مقاله مروری

عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی در افراد دچار بیماری ایسکمی قلب: مرور یکپارچه

ناصر جوادی[۱]، دانشجوی دکترای پرستاری
*** محسن تقدسی[۲]، دکترای پرستاری**
منصور دیانتی[۳]، دکترای پرستاری

هدف. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب انجام شد.

زمینه. سبک زندگی از مفاهیم مهم در حوزه سلامت است. ارتباط سبک زندگی با بسیاری از بیماری‌ها در مطالعات مختلف گزارش شده است. بیماری ایسکمی قلب از مهم‌ترین بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی است که سبب مرگ و ناتوانی قابل توجه در جوامع مختلف می‌شود. شناخت عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب می‌تواند مقدمه‌ای برای کاهش عوارض ناشی از این بیماری باشد.

روش کار. این مرور تلفیقی یا یکپارچه با روش هفت مرحله‌ای دولند و همکاران (۲۰۲۱)، جستجو برای یافتن عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب در جهان از ابتدای ژانویه ۲۰۱۳ تا ابتدای مارس ۲۰۲۴ میلادی انجام گرفت. کلیدواژه‌ها شامل سبک زندگی، اصلاح، تغییر، بیماری ایسکمی قلب، بیماری کرونر قلب، عوامل بازدارنده و عوامل تسهیل‌کننده بود که به صورت ترکیبی و به زبان‌های فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های داده شامل Magiran، Web of Sceince، Science Direct، Scopus، PubMed، و SID جستجو شد. در مجموع، تعداد ۲۷۵۳ مقاله به‌دست آمد که در نهایت، ۲۰ مقاله در این مطالعه انتخاب و بررسی شد.

یافته‌ها. بررسی مطالعات نشان داد که ۱۹ مقاله به زبان انگلیسی و یک مقاله به زبان فارسی است. تعداد افراد شرکت‌کننده در کل مطالعات منتخب ۷۳۸۸۰۹ بود. هشت مطالعه با روش کیفی، هشت مطالعه به صورت کمی مشاهده‌ای، و چهار مطالعه به صورت کمی از نوع کارآزمایی بالینی بود. همچنین، ۱۲ مطالعه در کشورهای اروپایی و هشت مطالعه در کشورهای آسیایی انجام شده بود. مضامین مقالات در قالب عوامل جمعیت‌شناختی یا دموگرافیک، اجتماعی- اقتصادی، سیاسی- سازمانی، روانی- یادگیری، و فردی- اعتقادی به دست آمد.

نتیجه‌گیری. اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب فرآیندی پیچیده و چندبعدی است. حمایت همه‌جانبه از این بیماران برای اصلاح سبک زندگی ضروری است. شناخت این عوامل مقدمه‌ای برای ارتقای برنامه‌های مراقبت از افراد مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی است.

کلیدواژه‌ها: بیماری ایسکمی قلب، سبک زندگی، عوامل موثر

۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲ استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: taghadodi_1345@yahoo.com
۳ دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

مقدمه

سبک زندگی از موضوعاتی است که نخستین بار در سال ۱۹۲۲ توسط آلفرد آدلر مطرح شد و در علوم مختلف از جمله روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و علوم پزشکی مورد پژوهش قرار گرفته است (جباران، ۱۳۹۴). سبک زندگی به معنای روش معمول زندگی، نگرش-ها، عادات، سلیقه‌ها، سطح اقتصادی و معیارهای اخلاقی تعریف شده است (مهدی‌زاده، ۱۳۹۷). سبک زندگی سالم مفهومی است که در علوم پزشکی مورد توجه بیشتری است و به معنی مجموعه‌ای از شرایط داخلی و خارجی با هدف طولانی شدن کارکرد سیستم-های بدن یا حفظ و تقویت سلامت فرد است (اوبیدونا و سلیمانوویچ، ۲۰۲۲). پژوهش‌های گوناگون درباره ارتباط و تاثیر سبک زندگی و بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های قلبی‌عروقی، چاقی، دیابت، سرطان و فشار خون انجام شده است. در این میان، بیماری‌های قلبی‌عروقی و به‌ویژه، بیماری ایسکمی قلب به‌دلیل اینکه عامل مرگ و ناتوانی زیاد و همچنین، ارتباط قابل توجه با سبک زندگی بیشتر مورد توجه بوده است (اکبرپور و همکاران، ۲۰۱۹؛ دادی‌پور و همکاران، ۲۰۲۱؛ فرناندز و همکاران، ۲۰۲۲؛ کوپ، ۲۰۱۹؛ مطلق و همکاران، ۲۰۲۰).

