۲)
دبیرستان	۲۵(۲۲/۳)	۱۴(۱۴/۸)	۳۹(۱۸/۸)
دانشگاهی	۳۶(۳۲/۲)	۳۲(۳۳/۷)	۶۸(۳۲/۹)
کل	۱۱۲(۱۰۰)	۹۵(۱۰۰)	۲۰۷(۱۰۰)
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۰(۸/۹)	۱۰(۱۰/۵)	۲۰(۹/۷)
متاهل	۸۷(۷۷/۷)	۷۵(۷۸/۹)	۱۶۲(۷۸/۳)
طلاق گرفته	۸(۷/۱)	۳(۳/۲)	۱۱ (۵/۳)
بیوه	۷(۶/۳)	۷(۷/۴)	۱۴(۶/۷)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

کل	۱۱۲(۱۰۰)	۹۵(۱۰۰)	۲۰۷(۱۰۰)
وضعیت اشتغال			
شاغل	۹۰(۸۰/۴)	۸۰(۸۴/۲)	۱۷۰(۸۲/۱)
بیکار	۲۲(۱۹/۶)	۱۵(۱۵/۸)	۳۷(۱۷/۹)
کل	۱۱۲(۱۰۰)	۹۵(۱۰۰)	۲۰۷(۱۰۰)
وضعیت اقتصادی- اجتماعی			
خیلی خوب	۱(۰/۹)	۰	۱(۰/۵)
خوب	۷(۶/۳)	۴(۴/۲)	۱۱(۵/۳)
متوسط	۶۷(۵۹/۸)	۵۳(۵۵/۸)	۱۲۰(۵۸/۰)
بد	۲۲(۱۹/۶)	۲۵(۲۶/۳)	۴۷(۲۲/۷)
خیلی بد	۱۵(۱۳/۴)	۱۳(۱۳/۷)	۲۸(۱۳/۵)
کل	۱۱۲(۱۰۰)	۹۵(۱۰۰)	۲۰۷(۱۰۰)

در این پژوهش میانگین نمره کل سبک زندگی در بیماران ۱۴/۹۶ ± ۱۲۳/۸۴ مشاهده شد که در زنان بیشتر از مردان بود. بالاترین میانگین نمره در حیطه رشد معنوی و کمترین میانگین در حیطه تغذیه مشاهده شد. میانگین کیفیت زندگی بیماران ۱۵/۲۰ ± ۹۶/۱۱ بود که در زنان بیشتر از مردان بود (جدول ۲).

جدول شمارهٔ ۲. میانگین و انحراف معیار سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی به تفکیک جنسیت

ابعاد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	جنسیت		
	زن Mean (SD)	مرد Mean (SD)	کل Mean (SD)
مسئولیت پذیری سلامت	۲۱/۶۳ ± ۳/۸۹	۲۱/۰۰ ± ۳/۲۶	۲۱/۳۴ ± ۳/۶۲
فعالیت فیزیکی	۲۰/۳۵ ± ۳/۱۴	۲۰/۱۷ ± ۳/۰۸	۲۰/۲۷ ± ۳/۱۱
تغذیه	۱۹/۸۸ ± ۳/۳۰	۱۹/۵۵ ± ۳/۱۵	۱۹/۷۳ ± ۳/۲۳
رشد معنوی	۲۱/۶۹ ± ۳/۳۳	۲۱/۲۲ ± ۳/۰۳	۲۱/۴۷ ± ۳/۲۰
روابط بین فردی	۲۰/۵۸ ± ۳/۷۸	۲۰/۶۸ ± ۳/۴۳	۲۰/۶۳ ± ۳/۶۲
مدیریت استرس	۲۰/۵۸ ± ۳/۷۸	۲۰/۴۴ ± ۲/۶۷	۲۰/۴۳ ± ۲/۸۴
سبک زندگی	۱۲۴/۱۷ ± ۱۵/۷۰	۱۲۳/۴۴ ± ۱۴/۱۲	۱۲۳/۸۴ ± ۱۴/۹۶
کیفیت زندگی	۹۷/۳۹ ± ۱۵/۸۱	۹۴/۶۰ ± ۱۴/۳۸	۹۶/۱۱ ± ۱۵/۲۰

