

Research Paper

Relation Between Health Promotion Behaviors Lifestyle and Islamic Lifestyle in Patients With Acute Coronary Syndrome

Mohsen Shahriari¹, Samira Abbasi², Pegah Moghzi³, *Mahin Moeini⁴

1. Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. MSc., Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. BSc. Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Assistant Professor, Ulcer Repair Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



Citation: Shahriari M, Abbasi S, Moghzi P, Moeini M. [Relation Between Health Promotion Behaviors Lifestyle and Islamic Lifestyle in Patients With Acute Coronary Syndrome (Persian)]. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(2):126-137.

Funding: See Page 134

Copyright: The Author(s)

Received: 19 Apr 2017

Accepted: 14 Mar 2018

Key words:

Health promotion behaviors; Islamic Lifestyle; Acute coronary syndrome

ABSTRACT

Background and Aims Cardiovascular disease as the most common cause of death in the world; is closely related to lifestyle and related factors. Islamic lifestyle by taking the material and spiritual aspects can play an important role in improving patients. Therefore, this study aimed to evaluate the relation between health promotion behaviors and Islamic lifestyle in patients with acute coronary syndrome.

Methods This cross-sectional study was conducted on 228 patients with acute coronary syndrome. The subjects were collected by convenience sampling method. Data were collected through questionnaires including demographic data and disease and health promotion behavior. The SPSS V.18 was used for performing descriptive and inferential statistics.

Results There was a direct and significant correlation between total score of health promotion behavior lifestyle and total score of Islamic lifestyle ($r=0.567$, $P<0.001$). Also there was a significant relationship between total score of Islamic lifestyle and all aspects of health promotion behavior lifestyle except beliefs, health and security ($P<0.001$).

Conclusion Due to the direct relation between Islamic lifestyle and health promotion behavior lifestyle, special attention of the treatment team in general and nursing intervention in particular is necessary towards the ischemic heart disease patient's lifestyle.

Ethical Considerations**Compliance with ethical guidelines**

The Ethics Committee of Isfahan University of Medical Sciences approved this research with code No. 194159. At the beginning of the study, all subjects completed the informed consent form and all were assured that their information would be confident. The subjects, in addition to full knowledge of the research process, could exit the research at any time.

Funding

This paper was extracted from the research project with the code of 194159 and was financially supported by Isfahan University of Medical Sciences.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We hereby appreciate all the people who helped us in conducting this research.

*** Corresponding Author:**

Mahin Moeini, PhD

Address: Ulcer Repair Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (31) 37927621

E-mail: moeini@nm.mui.ac.ir

ارتباط سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و سبک زندگی اسلامی در مبتلایان به سندرم حاد کرونری

محسن شهریاری^۱، سمیرا عباسی^۲، پگاه مغزی^۳، مهین معینی^۴

- ۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۳- دانشجوی کارشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۴- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت زخم، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ فروردین ۱۳۹۶
تاریخ پذیرش: ۲۳ اسفند ۱۳۹۶

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان شایع‌ترین علت مرگ در جهان، ارتباط تنگاتنگی با سبک زندگی و عوامل مرتبط با آن دارد. در این بین، سبک زندگی اسلامی با در نظر گرفتن ابعاد مادی و معنوی انسان می‌تواند نقش مهمی در بهبود بیماران داشته باشد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و سبک زندگی اسلامی در مبتلایان به سندرم حاد کرونری انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی است که روی ۲۲۸ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونری و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به بیماری و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین نمره کل سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با نمره کل سبک زندگی اسلامی رابطه معناداری وجود دارد ($r=0/567$ ، $P<0/001$). همچنین نمره کل سبک زندگی اسلامی با نمره تمام حیطه‌های رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با ابعاد سبک زندگی اسلامی به غیر از باورها، سلامت و امنیت رابطه معناداری دارد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط مستقیم و معنادار سبک زندگی اسلامی با سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، توجه ویژه تیم درمان به طور عام و پرستاران به طور خاص در انجام مداخلات، به سبک زندگی بیماران ایسکمیک قلبی ضروری است.

کلیدواژه‌ها:

رفتارهای ارتقادهنده سلامتی؛ سبک زندگی اسلامی؛ سندرم حاد کرونری

مقدمه

کرونری^۱ است که سالانه بیش از ۲۵۰ هزار مرگ ناشی از فرایند پیشرفته آترواسکلروز گزارش شده است.^(۴) سندرم حاد کرونری به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده عوارض متعددی دارد. به طوری که مبتلایان به این اختلال طیف وسیعی از علائم جسمانی و روانی مانند درد، عدم تحمل فعالیت، سازگاری غیرمؤثر با بیماری، اضطراب و تظاهرات روانی شدید را تجربه می‌کنند.^(۵) بروز سندرم حاد کرونری به طور حتم با وجود مجموعه‌ای از عوامل خطر ساز قلبی مرتبط است. ۵۰ درصد از مبتلایان به این اختلال با یک یا چند مورد از عوامل خطر ساز مواجه هستند. افزایش سطح چربی خون، فشار خون، چربی دور شکم، دیابت، مصرف سیگار، سبک زندگی ناسالم و عوامل روانی اجتماعی از جمله

بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در جهان است؛ به طوری که حدود ۱۷/۳ میلیون مرگ در سال به علت بیماری‌های قلبی عروقی است.^(۱) پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی از هر ۳ نفر آمریکایی، ۱ نفر یا بیشتر به یکی از اختلالات قلبی مبتلا شود.^(۲) در ایران نیز بیماری‌های قلبی عروقی اولین و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در تمام سنین و در هر دو جنس معرفی شده و ۵۰ درصد از علت مرگ‌ومیر در هر سال را به خود اختصاص داده است.^(۳)

از جمله شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی، سندرم حاد

1. Acute Coronary Syndrome (ACS)

* نویسنده مسئول:

دکتر مهین معینی

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت زخم.