بیماری‌های قلبی‌عروقی عامل یک سوم از موارد مرگ در جهان هستند. بیماری ایسکمی قلبی به عنوان شایع‌ترین بیماری قلبی-عروقی در سطح جهانی و از مهم‌ترین عوامل تهدید سلامت بشر در قرن ۲۱ است. با بررسی روند بیماری ایسکمی قلب از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ مشخص شد که این بیماری سالانه به‌طور میانگین سبب ابتلای ۱۲۶ میلیون نفر و مرگ حدود نه میلیون نفر در جهان شده است (خان و همکاران، ۲۰۲۰). در سال ۲۰۱۹، بیماری ایسکمی قلب سبب مرگ ۹/۱ میلیون نفر و ۱۸۲ میلیون مورد سال‌های زندگی توام با ناتوانی در جهان شده است. به علت مرگ‌ومیر قابل توجه و ارتباط گسترده با سبک زندگی، این بیماری مورد توجه پژوهشگران بوده است. در همین راستا، از دهه ۱۹۶۰ میلادی موسسه مطالعات قلب فرامینگهام در ایالات متحده امریکا مطالعات در مورد عوامل خطر (موارد افزایش‌دهنده خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی) را پایه‌ریزی کرد (سفیری و همکاران، ۲۰۲۲). بسیاری از این عوامل خطر از جمله فعالیت جسمی، تغذیه، و استعمال دخانیات مرتبط با سبک زندگی مبتلایان به بیماری‌های ایسکمی قلب است. انجمن قلب امریکا تاکید دارد که مواردی مثل افزایش فعالیت جسمی، اصلاح تغذیه، ترک دخانیات و کنترل وزن سبب بهبود سلامت قلب می‌شود. برنامه‌های بازتوانی قلبی با تمرکز بر اصلاح سبک زندگی سبب کاهش موارد مرگ افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب می‌شود (کور و همکاران، ۲۰۲۴).

مبتلایان به بیماری ایسکمی قلب در مواجهه با عوامل خطر و مشکلات زندگی ممکن است اصلاحاتی در سبک زندگی انجام دهند (صدیق و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماران در مسیر اصلاح سبک زندگی با عوامل گوناگون مواجه می‌شوند. آگاهی از این عوامل می-تواند به تدوین و اجرای برنامه‌های مراقبت از بیماری ایسکمی قلب کمک کند. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مرور تلفیقی یا یکپارچه بر اساس دستورالعمل دولند و همکاران (۲۰۲۱) انجام شد. مراحل انجام مرور تلفیقی بر اساس این دستورالعمل شامل هفت مرحله نوشتن سئوال پژوهش مروری، تعیین راهبرد جستجو، ارزیابی انتقادی نتایج جستجو، خلاصه‌سازی نتایج جستجو، استخراج و ساده‌سازی داده‌ها، تحلیل، بحث و استدلال است (دولند و همکاران، ۲۰۲۱). سئوال پژوهشی بر اساس چهارچوب PICOT (جمعیت، مداخله، بستر، پیامد، زمان) شکل گرفت. سئوال پژوهش این بود که چه عوامل موثری بر فرآیند اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب در مطالعات با روش‌های مختلف و در بسترهای اجتماعی گوناگون از ابتدای ژانویه ۲۰۱۳ تا ابتدای مارس ۲۰۲۴ میلادی گزارش شده است.