جدول شمارهٔ ۳. نتایج آنالیز رگرسیون خطی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی

مدل	متغیرها	طبقه‌بندی	Coefficient	Std. Error	t	P-value	R-squared	Adjusted R Square	P-value
	شاخص های برازش مدل	–	–	–	–	–	۰/۴۴	۰/۳۷	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	وضعیت تحصیلات	بیسواد	-	–	–	–			
		ابتدایی	۳/۲۸	۴/۳۱	۰/۷۶	۰/۴۴			
		راهنمایی	۶/۳۴	۴/۳۲	۱/۴۷	۰/۱۴			

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

	دبیرستان	-۳/۷۶	۴/۳۷	-۰/۸۶	۰/۳۹			
	دانشگاهی	-۹/۳۴	۴/۳۹	-۲/۱۳	۰/۰۳			
وضعیت ازدواج	مجرد	-	-	-	-			
	متاهل	-۱۹/۵۱	۴/۹۵	-۱۹/۵۱	۰/۰۰			
	طلاق گرفته	-۷/۳۵	۶/۴۶	-۱/۱۴	۰/۲۵			
	بیوه	-۲۶/۳۰	۶/۵۸	-۳/۹۹	۰/۰۰			
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	خیلی بد	-	-	-	-			
	بد	۳/۲۹	۳/۸۱	۰/۸۶	۰/۳۸			
	متوسط	۰/۴۳	۳/۴۱	۰/۱۳	۰/۸۹			
	خوب	۸/۴۰	۶/۲۷	۱/۳۴	۰/۱۸			
	خیلی خوب	-۱/۰۸	۱۳/۱۶	-۰/۰۸	۰/۹۳			
سن	-	۰/۱۹	۰/۱۰	۱/۸۴	۰/۰۶			
جنس	-	-۱/۵۰	۱/۸۶	-۰/۸۱	۰/۴۲			
تعداد افراد خانواده	-	۰/۷۸	۰/۶۵	۱/۲۰	۰/۲۳			
وضعیت اشتغال	-	۰/۰۵	۲/۸۲	۰/۰۲	۰/۹۸			
مسئولیت پذیری سلامت	-	۱/۵۸	۰/۴۵	۳/۴۹	۰/۰۰			
فعالیت فیزیکی	-	۰/۲۱	۰/۵۶	۰/۳۸	۰/۷۰			
تغذیه	-	-۰/۴۱	۰/۵۶	-۰/۷۴	۰/۴۵			
رشد معنوی	-	۱/۰۸	۰/۴۶	۲/۳۵	۰/۰۲			
روابط بین فردی	-	-۱/۰۷	۰/۴۲	-۲/۵۶	۰/۰۱			
مدیریت استرس	-	۰/۵۹	۰/۴۳	۱/۳۷	۰/۱۷			
سبک زندگی	-	۰/۲۵	۰/۰۶	۳/۷۳	۰/۰۰			

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ نشان داد که مدل حاضر توانایی پیش‌بینی معنادار کیفیت زندگی بیماران قلبی را دارد (R2 = ۰/۳۷ ؛ p <۰/۰۰۱). براساس یافته‌ها، متغیرهای زیر به عنوان پیش‌بین‌های معنادار کیفیت زندگی شناسایی شدند

1 :(001/0> p)- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، شامل: سطح تحصیلات دانشگاهی و وضعیت تأهل (متأهل و بیوه)؛ ۲- مولفه‌های سلامت روانی-اجتماعی، از قبیل: مسئولیت‌پذیری در حوزه سلامت، رشد معنوی و روابط بین‌فردی؛ ۳- عوامل