تلفن: ۳۷۹۲۷۶۲۱ (۳۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: moeini@nm.mui.ac.ir

عوامل خطر قابل تعدیل هستند (۶، ۷).

دانشجویان (۱۸) بوده است. از آنجا که سبک زندگی مبتنی بر فرهنگ و مذهب جوامع متفاوت است، به نظر می‌رسد سبک زندگی ناسالم، عوامل خطرزا مانند چربی خون، فشارخون، دیابت و استعمال سیگار را در بیماران ایسکمیک قلبی افزایش می‌دهد. با توجه به شیوع زیاد و اهمیت کنترل بیماری‌های عروق کرونر قلب، اهمیت سبک زندگی اسلامی، تأکید آموزه‌های دین مبین اسلام بر سبک زندگی سالم و اینکه تاکنون هیچ پژوهشی رابطه سبک زندگی اسلامی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی را در بیماران بررسی نکرده است، هدف از این مطالعه تعیین ارتباط سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و سبک زندگی اسلامی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری است.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. داده‌های پژوهش از اردیبهشت تا تیرماه ۱۳۹۵ در بخش مراقبت ویژه قلب سه بیمارستان آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جمع‌آوری شدند. در این مطالعه بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش‌های ویژه قلب بیمارستان‌های واجد معیارهای ورود به مطالعه، به روش آسان انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل ابتلا به سندرم کرونری حاد (انفارکتوس حاد میوکارد با صعود قطعه ST، انفارکتوس میوکارد بدون صعود قطعه ST و آنژین ناپایدار) مورد تأیید پزشک متخصص قلب، تمایل به شرکت در مطالعه، آگاهی از بیماری خود، هوشیار بودن، آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال حرکتی، ناپیایی، ناشنوایی و بیماری فعال روانی، بیماری‌های تیروئید، اختلالات گوارشی و عوارض ناشی از سندرم حاد کرونری نظیر ادم حاد ریه و نارسایی احتقانی قلب بود. نمونه‌ها در صورت تکمیل نکردن پرسش‌نامه از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه نهایی با استفاده از فرمول آمار، ضریب اطمینان ۹۵ درصد در آزمون، دامنه ۱/۹۶ و ضریب توان آزمون ۸۰ درصد که ۰/۸۴ برآورد شد، برآورد ضریب همبستگی بین دو متغیر پژوهش که ۰/۲ به دست آمد و احتمال ریزش نمونه، ۲۲۸ نفر محاسبه شد.

در این پژوهش داده‌ها از طریق مصاحبه و با استفاده از مدارک پزشکی جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه سه‌بخشی بود. بخش اول پرسش‌نامه داده‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، و شغل) و داده‌های مربوط به بیماری (وزن، قد، شاخص توده بدنی، تاریخچه مصرف دخانیات، تاریخچه ابتلا به دیابت، پرفشاری خون، چربی خون بالا، بیماری‌های قلبی، سابقه خانوادگی دیابت، پرفشاری خون، سابقه بستری در بیمارستان به دلیل مشکل قلبی و بیماری‌های دیگر، علائم قلبی قبل از مراجعه به پزشک، وضعیت آسیب عضله قلب و نوع درمان‌های صورت‌گرفته) بود.

محمدی زیدی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند شایع‌ترین عوامل خطر در بیماران شامل کم‌تحركی (۸۴/۶ درصد)، مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی (۵۲/۳ درصد)، فشارخون بالا (۵۰ درصد)، شاخص توده بدنی بالا (۴۷/۸ درصد)، مصرف سیگار (۴۷/۷ درصد)، سابقه خانوادگی بیماری (۳۸/۶ درصد)، اعتیاد (۳۸/۶ درصد) و استرس (۲۰/۵ درصد) بوده است (۸). درمان ایدئال این بیماری، شامل به کار بستن اقدامات چندجانبه دارویی، مداخله‌ای، جراحی، کنترل عوامل خطر ساز و اصلاح سبک زندگی است (۹، ۱۰).

سبک زندگی عامل تعیین‌کننده‌ای در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود. در واقع، سبک زندگی نامناسب و بی‌توجهی به رفتارهای بهداشتی، عواملی هستند که می‌توانند زمینه بروز بیماری‌های قلبی عروقی نظیر سندرم کرونری حاد را فراهم کنند (۱۱). ۸۰ درصد از بیماری‌های قلبی عروقی مستقیماً به عوامل خطر سازی نظیر دیابت، پرفشاری خون، چاقی و سیگار کشیدن مرتبط و ۷۰ درصد از حملات قلبی با تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری است (۱۲). از این رو اصلاح سبک زندگی هدف اصلی برنامه‌های پیشگیری ثانویه از این بیماری‌ها است (۱۳).