در مرحله دوم و سوم، راهبرد جستجو برای یافتن پژوهش‌های مورد نظر و ارزیابی انتقادی نتایج انجام شد. کلیدواژه‌ها شامل سبک زندگی، اصلاح، تغییر، بیماری ایسکمی قلب، بیماری کرونر قلب، عوامل بازدارنده و عوامل تسهیل‌کننده بود که به صورت ترکیبی و به زبان‌های فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های داده شامل Magiran، Web of Sceince، Science Direct، Scopus، PubMed، و SID جستجو شد. معیارهای ورود شامل مقالات مرتبط با پاسخ به سئوال پژوهش و شامل مقالات با دسترسی تمام متن، کیفیت متوسط و بالا بر اساس چک‌لیست مرور مطالعات ترکیبی پلویی و همکاران (۲۰۰۹)، و زبان فارسی یا انگلیسی بود. معیارهای خروج شامل مقالات با نمونه‌هایی شامل سایر بیماری‌های قلبی عروقی (تمرکز بر مبتلایان به بیماری ایسکمی قلب بود)، پژوهش‌ها با

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

زبانی غیر از فارسی و انگلیسی و عدم دسترسی به متن کامل مقاله بود. تعداد ۲۷۵۳ مقاله به‌دست آمد که در نهایت، ۲۰ مقاله در این مطالعه انتخاب و بررسی شد.

عناوین مقالات به نرم‌افزار اندنوت ارسال و عناوین تکراری حذف شد. در ادامه، عناوین و خلاصه ها بررسی شدند. خلاصه‌های مبهم با توجه به متن کامل بررسی گردید. تعداد هفت مقاله به علت تمرکز بر مواردی مثل کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با سبک زندگی به‌جای تمرکز بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب حذف شد. پس از مرحله پنجم، یعنی خلاصه‌سازی نتایج جستجو، استخراج و ساده‌سازی داده‌های مربوط به مقالات منتخب شامل نام نویسنده اول و سال انتشار، هدف، حجم نمونه و مکان پژوهش، طرح پژوهش، نتیجه مطالعه و پیشنهادها انجام شد (جدول شماره ۱). در مرحله ششم، تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده با کدبندی و آشکار کردن دسته‌ها ادامه یافت (جدول شماره ۲). در مرحله انتهایی نیز بحث و استدلال پیرامون داده‌های تحلیل‌شده انجام گرفت. این مطالعه در راستای پژوهش رساله دکتری با کد اخلاق IR.KAUMS.REC.1402.011 انجام شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۷۵۳ مقاله براساس عنوان و چکیده بررسی شدند. عناوین مقالات تکراری به تعداد ۳۵۸ مورد حذف شدند. در ادامه، تعداد ۲۳۶۸ مقاله به عللی همچون تکراری بودن، مرتبط نبودن با موضوع مورد بررسی یا بررسی سایر گروه‌های زیرمجموعه بیماری‌های قلبی‌عروقی (عدم تمرکز بر مبتلایان به بیماری ایسکمی قلب) حذف شدند. سپس هفت مقاله به علت تمرکز بر مواردی مثل کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با سبک زندگی به‌جای تمرکز بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب حذف شد. در مجموع، تعداد ۲۷۳۳ مقاله حذف شدند، و در نهایت،۲۰ مقاله در این مطالعه انتخاب و تحلیل شد. جدول ۱ کدها یا زیرطبقات استخراج‌شده از مطالعات منتخب را نشان می‌دهد.