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

رفتاری، به ویژه سبک زندگی فردی که بر سلامت و رفتارهای روزمره تأثیرگذار است. مجموع این متغیرها توانسته است ۳۷ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند. لازم به ذکر است که سایر متغیرهای مورد بررسی اثر معناداری بر کیفیت زندگی نداشته‌اند.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۴۰۰ بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی دارد ($p < 0.05$). این نتایج حاکی از آن است که مداخلات آموزشی و تغییر سبک زندگی می‌تواند به عنوان یک راهکار مؤثر در برنامه‌های بازتوانی قلبی مورد توجه قرار گیرد. سلیمانی مقدم و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه انجام شده در گناباد نیز بر ارتباط معنادار بین سبک زندگی و بیماری‌های قلبی-عروقی تأکید دارد (۱۵). نتایج مطالعه کمالی نژاد و همکاران (۲۰۲۱) در تهران نشان داد که سبک زندگی می‌توانند منجر به بهبود سطح کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی شود (۱۶). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از طریق: الف) افزایش خودکارآمدی، ب) بهبود مدیریت استرس، و ج) ارتقاء وضعیت تغذیه، منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شوند (۱۷). لزوم گنجاندن برنامه‌های آموزش رفتارهای سلامت در پروتکل‌های درمانی، اهمیت مشاوره‌های روانشناختی برای تقویت راهبردهای مقابله‌ای، و نیاز به طراحی مداخلات فرهنگی-بومی برای جوامع مختلف از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۸). بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، انجام مطالعات طولی برای بررسی تأثیر بلندمدت، ارزیابی سهم هر یک از مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به صورت مجزا، و مقایسه اثربخشی مداخلات آموزشی مختلف صورت گیرد.

مطالعه ما نشان داد که سطح تحصیلات دانشگاهی و وضعیت تأهل (متأهل و بیوه) به طور منفی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی تأثیرگذار است. نتایج سایر مطالعات نشان داد که افراد با تحصیلات دانشگاهی ممکن است در برخی موارد به دلیل آگاهی بیشتر از بیماری‌ها و نگرانی‌های مرتبط، احساس رضایت کمتری از کیفیت زندگی داشته باشند (۱۹). همچنین، وضعیت تأهل نیز می‌تواند بر احساس حمایت اجتماعی و روانی بیماران تأثیرگذار باشد؛ به گونه‌ای که بیماران بیوه ممکن است با چالش‌های بیشتری در مقایسه با دیگر گروه‌ها روبه‌رو شوند (۲۰). این یافته‌ها بر اهمیت توجه به عوامل اجتماعی و فردی در برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی تأکید می‌کند. برای تبیین دقیق‌تر این نتایج، نیاز است تحقیقات بیشتری با نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های کیفی انجام شود تا عوامل مؤثر دیگر و سازوکارهای مربوطه شناسایی شوند.

در این مطالعه، مسئولیت‌پذیری در زمینه سلامت و رشد معنوی به عنوان عوامل مؤثر در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی، تأثیر مثبت داشتند. مطالعات نشان می‌دهند که مسئولیت‌پذیری در زمینه سلامت نه تنها منجر به تغییرات رفتاری مثبت می‌شود، بلکه به بهبود وضعیت جسمانی و روانی بیماران نیز کمک می‌کند. این امر می‌تواند شامل کاهش علائم بیماری، افزایش سطح فعالیت بدنی، بهبود خواب و کاهش اضطراب و افسردگی باشد (۲۱). همچنین، رشد معنوی می‌تواند احساس رضایت از زندگی، اعتماد به نفس و توانمندی فرد در مقابله با مشکلات سلامتی را تقویت کند. در نتیجه، تقویت حس مسئولیت‌پذیری و رشد معنوی در بیماران قلبی-عروقی می‌تواند نقش کلیدی در فرآیند درمان و بازسازی سلامت جسمانی و روانی آن‌ها ایفا کند. این رویکرد جامع و انسان‌محور، فرصت مناسبی برای بهبود کلی کیفیت زندگی بیماران فراهم می‌آورد و می‌تواند به عنوان بخشی از برنامه‌های مراقبت و توانبخشی مورد توجه قرار گیرد (۲۲).