در برنامه‌های اصلاح سبک زندگی، بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و اصلاح رفتارهایی نظیر تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در زمینه سلامت، مدیریت استرس، حمایت و رشد معنوی در مبتلایان به سندرم کرونری حاد تأکید ویژه‌ای می‌شود (۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد با اصلاح سبک زندگی و تقویت رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، وقوع مجدد بیماری عروق کرونر و خطر مرگ ناشی از این بیماری کاهش می‌یابد (۱۴). این تغییرات به واسطه اصلاح سبک زندگی در عوامل ایجاد بیماری قلبی مثل فشار خون بالا، کلسترول بالا و عملکرد قلبی به دست می‌آید (۱۵). در این بین، برای یافتن بهترین نوع سبک زندگی، الگویی لازم است که همه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری انسان را به بهترین شکل در نظر بگیرد و از طرف دیگر با یافته‌های مسلم علمی مخالف نباشد و از هیچ یک از ابعاد مادی و معنوی انسان غافل نشود (۱۶).

در همین ارتباط سبک زندگی اسلامی در سالیان اخیر مورد توجه بسیاری از محققان بوده است. این نوع سبک زندگی، با تأکید کمتر بر عمق اعتقادات، عواطف و نگرش افراد، بیشترین تأکید را بر رفتار افراد دارد (۱۷، ۱۸). ابعاد سبک زندگی اسلامی شامل مؤلفه‌های اجتماعی، عبادت، باورها، اخلاق، مسائل مالی، خانواده، سلامت، تفکر و علم، دفاعی امنیتی و زمان‌شناسی است (۱۷). در همین راستا نتایج تعدادی از مطالعات مبین ارتباط سبک زندگی اسلامی با شادکامی (۱۹) و نگرش‌های ناکارآمد در

اهمیتش نمره‌ای از ۱ تا ۴ می‌گیرد. نمره کل آزمون، حداقل ۱۴۱ و حداکثر ۵۷۰ خواهد بود^(۱۸). روایی و پایایی آن در پژوهش کابوایی (۲۰۱۱) ارزیابی شد. ضریب پایایی کل پرسش‌نامه ۰/۷۱ و روایی هم‌زمان آن با آزمون جهت‌گیری مذهبی ۰/۶۴ به دست آمد^(۱۶). در پژوهش سلم‌آبادی و همکاران (۲۰۱۵) نیز پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد^(۱۹).

پژوهشگر پس از گرفتن معرفی‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه و ارائه معرفی‌نامه و توضیح به مسئولان مرکز درباره اهداف پژوهش و جلب موافقت و همکاری آن‌ها، اقدام به نمونه‌گیری کرد. بدین صورت که فهرستی از بیمارانی را تهیه کرد که به علت بیماری عروق کرونر در آن بخش بستری بودند. سپس از بین مبتلایان به بیماری عروق کرونر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. پژوهشگر در یک ساعت مشخص بین ۴ تا ۶ عصر (ساعتی که معمولاً ویزیت پزشکان تمام شده باشد و بیماران نیز استراحت کرده باشند) و به گونه‌ای که با امور مربوط به درمان و مراقبت آن‌ها تداخل نداشته باشد، به محیط پژوهش مراجعه کرد و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، نمونه‌گیری را انجام داد.

پس از توضیح اهداف پژوهش و با گرفتن رضایت آگاهانه کتبی، پرسش‌نامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. به واحدهای پژوهش و مسئولان مربوطه اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی محرمانه خواهد بود و در صورت تمایل به آگاهی از نتایج پژوهش، نتایج در اختیارشان قرار خواهد گرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود داده‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و تهیه جداول توزیع و درصد فراوانی همراه با میانگین و انحراف معیار و انجام آزمون‌های تحلیلی نظیر تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون، داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده، بیشتر نمونه‌های پژوهش را مردان (۶۵/۹ درصد) با میانگین سنی $59/1 \pm 10/9$ سال، دارای تحصیلات دیپلم (۴۷/۱ درصد) و دارای سابقه فشارخون بالا (۵۹/۲ درصد) تشکیل دادند. بیشترین فراوانی طول مدت زمان تشخیص بیماری قلبی بیماران بین ۴ هفته تا ۳ ماه ($44 \pm 12/3$) و کمترین آن ۵ تا ۱۰ سال ($2/2 \pm 26/6$) بوده است. وضعیت آسیب عضله قلب در بیشتر بیماران (۵۹/۲ درصد) مربوط به بیماری آئزین قلبی بوده است (جدول شماره ۱). نتایج نشان داد بین سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، فشارخون و چربی خون بالا و طول مدت تشخیص بیماری با نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

همچنین بین سن، سطح تحصیلات و طول مدت تشخیص بیماری با نمره کلی سبک زندگی سلامتی رابطه معناداری یافت

بخش دوم، نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۲ بود که نسخه اصلاح‌شده پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت است توسط والکر و همکاران آن را طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایتمندی فردی ارزیابی می‌کند^(۲۰). محققان در نقاط مختلف جهان و از جمله در ایران از این پرسش‌نامه در بیماران سندرم حاد کرونری استفاده کرده‌اند^(۲۱-۲۳).

این پرسش‌نامه شامل ۵۲ سؤال در ۶ بخش تغذیه (۷ سؤال)، فعالیت بدنی (۵ سؤال)، مسئولیت‌پذیری در زمینه سلامت (۱۰ سؤال)، مدیریت استرس (۷ سؤال)، روابط بین فردی (۷ سؤال) و رشد معنوی (۱۳ سؤال) است. سؤالات با استفاده از مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت (هرگز، برخی اوقات، اغلب و همیشه) ارزیابی شدند. نحوه امتیازدهی به این صورت بود که هرگز ۱ امتیاز، گاهی اوقات ۲، اغلب ۳ و همیشه ۴ امتیاز می‌گرفت. از واحدهای پژوهش درخواست شد میزان موافقت خود را نسبت به هر یک از سؤالات اعلام کنند. بر اساس دستورالعمل نمره‌دهی پرسش‌نامه، سؤالات هر حیطه با هم جمع و تقسیم بر تعداد سؤالات هر حیطه می‌شود. برای محاسبه نمره کلی، تمامی ۵۲ بخش با هم جمع بسته می‌شود و تقسیم بر ۵۲ می‌شود. در نهایت هم نمره کلی و هم نمره حیطه‌ها در محدوده ۱ تا ۴ است که نمره بیشتر به معنی وضعیت سلامتی بهتر است^(۲۴).

روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۸۲ درصد و برای زیرشاخه‌ها از ۶۴ تا ۹۱ درصد گزارش شده است. پایایی آن نیز ۹۱ درصد به دست آمد. در پژوهش مذکور روایی سازه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی ارزیابی و تأیید شد. تحلیل عاملی تأییدی بر اساس مدل شش عاملی به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی برازش مناسبی با داده‌های حاصله داشت و روایی سازه ۹۵ درصد بود^(۲۵، ۲۶).

بخش سوم، پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی بود. کابوایی (۲۰۱۱) این پرسش‌نامه را ساخته است که دو فرم بلند (۱۳۵ سؤالی) و کوتاه (۷۶ سؤالی) دارد. در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد. شرکت‌کنندگان با توجه به وضعیت فعلی زندگی خود به هر آیتم در طیف چهاردرجه‌ای از پاسخ دادند. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ بخش اجتماعی (۱۱ سؤال)، عبادی (۶ سؤال)، باورها (۶ سؤال)، اخلاق (۱۱ سؤال)، مالی (۱۲ سؤال)، خانواده (۸ سؤال)، سلامت (۷ سؤال)، تفکر و علم (۵ سؤال)، دفاعی امنیتی (۴ سؤال) و زمان‌شناسی (۵ سؤال) است^(۱۸). پاسخگویی به سؤالات این پرسش‌نامه در طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد انجام می‌شود. هر آیتم با توجه به

2. Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جمعیت مطالعه‌شده

متغیر	تعداد (درصد)	Mean±SD
جنس	مرد	۱۴۷(۶۵/۹)
	زن	۷۶(۳۴/۱)
سن		۵۹/۱۰±۱/۹
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۳(۵/۸)
	زیر دیپلم	۷۹(۳۵/۴)
	دیپلم	۱۰۵(۴۷/۱)
	دانشگاهی	۲۶(۱۱/۷)
وضعیت تأهل	مجرد	۵(۲/۲)
	متاهل	۱۹۷(۸۷/۳)
	مطلقه	۴(۱/۸)
	همسر فوت‌شده	۱۷(۷/۶)
شغل	کارمند	۱۶(۷/۳)
	آزاد	۴۲(۱۸/۸)
	بازنشسته	۴۲(۱۸/۸)
	کارگر	۲۸(۱۲)
	خانه‌دار	۵۸(۲۶)
	از کار افتاده	۲۲(۹/۹)
	بیکار	۵(۲/۲)
سوابق مختلف	قند خون بالا	۷۹(۳۵/۴)
	فشار خون بالا	۱۳۲(۵۹/۲)
	چربی خون بالا	۸۵(۳۸/۱)
	مصرف سیگار	۶۶(۲۹/۶)
	بستری قبلی	۶۵(۲۹/۱)
طول مدت زمان تشخیص بیماری قلبی	۴ هفته تا ۳ ماه	۴۴±۱۲/۳
	۳ تا ۶ ماه	۱۹/۳±۱۶/۵
	۶ تا ۱۲ ماه	۱۳/۶±۱۸/۳
	۱ تا ۲ سال	۱۲±۲۱/۲
	۲ تا ۵ سال	۸/۹±۲۴/۳
	۵ تا ۱۰ سال	۲/۲±۲۶/۶
وضعیت آسیب عضله قلب بیماران	بیماری ایسکمیک قلبی	۵(۲/۲)
	آنژین قلبی	۱۳۲(۵۹/۲)
	انفارکتوس میوکارد	۸۶(۳۸/۶)