جدول ۱: کدبندی و شکل‌گیری طبقات

طبقات	کدهای استخراج شده از مقالات
عوامل جمعیت‌شناختی یا دموگرافیک	سن (جمپا و همکاران، ۲۰۲۰؛ تاوالبه و همکاران، ۲۰۱۵)، جنس و تاهل (فلود و همکاران ۲۰۱۴؛ لارسن و همکاران، ۲۰۲۱) ، تاهل و داشتن شریک زندگی (فلود و همکاران،۲۰۱۴؛ لارسن و همکاران، ۲۰۲۱؛ ورویچ و همکاران، ۲۰۲۱).
عوامل اجتماعی- اقتصادی	حمایت خانواده و دوستان (دیلا و همکاران،۲۰۲۰؛ فاستر و همکاران، ۲۰۲۱؛ واگنر و همکاران، ۲۰۱۷)، حمایت اجتماعی (کول و همکاران، ۲۰۱۳؛ نیکلای و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ تاوالبه و همکاران، ۲۰۱۵)، هنجارهای اجتماعی (دیلا و همکاران، ۲۰۲۰؛ تونسی و همکاران، ۲۰۲۲)، بازخوردهای دیگران (فاستر و همکاران، ۲۰۲۱)، درآمد (تاوالبه و همکاران ۲۰۱۵)، زمینه (مک گارول، ۲۰۲۰)، وضعیت اشتغال (لارسن و همکاران، ۲۰۲۱).
عوامل سیاسی- سازمانی	بی‌عدالتی اجتماعی (نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷)، قوانین سیاسی (تونسی و همکاران، ۲۰۲۲)، وجود کارکنان شایسته و حامی بیمار (کول و همکاران، ۲۰۱۳؛ ساوارسدتیر و همکاران، ۲۰۱۶) ، خدمات درمانی و محیط فیزیکی (تونسی وهمکاران، ۲۰۲۲).
عوامل روانی- یادگیری	میزان رضایت و احساس مسئولیت از تغییرات، فشارهای عاطفی (نیسن و همکاران، ۲۰۱۸)، آگاهی و آموزش اصلاح سبک زندگی (التمیمی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کول و همکاران، ۲۰۱۳؛ گودل و همکاران، ۲۰۲۱؛ گل‌آقایی و همکاران، ۱۳۹۶؛ نیکلای و همکاران، ۲۰۱۸).
عوامل فردی- اعتقادی	زمان کافی و مناسب برای انجام اصلاحات (نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ واگنر و همکاران، ۲۰۱۷)، میزان علاقه به عادت‌های سالم (نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷)، پایبندی به درمان (لی و همکاران، ۲۰۱۸)، وضعیت عملکرد جسمی (نیکلای و همکاران، ۲۰۱۸) ، اعتقادات فردی (کول و همکاران، ۲۰۱۳)، عقاید مذهبی (دیلا و همکاران، ۲۰۲۰؛ تونسی و همکاران، ۲۰۲۲)، خطر درک‌شده (عشا، ۲۰۱۹)، اراده برای اصلاح و نیاز درک-شده (فاستر و همکاران،۲۰۲۱ ؛ نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷)، خودکارآمدی و اعتماد به توانایی‌های خود (فاستر و همکاران، ۲۰۲۱؛ نیسن و همکاران، ۲۰۱۸).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

بر اساس بررسی، ۱۹ مقاله به زبان انگلیسی و یک مقاله به زبان فارسی بود. تعداد شرکت‌کننده در کل مطالعات منتخب، ۷۳۸۸۰۹ نفر بود. هشت مطالعه با روش کیفی، هشت مطالعه با روش کمی مشاهده‌ای، و چهار مطالعه با روش کمی از نوع کارآزمایی بالینی بود. مکان انجام ۱۲ مطالعه در کشورهای اروپایی و ۸ مطالعه در کشورهای آسیایی بود (جدول ۲).