در مطالعه ما روابط بین‌فردی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی تأثیر منفی داشت. نتایج سایر مطالعات نشان داد که روابط بین‌فردی منفی می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی داشته باشد. این نتایج بر اهمیت نقش عوامل روانی و اجتماعی در فرآیند بهبود و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مدیریت بیماری‌های قلبی تأکید می‌کند. روابط بین‌فردی منفی، مانند تنش‌های خانوادگی، روابط ناسالم یا نبود حمایت اجتماعی، ممکن است باعث افزایش استرس، کاهش انگیزه برای پیروی از درمان‌ها و در نتیجه، کاهش کیفیت زندگی بیماران شود (۲۳). همچنین، تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی قوی و روابط مثبت می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت روانی و فیزیولوژیکی بیماران ایفا کند و فرآیند بهبود را تسریع کند. بنابراین، مداخلات جامع که علاوه بر درمان‌های پزشکی، بر بهبود روابط اجتماعی و کاهش تنش‌های بین‌فردی تمرکز دارند، می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران قلبی–عروقی موثر باشد. در نهایت، توجه به عوامل روانی و اجتماعی در برنامه‌های مراقبت از بیماران، یکی از کلیدهای موفقیت در مدیریت این بیماری‌ها است (۲۴).

نتایج مطالعه ما نشان داد که سبک زندگی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی–عروقی تأثیر مثبتی دارد. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که تغییرات مثبت در سبک زندگی، مانند اصلاح رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی، مدیریت استرس و ترک عادات مضر، می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت سلامت و افزایش رضایت از زندگی بیماران ایفا کند (۹). بنابراین، تدوین برنامه‌های مداخلاتی که بر ترویج سبک زندگی سالم تمرکز دارند، می‌تواند بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی–عروقی را تسهیل کند و در کاهش عوارض و مرگ و میرهای مرتبط نقش مؤثری ایفا کند (۲۵). این نتایج همچنین بر اهمیت آموزش و حمایت روانی و اجتماعی بیماران برای ارتقای سلامت کلی و بهبود شرایط زندگی آنان تأکید می‌کند (۲۶).

در پژوهش حاضر به ترتیب رشد معنوی و مسئولیت پذیری سلامت بیشترین میانگین نمره را داشتند که با یافته¬های مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۷). حیطه رشد معنوی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی تأثیر معناداری داشت که با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه بود که گزارش دادند افراد با سطح معنویت بالاتر، از نظر اعتقاد بر سلامت با دیگران تفاوت دارند، به طوری که این افراد، برای بهبود وضعیت جسمی خویش فعالیت و تلاش بیشتری نشان دادند و همین امر بر کیفیت زندگی بیماران موثر بوده است (۲۸). حیطه‌های روابط بین فردی و مسئولیت پذیری سلامت نیز بر کیفیت زندگی بیماران قلبی تأثیر معناداری داشت که با نتایج سایر مطالعات همسو بود (۲۹). احساس مسئولیت بیشتر در قبال سلامتی، افزایش میزان فعالیت جسمی و اهمیت به امر ورزش و کنترل استرس، اضطراب و هیجانات منفی می‌تواند منجر به کاهش بیماری قلبی- عروقی گردد (۳۰۴۱). نتایج مطالعه ای در مرکز آموزشی درمانی قلب فرشچیان شهر همدان که بصورت کارآزمایی بالینی انجام شده بود نشان داد که برنامه خود مدیریتی بر روی بهبود فعالیت فیزیکی، تغذیه، مسئولیت درباره سلامت و روابط بین فردی موثر است (۳۱). نتایج مطالعه محسنی پویا و همکاران (۱۳۹۴)، که در مرکز قلب مازندران انجام شده نیز نشان داد که اصلاح سبک زندگی در زمینه مسئولیت پذیری در قبال سلامتی، مدیریت استرس و افزایش فعالیت جسمی می بایست به عنوان یک امر حتمی در تغییر عادات نامناسب بیماران قلبی- عروقی پذیرفته و مداخلات آموزشی مناسب در این زمینه اعمال گردد. همچنین تفاوت‌های موجود بین سطح سلامت زنان و مردان که حاکی از سطوح پایین تر سلامت جسمانی و روانی زنان در مقایسه با مردان است، لزوم انجام تحقیقات گسترده‌تر به منظور بررسی دقیق دلایل این امر و اتخاذ سیاستهای حمایتی زنان در راستای بهبود وضعیت سلامتی آنها ضروری می نماید (۳۲). در مطالعه ما کمترین میانگین نمره در حیطه تغذیه بود، این یافته با نتایج مطالعه Moayedi و همکاران (۲۰۱۹) که به فعالیت جسمی اشاره داشتند، مغایرت داشت (۳۳). این ناهمخوانی به دلیل وجود تفاوت در ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی دو جامعه هدف قابل توجیه می¬باشد.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره زنان بالاتر از مردان بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. این یافته بر خلاف نتایج مطالعاتی است که به منظور مقایسه وضعیت سلامتی زنان و مردان جهت بررسی تأثیر جنسیت بر سلامتی انجام شده‌اند (۳۴) و بر نقش جنسیت به عنوان واقعیتی فیزیولوژیکی و سازه ای اجتماعی که می¬تواند ابعاد گوناگون وضعیت سلامتی دو جنس را تحت تأثیر قرار دهند،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