جدول ۲. ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و سبک زندگی اسلامی

نمره کلی سبک زندگی اسلامی		نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی		متغیر	
P	Mean±SD	P	Mean±SD		
۰/۶۹	۱۵±۹۷/۵ ۱۲±۸۴/۳	۰/۱۵	۲/۳±۰/۶ ۲/۶±۰/۳	مرد زن	جنس
۰/۰۰۱	۱۰±۶۹/۲ ۹±۷۴/۳ ۷±۹۳/۳ ۶±۱۰۸/۵	<۰/۰۰۱	۳/۰±۳/۲ ۲/۱±۳/۴ ۱±۲/۷ ۱/۲±۶/۱	<۲۰ سال ۲۰-۴۰ سال ۴۰-۶۰ سال >۶۰ سال	سن
۰/۰۰۱	۸۶/۱۱±۵/۶ ۹۱/۸±۳/۲ ۱۰۶/۵±۶/۶ ۱۲۶/۳±۶/۳	<۰/۰۰۱	۱/۰±۳/۸ ۱/۰±۷/۶ ۲/۰±۱/۳ ۰±۳/۲	بی‌سواد زیر دیپلم دیپلم دانشگاهی	سطح تحصیلات
۰/۲۸	۱۱±۹۵/۶ ۱۰±۱۱۰/۳ ۹±۱۰۳/۴ ۹±۹۷/۳	۰/۰۰۳*	۱/۰±۳/۹ ۲/۰±۶/۷ ۲±۱/۱ ۱/۰±۲/۶	مجرد متاهل مطلقه همسر فوت‌شده	وضعیت تأهل
۰/۲۴	۱۳±۸۲/۶ ۱۲±۹۱/۳ ۱۰±۹۵/۶ ۸±۱۰۲/۷ ۶±۱۱۵/۴ ۴±۱۲۰/۲ ۳±۱۳۵/۸	<۰/۰۰۱*	۱/۲±۳/۴ ۲/۰±۸/۶ ۱/۰±۶/۶ ۱/۰±۲/۴ ۱/۲±۳/۲ ۱±۲/۶ ۲/۱±۲/۲	کارمند آزاد بازنشسته کارگر خانه‌دار ازکارافتاده بیکار	شغل
۰/۲۰ ۰/۲۱ ۰/۲۵	۱۳±۶۸/۴ ۱۲±۷۴/۲ ۸±۸۳/۶ ۳±۹۱/۶	۰/۳ <۰/۰۰۱* <۰/۰۰۱* ۰/۶	۱/۲±۸/۳ ۱/۱±۱/۸ ۱/۱±۳/۲ ۱/۰±۴/۶	قند خون بالا فشار خون بالا چربی خون بالا مصرف سیگار	سوابق مختلف
<۰/۰۰۱*	۶±۱۳۶/۶ ۶±۱۳۷/۶ ۶±۱۲۰/۶ ۶±۸۳/۶ ۶±۷۲/۶ ۶±۷۰/۶	<۰/۰۰۱*	۳/۰±۲/۲ ۲/۱±۶/۱ ۲/۱±۳/۴ ۱/۱±۶/۸ ۱/۲±۳/۱ ۰/۳±۶/۲	۴ هفته تا ۳ ماه ۳ تا ۶ ماه ۶ تا ۱۲ ماه ۱ تا ۲ سال ۲ تا ۵ سال ۵ تا ۱۰ سال	طول مدت زمان تشخیص بیماری قلبی
۰/۱۲	۱۵±۷۳/۷ ۱۳±۸۹/۴ ۱۶±۶۸/۶	۰/۵۲	۲/۰±۲/۶ ۳/۰±۱/۵ ۱/۲±۶/۲	بیماری ایسکمیک قلبی آنژین قلبی انفارکتوس میوکارد	وضعیت آسیب عضله قلب بیماران

* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

جدول ۳. ارتباط میانگین نمره سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و ابعاد آن با نمره کلی سبک زندگی اسلامی

نمره کلی سبک زندگی اسلامی		Mean±SD	سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی
P	r		
<۰/۰۰۱*	۰/۶۰۷	۲/۴±۱/۳	رشد معنوی
<۰/۰۰۱*	۰/۰۷۹	۲/۷±۱/۱	مسئولیت‌پذیری
<۰/۰۰۱*	۰/۳۲۳	۲/۵±۱/۲	روابط بین فردی
<۰/۰۰۱*	۰/۲۶۳	۱/۲±۰/۵	مدیریت استرس
<۰/۰۰۱*	۰/۴۳۶	۱/۴±۲/۱	فعالیت بدنی
<۰/۰۰۱*	۰/۵۹۸	۲/۱±۱/۳	تغذیه
<۰/۰۰۱*	۰/۵۶۷	۲/۴±۰/۲	نمره کل

* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره کل سبک زندگی اسلامی با میانگین نمره تمامی حیطه‌های رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ارتباط معناداری وجود دارد ($r=0/567$ ، $P<0/001$) (جدول شماره ۳). همچنین نتایج حاکی از ارتباط معنادار نمره کل سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با میانگین نمره تمامی ابعاد سبک زندگی اسلامی به غیر از حیطه‌های باورها، سلامت و امنیت بود (جدول شماره ۴).

شد ($P<0/001$)؛ به گونه‌ای که میانگین نمره سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در سنین کمتر ($r=-0/761$) و در بیماران دارای شغل آزاد ($F=11/67$)، متأهل ($t=2/79$)، دارای تحصیلات دانشگاهی ($r=0/527$) و مدت زمان کوتاه‌تر تشخیص بیماری ($r=-0/608$)، بیشتر بود. همچنین بیماران در سنین بالاتر ($r=0/305$)، دارای تحصیلات دانشگاهی ($r=0/236$) و مدت زمان کوتاه‌تر تشخیص بیماری ($r=-0/363$)، بیشتر سبک زندگی اسلامی داشتند (جدول شماره ۲).

جدول ۴. ارتباط میانگین نمره حیطه‌های سبک زندگی اسلامی با نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی

نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی		Mean±SD	حیطه‌های سبک زندگی اسلامی
P	r		
<۰/۰۰۱*	۰/۶۰۷	۳۲/۷±۹/۶	اجتماعی
۰/۲۴	-۰/۰۷۹	۲۲/۹±۱/۸	باورها
<۰/۰۰۱*	۰/۳۲۳	۲۰/۱±۲/۶	عبادی
<۰/۰۰۱*	۰/۲۶۳	۳۹/۷±۳/۲	اخلاق
<۰/۰۰۱*	۰/۴۳۶	۳۳/۲±۵/۴	مالی
<۰/۰۰۱*	۰/۵۹۸	۲۰/۳±۲	خانواده
۰/۲۲	-۰/۰۸۳	۲۱/۲±۳/۴	سلامت
<۰/۰۰۱*	۰/۵۶۱	۱۸/۲±۲/۲	تفکر علمی
۰/۶۵	-۰/۰۳۰	۱۳/۴±۲/۴	امنیتی
<۰/۰۰۱*	۰/۵۷۶	۸/۸±۳/۵	زمان شناسی
<۰/۰۰۱*	۰/۵۶۷	۲۳۰/۵±۸/۹	نمره کل

* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

بحث

شاخص توده بدنی، کلسترول بد (لیپوپروتئین با چگالی کم)، فشار خون و میزان مصرف سیگار بیماران گروه آزمون به طور معناداری کاهش و فعالیت بدنی آنان افزایش یافت^(۳۰). نتایج پژوهش صفابخش و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد برنامه سبک زندگی ارتقای سلامت در تغییرات سبک زندگی بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر شامل رژیم غذایی، فعالیت جسمی و کنترل وزن مؤثر بود^(۳۱).

طبق نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، بین تمام ابعاد سبک زندگی اسلامی (به غیر از باورها، سلامت و امنیت) با نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و بین ابعاد سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با نمره کلی سبک زندگی اسلامی ارتباط معنادار وجود دارد. در این زمینه مطالعه‌ای در خصوص ارتباط سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با سبک زندگی اسلامی یافت نشد، ولی حیطه‌های سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و سبک زندگی اسلامی در برخی از بیماری‌ها، به تنهایی در مطالعاتی بررسی شده است.

هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه محسنی پویا (۲۰۱۵) نشان داد میانگین نمره مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس و نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونر کمتر از ۵۰ درصد، بیش از بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونر بیشتر از ۵۰ درصد است^(۳۲). همچنین نتایج مطالعه بالدوین^۵ (۲۰۱۴) نشان داد به دنبال پیروی از فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت، میزان ارتباطات بین‌فردی، رشد معنوی، تغذیه، مدیریت استرس، فعالیت بدنی و مسئولیت سلامتی در زنان افزایش می‌یابد^(۳۳). مطالعه امینی و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد به کارگیری برنامه خودمدیریتی سبک زندگی سلامت‌محور منجر به بهبود ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی شامل حس مسئولیت‌پذیری در رابطه با بیماری، تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی و روابط بین‌فردی می‌شود^(۳۴). همچنین پژوهش صفابخش و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد برنامه ارتقای سلامت در تغییرات شیوه زندگی و ارتقای سلامت بیماران پس از بای پس عروق کرونر مؤثر است^(۳۱).

درباره متغیر سبک زندگی اسلامی و مؤلفه‌های آن پژوهشی یافت نشد. با این وجود نتایج پژوهش افشانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد بین سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به طوری که با اسلامی‌تر شدن سبک زندگی، میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن نیز افزایش پیدا می‌کند^(۳۵). همچنین مطالعه علینی (۲۰۱۴) نشان داد کارکردهای خانواده شامل زیستی روانی، تربیتی اجتماعی و مراقبتی حمایتی می‌تواند بر اتخاذ سبک زندگی اسلامی مؤثر

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و سبک زندگی اسلامی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد بین سن و طول مدت زمان تشخیص بیماری قلبی با نمرات کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه سن افراد بیشتر و مدت زمان ابتلا به بیماری عروق کرونر طولانی‌تر باشد، نمره سبک زندگی در زمینه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی کمتر است.

هم‌راستا با نتایج این مطالعه، پژوهش خیرجو و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و مؤلفه‌های آن با سن بیماران ارتباط معنادار و معکوسی وجود دارد^(۳۷). در این ارتباط می‌توان گفت که بیماری‌هایی با طبیعت مزمن در درازمدت بر توان و قدرت عمل افراد تأثیر می‌گذارد و زمینه را برای کاهش رفتارهای ارتقادهنده سلامت فراهم می‌سازد. در این مطالعه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و مؤلفه‌های آن با میزان تحصیلات رابطه معناداری داشت. در واقع تحصیلات بالاتر، اهمیت سلامت را بیش از پیش نزد افراد روشن می‌کند و آن‌ها را به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت، ترغیب و تشویق می‌کند.

هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، پژوهش بناونت^۳ (۲۰۱۰) نیز نشان داد بیماران با سطح تحصیلات بالاتر با احتمال بیشتری در رفتارهای سبک زندگی ارتقای سلامت درگیر می‌شوند^(۳۸). برخلاف نتایج مطالعه حاضر، نتایج پژوهش خیرجو و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و مؤلفه‌های آن با متغیر مدت ابتلا به بیماری آرتریتر روماتوئید رابطه معنی‌داری ندارد^(۳۷). تفاوت در نمونه‌های پژوهش می‌تواند علت تفاوت نتایج این پژوهش با مطالعه حاضر باشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بین نمره کلی سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران و اشتغال به کار و تاهل بیماران ارتباط معناداری وجود دارد. در همین ارتباط عابدی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند اشتغال همسران در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به طور معناداری مؤثر است. به این ترتیب که اشتغال با سطح درآمد مطلوب، موجب دسترسی بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی می‌شود و شرایط و امکانات بیشتری را برای انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت به وجود می‌آورد^(۳۹).