جدول ۲: برخی از جزئیات مطالعات مورد بررسی

نویسنده (سال انتشار)	هدف	حجم نمونه و مکان پژوهش	نوع پژوهش	نتیجه مطالعه و پیشنهادها
کول و همکاران (۲۰۱۳)	تبیین درک بیماران کرونر قلب از عوامل موثر بر تغییر سبک زندگی آنها	۴۵ بیمار در ایرلند	تحلیل محتوای کیفی	عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی بیماران ایسکمی قلب شامل سطح اطلاعات، میزان اطلاعات فرد، حمایت از طریق ارتباط مداوم و حرفه‌ای، شبکه‌های اجتماعی و اعتقادات فردی است.
فلود و همکاران (۲۰۱۴)	بررسی رابطه تاهل با بروز و مرگ و میر بیماری ایسکمی قلب	۷۳۴۶۲۶ بیمار زن در انگلستان	توصیفی	با در نظر گرفتن عوامل مرتبط با سبک زندگی و شرایط اجتماعی– اقتصادی، خطر پیشرفت بیماری‌های ایسکمی قلب در زنان متاهل و غیر متاهل تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارد، ولی از لحاظ مرگ، زنان متاهل در معرض خطر کمتری هستند.
ساوارسدتیر و همکاران (۲۰۱۶)	بررسی دیدگاه کارکنان بخش سلامت و مهارت مورد نیاز در مشاوره و آموزش ارتقای کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر	۱۹ بیمار در ایسلند و نروژ	تحلیل محتوای کیفی	مشاوره موثر برای بهبود سبک زندگی بیماران کرونر قلب نیاز به کارکنانی با مهارت‌ها و شایستگی‌های بالای ارتباط بین فردی در بخش سلامت دارد.
تاوالبه و همکاران (۲۰۱۵)	بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سبک زندگی سالم در بیماران عروق کرونر	۱۳۳ بیمار در اردن	توصیفی	حمایت اجتماعی، به‌ویژه در بیماران عروق کرونر با سن بالاتر و درآمد ماهیانه پایین‌تر برای بهبود سبک زندگی سالم در آنها لازم است.
التمیمی و همکاران (۲۰۱۷)	بررسی عوامل موثر بر تغییر سبک زندگی بیماران ایسکمی قلبی	۳۰ بیمار در عمان	توصیفی مقطعی	مبتلایان بیماری ایسکمی قلبی در کشور عمان آگاهی اندکی از تغییر سبک زندگی دارند.
واگنر و همکاران (۲۰۱۷)	تبیین تغییرات سبک زندگی از بیماران مبتلا به ایسکمی قلب	۹ بیمار زن در دانمارک	تحلیل محتوای کیفی	خانواده نقش مهمی در تغییرات سبک زندگی بیماران ایسکمی قلب دارد. زمان شروع بیماری بر تغییرات سبک زندگی تاثیر دارد. تغییرات بلافاصله بعد از شروع بیماری، نسبت به حفظ تغییرات راحت‌تر است.
نیلسن و همکاران (۲۰۱۷)	بررسی موانع تغییر سبک زندگی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی	۹۶۲ نفر در دانمارک	توصیفی	موانع مهم تغییر سبک زندگی برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی‌عروقی شامل نداشتن زمان کافی برای ورزش و تهیه غذای کم‌چرب، عدم توانایی ترک سیگار، عدم علاقه به غذاهای کم‌چرب و بی‌عدالتی اجتماعی هستند.
نیکلای و همکاران (۲۰۱۸)	بررسی عوامل مرتبط با تغییر سبک زندگی در مبتلایان سکته قلبی حاد	۲۱ بیمار در آلمان	تحلیل محتوای کیفی	عوامل داخلی (جسمی و روانی) و عوامل خارجی (اجتماعی) به عنوان عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده در تغییر سبک زندگی مبتلایان سکته قلبی حاد مطرح هستند. از عوامل تسهیل‌کننده به بازخورد مثبت، آگاهی از علل و حمایت خانواده و دوستان و از عوامل بازدارنده به اختلال عملکرد جسمی، نقص اطلاعات و فشارهای اجتماعی اشاره شده است.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