بود. در این رابطه شرایط بد اجتماعی زنان در مقایسه با مردان دلیل سطوح پایین¬تر سلامتی آنها بیان شد(۳۵). به نظر می¬رسد که زنان به گونه¬ای متفاوت¬تر از مردان به سلامتی خود نگاه می‌کنند و آنها تمایل بیشتری برای دریافت کمک از پزشکان دارند این امر مربوط به هویت زنانگی آنها است که عاطفی تر بوده و تمایل بیشتری برای پذیرش نقش بیمار دارند. در واقع زنان به رغم برخورداری از سبک زندگی سالم تر، وضعیت سلامتی خود را بدتر از مردان گزارش کرده اند. لذا تناقض در آمارهای بیماری بین مردان و زنان می تواند ناشی از این امر باشد که زنان در موقعیت های مشابه از نظر وضعیت سلامتی، بیش از مردان به دنبال دارو و درمان هستند و بیش از آنها بیماری خود را گزارش می‌کنند. در مورد این نتایج باید با احتیاط برخورد کرد و در این زمینه در آینده نیازمند انجام مطالعات بیشتری می باشد.

نتیجه گیری

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نقش مهم و معناداری در بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی دارند. مداخلات آموزشی، تغییر سبک زندگی و ارتقاء رفتارهای سالم می‌تواند به عنوان راهکارهای مؤثر در فرآیند بازتوانی و مراقبت‌های پس از درمان این بیماران مورد توجه قرار گیرد. سطح تحصیلات دانشگاهی و وضعیت تأهل، به صورت منفی بر کیفیت زندگی تأثیرگذار هستند، که ممکن است ناشی از آگاهی بیشتر و نگرانی‌های مرتبط با بیماری در افراد تحصیل کرده یا احساس عدم حمایت اجتماعی در بیماران بیوه باشد. این یافته‌ها بر نیاز به برنامه‌ریزی دقیق و جامع در مراقبت‌های بهداشتی تأکید می‌کند که عوامل روانی، اجتماعی و فردی را در نظر بگیرد. بنابراین، توسعه برنامه‌های حمایت روانی و اجتماعی، بهبود روابط خانوادگی و فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی مؤثر می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران ایفا کند. همچنین، مسئولیت‌پذیری در زمینه سلامت و رشد معنوی به عنوان عوامل مثبت در ارتقاء وضعیت جسمانی و روانی بیماران برجسته شدند. تقویت حس مسئولیت‌پذیری و رشد معنوی، نه تنها به تغییرات رفتاری مثبت کمک می‌کند بلکه احساس رضایت، اعتماد به نفس و توانمندی در مقابله با چالش‌های سلامتی را تقویت می‌نماید. در نهایت، روابط بین‌فردی منفی نیز به عنوان عاملی منفی بر کیفیت زندگی معرفی شده است، که بر اهمیت حمایت اجتماعی و کاهش تنش‌های روانی در فرآیند بهبود بیماران تأکید می‌نماید. برنامه‌های مداخلاتی که علاوه بر درمان‌های پزشکی، بر بهبود روابط اجتماعی و کاهش استرس‌های روانی تمرکز دارند، می‌توانند در ارتقاء کلی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشند.

سپاس گزاری

نویسندگان این مقاله تشکر و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایتهای مالی اعلام می دارند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافعی ندارند.