از دیگر نتایج این پژوهش ارتباط مستقیم و معنادار میانگین نمره کل سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با سابقه چربی خون و فشار خون بالا بود. در همین ارتباط نتایج مطالعه چو^۴ و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد با اصلاح سبک زندگی، سطح

3. Benavente

4. Chow

5. Baldwin

حامی مالی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۱۹۴۱۵۹ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

تعارض منافع

در این مطالعه، تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام بیماران شرکت‌کننده در مطالعه که یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه نتیجه همکاری صمیمانه آنان است، تشکر و قدردانی کنند.

باشد و به دنبال آن موجب تأثیر بر باورها، اندیشه‌ها و کردار و رفتار افراد شود^(۳۶).

نتایج مطالعه حسین‌زاده و همکاران نیز نشان داد بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد^(۳۷). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، به نظر می‌رسد افرادی که سبک زندگی اسلامی دارند، با حضور بیشتر در مراسم و اماکن مذهبی حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی بیشتری را کسب می‌کنند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد ایمان به خدا و داشتن سبک زندگی اسلامی، به عنوان عوامل حمایتی از طریق امید، قدرت و معنی‌بخشی به زندگی، باعث کاهش استرس می‌شود و سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد^(۳۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به طور کلی سبک زندگی اسلامی با سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ارتباط دوسویه دارد. سبک زندگی اسلامی با تمام حیطه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی ارتباط معنادار دارد. سبک زندگی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با تمام حیطه‌های سبک زندگی اسلامی به جز باورها، سلامت و امنیت ارتباط معنادار دارد. بدین ترتیب افراد تیم درمان به طور عام و پرستاران به طور خاص باید در انجام مداخلات خود بیش از پیش به سبک زندگی بیماران قلبی مخصوصاً سبک زندگی افراد مسلمان توجه ویژه‌ای مبذول دارند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه و نبود تحقیقات علمی در رابطه با سبک زندگی اسلامی در بیماران اشاره کرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، در زمینه سبک زندگی اسلامی در این دسته از بیماران مداخلات و پژوهش‌هایی انجام دهند.

کاربرد یافته‌ها در بالین

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، می‌توان با ارائه راهکارهایی مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام به مسئولان واحدهای بهداشتی، گامی مؤثر در زمینه تصحیح سبک زندگی مبتلایان به سندرم کرونری حاد برداشت.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد ۱۹۴۱۵۹ به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسیده است. در همین راستا شرکت‌کنندگان در مطالعه با کسب اطلاعاتی درباره روند پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی به مطالعه وارد شدند. همچنین به آن‌ها درباره محرمانه‌بودن اطلاعات و مختاربودن آن‌ها برای خروج از پژوهش اطمینان داده شد.