ادامه جدول ۲: برخی از جزئیات مطالعات مورد بررسی

نویسنده (سال انتشار)	هدف	حجم نمونه و مکان پژوهش	نوع پژوهش	نتیجه مطالعه و پیشنهادها
نیسن و همکاران (۲۰۱۸)	بررسی ارتباط بیماران کرونر قلب با نزدیک‌ترین افراد در زندگی آنها برای تغییر سبک زندگی	۱۰ زوج در دانمارک	تحلیل محتوای کیفی	میزان رضایت از تغییرات سبک زندگی، احساس مسولیت در قبال تغییرات، اعتماد به توانایی برای تغییر و فشارهای عاطفی هر کدام بصورت دو پهلو می‌توانند سبب تسهیل یا مانع تغییرات سبک زندگی در ارتباطات بیماران کرونر قلب و نزدیکان آنها باشد.
لی و همکاران (۲۰۱۸)	بررسی ارتباط پایبندی به درمان دارویی، اصلاح سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران سکته قلبی حاد	۴۱۷ بیمار در کره جنوبی	توصیفی مقطعی	در بیماران پس از سکته قلبی حاد پایبندی به درمان دارویی با پایبندی به اصلاح سبک زندگی مرتبط است. بیماران با پایبندی ضعیف به درمان دارویی و اصلاح سبک زندگی باید هر چه زودتر مشخص شوند و تحت آموزش قرار گیرند.
گل‌آقایی و همکاران (۱۳۹۶)	بررسی تغییرات سبک زندگی بعد از پیوند بای‌پس شریان کرونری با کاربرد آموزش همتا قبل از عمل جراحی	۸۰ بیمار در ایران	کارآزمایی بالینی	آموزش همتا قبل از عمل سبب پایبندی به اصلاح سبک زندگی در بیماران بعد از پیوند بای‌پس شریان کرونری می‌شود. آموزش همتا شامل شناسایی، آموزش و حمایت اعضایی از یک گروه برای انتقال و رساندن اطلاعات درست به دیگران با خصوصیات و ویژگی‌های مشابه است.
عشا (۲۰۱۹)	بررسی آمادگی بیماران ایسکمی قلب برای تغییر رفتارهای سلامتی	۱۲۲ بیمار در اردن	توصیفی مقطعی	خطر بالاتر ناشی از بیماری ایسکمی قلب سبب آمادگی بیشتر برای رفتارهای تغییر در رابطه با سلامت می شود.
جپما و همکاران (۲۰۲۰)	مقایسه مبتلایان بیماری کرونر قلب با سن بیشتر یا مساوی ۶۵ سال با بیماران کمتر از ۶۵ سال در پیشگیری ثانویه تحت نظر پرستاران	۸۲۴ بیمار در هلند	کارآزمایی بالینی تصادفی شده	هر چند افراد بالای ۶۵ سال در کاهش حداقل پنج درصد از وزن موفق‌تر از افراد زیر ۶۵ سال بودند، ولی در مجموع، سن به تنهایی عاملی برای خودداری از انجام مداخلات و اصلاحات سبک زندگی مبتلایان بیماری کرونر قلب نیست.
دیلا و همکاران (۲۰۲۰)	تبیین تجارب مربوط به تغییرات سبک زندگی در افراد پس از اولین سکته قلبی	۱۴ بیمار با اصالت جنوب آسیا که در انگلستان زندگی می‌کنند.	کیفی– مطالعه گراندد تئوری	حمایت خانوادگی، عقاید مذهبی، گروه‌ها و هنجارهای اجتماعی در بیماران پس از اولین سکته قلبی از مهم‌ترین عوامل موثر بر افراد برای انتخاب اولویت‌های تغییر سبک زندگی است.
مک‌گرول (۲۰۲۰)	تبیین دیدگاه های راجع به سبک زندگی و رفتاری در بیماران سکته قلبی با تفاوت-های اجتماهی- اقتصادی	۵۰ بیمار در اسکاتلند	تحلیل محتوای کیفی	زمینه یا بستر نقش مهمی در اصلاح سبک زندگی بیماران ایسکمی قلب دارد.
فاستر و همکاران (۲۰۲۱)	تعیین عوامل مرتبط با پذیرش بیماران در بخش توانبخشی قلبی و انجام فعالیت‌های جسمی	۲۹۵ بیمار در اسکاتلند	توصیفی مقطعی	مهم‌ترین مانع پذیرش بیماران در بخش بازتوانی قلبی نبود نیاز درک شده است. خودکارآمدی به-عنوان عامل تسهیل‌کننده مهم و نبود اراده به‌عنوان مانع انجام فعالیت‌های جسمی مطرح شد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