کد اخلاق

این مقاله برگرفته از نتایج طرح تحقیقاتی به شماره مصوب ۱۴۰۰۰۱۱۷۲۱۷ و با کد اخلاق مصوب شورای کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره IR.UMSHA.REC.1399.910 استخراج شده است.

حمایت مالی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش مقاله مشارکت نموده اند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

References

1. Ralapanawa U, Sivakanesan R. Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review. J Epidemiol Glob Health. 2021;11:169-77. doi: 10.2991/jegh.k.201217.001.
2. Kordestani D. Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal Peopel. Yafte. 2018;19.
3. Soleimani Moghadam R, Mohammadi S, Kargar Kakhki N, Mohammadi M, Ghadimifar A, Ahmadnejad A, et al. Evaluation The Predictors In Patients With Cardiovascular Disease Based On Walker Health-Promoting Lifestyle. Iran J Diabet Metab. 2018;17:157-64.
4. Jortveit J, Pripp AH, Langørgen J, Halvorsen S. Incidence, risk factors and outcome of young patients with myocardial infarction. Heart. 2020;106:1420-6. doi: 10.1136/heartjnl-2019-316067.
5. Van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Curr Opin Psychiatry. 2020;33:521-7. doi: 10.1097/YCO.0000000000000641.
6. Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. Heart Fail Rev. 2020;25:993-1006. doi: 10.1007/s10741-019-09890-2.
7. Van Spall HG, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, et al. Effect of patient-centered transitional care services on clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: the PACT-HF randomized clinical trial. JAMA. 2019;321:753-61. doi: 10.1001/jama.2019.0710.
8. Johansson I, Joseph P, Balasubramanian K, McMurray JJ, Lund LH, Ezekowitz JA, et al. Health-related quality of life and mortality in heart failure: the global congestive heart failure study of 23 000 patients from 40 countries. Circulation. 2021;143:2129-42. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050850.
9. Kaminsky LA, German C, Imboden M, Ozemek C, Peterman JE, Brubaker PH. The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis. 2022;70:8-15. doi: 10.1016/j.pcad.2021.12.001.
10. Moryś JM, Höfer S, Rynkiewicz A, Oldridge NB. The Polish MacNew heart disease heath-related quality of life questionnaire: A validation study. Cardiol J. 2015;22:541-50. doi: 10.5603/CJ.a2015.0027.
11. Amini R, Rajabi M, Soltanian A. Effect of Health-related Lifestyle Selfmanagement Program on Quality of Life of Patients with Ischaemic Heart Disease: A Quasi-experimental Study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2017;11. doi:10.7860/JCDR/2017/27874.10981.
12. Nekouei ZK, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. Iran J Med Educ. 2010;10. doi: 10.4103/2277-9531.94410.
13. Kelly DL, Lyon DE, Garvan C, Wingard JR. Associations Among Health-Promoting Lifestyle Behaviors, Perceived Stress, and Inflammatory Responses of Individuals with Chronic Graft-Versus-Host Disease (cGVHD) Following Allogeneic Blood and Marrow Transplantation. Biol Blood Marrow Transplant. 2016;22:S470-S1. doi: 10.1097/NCC.0000000000000453.
14. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2011;20:102-13.
15. Soleimani Moghadam R, Mohammadi S, Kargar Kakhki N, Mohammadi M, Ghadimifar A, Ahmadnejad A, et al. Evaluation The Predictors In Patients With Cardiovascular Disease Based On Walker Health-Promoting Lifestyle. Iran J Diabet Lipid Disord. 2018;17:157-64.
16. Kamalinedjad F, Rafiepoor A, Sabet M. The mediating role of lifestyle in the relationship between coping strategies and quality of life in cardiovascular patients: A path analysis study. Iran J Health Educ Health Promot. 2021;8:348-58. doi: 10.29252/ijhehp.8.4.1.
17. Bandura A. Applying theory for human betterment. Perspect Psychol Sci. 2019;14:12-5. doi:10.1177/1745691618815.
18. Behrens DA, Rauner MS, Sommersguter-Reichmann M. Why resilience in health care systems is more than coping with disasters: implications for health care policy. Schmalenbach Z Betriebswirtsch Forsch. 2022;74:465-95. doi: 10.1007/s41471-022-00132-0.
19. Kowalewska B, Cybulski M, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E. Acceptance of illness, satisfaction with life, sense of stigmatization, and quality of life among people with psoriasis: a cross-sectional study. Dermatol Ther. 2020;10:413-30. doi: 10.1007/s13555-020-00368-w.
20. Holm AL, Berland AK, Severinsson E. Factors that influence the health of older widows and widowers—A systematic review