References

- Quan H, Chen G, Walker RL, Wielgosz A, Dai S, Tu K, et al. Incidence, cardiovascular complications and mortality of hypertension by sex and ethnicity. *Heart*. 2013; 99(10):715-21. [DOI:10.1136/heartjnl-2012-303152]
- Moeini M, Davoodi V. [Comparison of the social status of men and women after coronary artery bypass graft surgery (Persian)]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2013; 1(3):1-8.
- Amiri F, Lotfi MH, Fallahzadeh H, Forouzannia SK. [The association between lifestyle-related risk factors and coronary artery disease in residents of Yazd Province: A case-control study (Persian)]. *J Health Dev*. 2016; 5(2):98-109.
- Ansarimehr M, Shafiei F, Badrali N, Khalifezadeh A. [Relationship between patients' satisfaction and quality indicators of emergency interventions in patients with acute coronary syndrome admitted to emergency (Persian)]. *Health Inf Manage*. 2014; 11(5):622-32.
- Boroumand S, Shahriari M, Abbasi Jebeli M, Baghersad Z, Baradaranfard F, Ahmadpoori F. [Determine the level of self-efficacy and its related factors in patients with ischemic heart disease: A descriptive correlational study (Persian)]. *Iran J Nurs Res*. 2015; 9(4):61-9.
- Bitton A, Choudhry NK, Matlin OS, Swanton K, Shrank WH. The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: A systematic review. *Am J Med*. 2013; 126(4):357-e7. [DOI:10.1016/j.amjmed.2012.09.004] [PMID]
- Mohr FW, Morice M-C, Kappetein AP, Feldman TE, Ståhle E, Colombo A, et al. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomised, clinical SYNTAX trial. *Lancet*. 2013; 381(9867):629-38. [DOI:10.1016/s0140-6736(13)60141-5]
- Mohammadi Zeidi E, Heidarnia A, Hajizadeh E. [Evaluating cardiovascular disease lifestyle (Persian)]. *Daneshvar Med*. 2005; 13(61):49-56.
- Baljani E, Rahimi JH, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. [Effects of a nursing intervention on improving self-efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases (Persian)]. *Hayat*. 2011; 17(1):45-54.
- Janssen V, De Gucht V, Dusseldrop E, Maes S. Life style modification programmes for patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013; 20(4):620-40. [DOI:10.1177/2047487312462824] [PMID]
- Goyer L, Dufour R, Janelle C, Blais C, L'Abbé C, Raymond E, et al. Randomized controlled trial on the long term efficacy of a multifaceted, interdisciplinary patients at risk of cardiovascular disease. *J Behav Med*. 2013; 36(2):212-24. [DOI:10.1007/s10865-012-9407-3] [PMID]
- Nasrabadi T, Goodarzi Zadeh N, Shahrjerdi AR, Hamta A. [The effect of education on life style among patients suffering from ischemic heart disease (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2010; 20(79):72-9.
- Schweier R, Romppel M, Richter C, Hoberg E, Hahmann H, Scherwinski I, et al. A web-based peer-modeling intervention aimed at lifestyle changes in patients with coronary heart disease and chronic back pain: Sequential controlled trial. *J Med Internet Res*. 2014; 16(7):177. [DOI:10.2196/jmir.3434] [PMID] [PMCID]
- Booth JN, Levitan EB, Brown TM, Farkouh ME, Safford MM, Muntner P. Effect of sustaining lifestyle modifications (nonsmoking, weight reduction, physical activity, and mediterranean diet) after healing of myocardial infarction, percutaneous intervention, or coronary bypass (from the reasons for geographic and racial differences in stroke study). *Am J Cardiol*. 2014; 113(12):1933-40. [DOI:10.1016/j.amjcard.2014.03.033] [PMID] [PMCID]
- Chow CK, Jolly S, Melacini PR, Fox KAA, Sonia SA, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circ*. 2010; 121(6):750-8. [DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523] [PMID]
- Kaviani M. [Introducing life style theory based on Islam view and constructing islamic lifestyle test and evaluating its validity (Persian)] [PhD dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 2009.
- Kaviani M. [The quantification and measurement of Islamic life style (Persian)]. *Ravanshenasi Va Din*. 2011; 4(2):27-44.
- Toghyani M, Kajbaf MB, Bahrampour M. [The relationship of islamic life style with dysfunctional attitudes in university students (Persian)]. *Knowl Res Appl Psychol*. 2014; 14(54):35-43.
- Salmabadi M, Farahbakhsh K, Zolfaghari S, Sadeghi M. [Evaluation of the relationship between islamic lifestyle and students' mental health at Birjand University (Persian)]. *J Relig Health*. 2015; 3(1):1-10.
- Kajbaf MB, Sajadian P, Kaviani M, Anvari H. [Correlation between Islamic lifestyle and happiness in life satisfying of Isfahan university students (Persian)]. *Ravanshenasi Va Din*. 2011; 4(4):61-74.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987; 36(2):76-81. [DOI:10.1097/00006199-198703000-00002] [PMID]
- Eshah NF. Predischarge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nurs Health Sci*. 2013; 15(3):273-9. [DOI:10.1111/nhs.12018] [PMID]
- Tanjani PT, Azadbakht M, Garmaroudi G, Sahaf R, Fekrizadeh Z. Validity and reliability of health promoting lifestyle profile II in the Iranian elderly. *Int J Prev Med*. 2016; 7(1):74-83. [DOI:10.4103/2008-7802.182731] [PMID] [PMCID]
- Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Aliasghari F. [Assessment of health promoting lifestyle status and its socio-demographic predictors in women with polycystic ovarian syndrome (Persian)]. *Hayat*. 2017; 22(4):394-407.
- Mirghafourvand M, Sehhati F, Rahimi M. Health-promoting lifestyle and its demographic predictors in infertile couples referred to infertility clinic of Tabriz Al-Zahra Hospital. *J Caring Sci*. 2014; 3(3):175-84. [PMID] [PMCID]
- Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012; 21(1):102-13.
- Khairjoo E, Jomehri F, Ahadi H, Manisefat FF. [Comparison of health promoting lifestyle of female rheumatoid arthritis patients with healthy women and it's relationship with demographic factors (Persian)]. *Knowl Res Appl Psychol*. 2013; 13(4):61-70.
- Benavente VG. Predictors of cardiovascular health promotion [PhD Dissertation]. Pennsylvania: University of Pennsylvania; 2010.
- Abedi P, Jorfi M, Afshari P. [Evaluation of the health promotion lifestyle and its related factors in reproductive aged women in Ahvaz, Iran (Persian)]. *Community Health J*. 2015; 9(1):68-74.
- Chow CK, Redfern J, Hillis GS, Thakkar J, Santo K, Hackett ML, et al. Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2015; 314(12):1255-63. [DOI:10.1001/jama.2015.10945] [PMID]
- Safabakhsh L, Arbabisarjou A, Jahantigh M, Nazemzadeh M, Rigi SN, Nosratzahi S. The effect of health promoting programs on patient's life

- style after coronary artery bypass graft—hospitalized in Shiraz hospitals. *Glob J Health Sci.* 2016; 8(5):154-9. [DOI:10.5539/gjhs.v8n5p154]
32. Mohseni Pouya H, Hajimiri K, Esmaili 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 (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2015; 25(130):19-29.
33. Baldwin SA. Coronary heart disease knowledge, health promoting behaviors and perceived benefits and barriers to exercise and healthy eating in Montana females [PhD dissertation]. Bozeman: Montana State University; 2014.
34. Amini R, Rajabi M, Omid A, Soltanian A, Esmaili M. [The effect of health-related lifestyle self-management intervention on health promotion behaviors in patients with ischemic heart disease (Persian)]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016; 24(3):174-82. [DOI:10.21859/nmj-24035]
35. Afshani SA, Rasouli Nezhad SP, Kaviani M, Samiei HR. [The investigation into the relationship between Islamic life style and social health among people of Yazd City (Persian)]. *Stud Islam Psychol.* 2014; 8(14):84-104.
36. Alini M. [The function of family in the formation of the Islamic lifestyle (Persian)]. *Islam Soc Stud.* 2014; 4(1):77-107
37. Hoseinzadeh A, Sedighi F, Yazdekhashti A, Nourmohammadi M. [The relationship of Islamic lifestyle with mental health and degree of resilience among Kashan university students (Persian)]. *Ravanshenasi Va Din.* 2016; 33(1):85-106.
38. Saeedi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim Model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2013; 1(3):45-53.