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

of quantitative research. Nurs Open. 2019;6:591-611. doi: 10.1002/nop2.243.
21. Yang Y, Yuan Q, Wu C, Yang L. Barriers and facilitators to improved sedentary behaviour in coronary heart disease patients: a scoping review. BMJ Open. 2025;15:e088111. doi: 10.1136/bmjopen-2024-088111.
22. Smith TW. Intimate relationships and coronary heart disease: implications for risk, prevention, and patient management. Curr Cardiol Rep. 2022;24:761-74. doi: 10.1007/s11886-022-01695-4.
23. Teshale AB, Htun HL, Hu J, Dalli LL, Lim MH, Neves BB, et al. The relationship between social isolation, social support, and loneliness with cardiovascular disease and shared risk factors: A narrative review. Arch Gerontol Geriatr. 2023;111:105008. doi: 10.1016/j.archger.2023.105008.
24. Liu G, Li Y, Hu Y, Zong G, Li S, Rimm EB, et al. Influence of lifestyle on incident cardiovascular disease and mortality in patients with diabetes mellitus. J Am Coll Cardiol. 2018;71:2867-76. doi: 10.1016/j.jacc.2018.04.027.
25. Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, et al. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015;132:873-98. doi: 10.1161/CIR.0000000000000228.
26. Al-Ajlouni YA, Al Ta'ani O, Shamaileh G, Nagi Y, Tanashat M, Al-Bitar F, et al. The burden of Cardiovascular diseases in Jordan: a longitudinal analysis from the global burden of disease study, 1990–2019. BMC Public Health. 2024;24:879. doi: 10.1186/s12889-024-18316-0.
27. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. Qual Life Res. 2018;27:2777-97. doi: 10.1007/s11136-018-1906-4.
28. Chatzinikolaou A, Tzikas S, Lavdaniti M. Assessment of Quality of Life in patients with Cardiovascular Disease using the SF-36, MacNew, and EQ-5D-5L questionnaires. Cureus. 2021;13. doi: 10.7759/cureus.17982.
29. Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study. BMC Cardiovasc Disord. 2021;21:1-13. doi: 10.1186/s12872-021-02294-x.
30. Amini R, Rajabi M, Omidi A, Soltanian A, Esmaili MM. The effect of health-related lifestyle self-management intervention on health promotion behaviors in patients with ischemic heart disease. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2016;24:174-83. doi: 10.21859/nmj-24035.
31. Mohseni Pouya H, Hajimiri K, Esmaeili Shahmirzadi S, Golshani S, Amrei H, Seifi Makrani A. Relationship between health promoting behaviors and severity of coronary artery stenosis in angiography department in Mazandaran Heart Center. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;25:19-29.
32. Moayedi Y, Fan CPS, Cherikh WS, Stehlik J, Teuteberg JJ, Ross HJ, et al. Survival outcomes after heart transplantation: does recipient sex matter? Circ Heart Fail.2019;12:e006218. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006218.
33. Tajvar M, Fletcher A, Grundy E, Karami B, Mohabbati F. Gender interaction in association of perceived social support and health-related quality of life among iranian older people: A cross-sectional survey. Health Promot Perspect. 2022;12:56. doi: 10.34172/hpp.2022.08. eCollection 2022.
34. Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? Lancet. 2019;393:560-9. doi: 10.1016/S0140-6736(18)33135-0.
35. Javed Z, Haisum Maqsood M, Yahya T, Amin Z, Acquah I, Valero-Elizondo J, et al. Race, racism, and cardiovascular health: applying a social determinants of health framework to racial/ethnic disparities in cardiovascular disease. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2022;15:e007917. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.121.007917.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]