ادامه جدول ۲: برخی از جزئیات مطالعات مورد بررسی

نویسنده (سال انتشار)	هدف	حجم نمونه و مکان پژوهش	نوع پژوهش	نتیجه مطالعه و پیشنهادها
لارسن و همکاران (۲۰۲۱)	بررسی ارتباط بین ویژگی‌های اجتماعی– دموگرافیک با اصلاحات تغذیه ای در بیماران ایسکمی قلب مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی	۱۸۶ بیمار در دانمارک	توصیفی طولی	تاهل و شاغل بودن سبب تسهیل اصلاح تغذیه در بیماران ایسکمی قلب مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی می‌شود. در این مطالعه افراد بیکار وزنان بازنشسته تمایل کمتری به اصلاح تغذیه داشتند.
ورویج و همکاران (۲۰۲۱)	بررسی تاثیر شریک زندگی بر موفقیت اصلاح سبک زندگی در بیماران کرونر قلب	۷۱۱ بیمار در هلند	کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده	بیماران قلبی کرونری که شریک زندگی دارند فارغ از جنسیت (مرد یا زن بودن) در اصلاح عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی خود نسبت به کسانی که شریک زندگی ندارند موفق‌تر هستند.
گودل و همکاران (۲۰۲۱)	بررسی تاثیر مداخله ی اصلاح عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی بر روی تغییرات سبک زندگی در بیماران کرونر قلب	۲۲۴ بیمار در نپال	کارآزمایی بالینی شده‌تصادفی	در گروه مداخله توسط پرستاران درباره عوامل خطری چون مصرف الکل و سیگار، تغذیه، شاخص توده بدنی، استرس و فعالیت جسمی آموزش داده شد. مداخله پس از یک ماه سبب اصلاحات معنی‌دار در سبک زندگی افراد شد.
تونسی و همکاران، (۲۰۲۲)	بررسی دیدگاه بیماران نسبت به موانع و تسهیلات تغییر سبک زندگی بعد از حوادث قلبی	۲۱ بیمار در عربستان سعودی	تحلیل محتوای کیفی	سه عامل موثر بر رفتارهای سبک زندگی در بیماران قلبی شامل هنجارهای اجتماعی-فرهنگی و ارزش-های خانوادگی و اعتقادات مذهبی بود. عوامل واسطه‌گر شامل خدمات ناکافی پزشکی، محیط فیزیکی و قوانین سیاسی بود. توجه به این عوامل زمینه‌ای برای مداخلات در این زمینه مهم است.

در نتایج پژوهش‌های مورد بررسی، عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی مبتلایان به بیماری ایسکمی قلب در قالب پنج طبقه با مضمون‌های متمایز مشخص شد. این طبقات شامل عوامل جمعیت‌شناختی یا دموگرافیک، عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل سیاسی- سازمانی، عوامل روانی- یادگیری، و عوامل فردی- اعتقادی هستند.

بحث

عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی افرا مبتلا به بیماری ایسکمی قلب که در قالب پنج طبقه دسته‌بندی شدند، دارای ارتباطات پیچیده با همدیگر در جهت تاثیر بر اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب هستند و در این مقاله سعی شده است با مطالعه مروری یک دید جامع در این زمینه ایجاد شود.

عوامل جمعیت‌شناختی یا دموگرافیک مانند سن، جنس و تاهل بر پیدایش بیماری‌های ایسکمی قلب و پیامدهای آن نقش دارند. در سال ۲۰۱۹ شیوع بیماری ایسکمی قلب در مردان در همه گروه‌های سنی بیشتر و اوج شیوع در مردان و زنان، به ترتیب در محدوده سنی ۸۵ تا ۸۹ و ۹۰ تا ۹۴ سال بود. اما تعداد مردان مبتلا به بیماری تا گروه سنی ۸۴-۸۰ سال بیشترین بود و در مردان و زنان، به ترتیب، در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال و ۷۴-۷۰ سال به اوج خود می‌رسید. علاوه بر این در همین سال، مرگ‌ومیر کلی ناشی از بیماری ایسکمی قلب در مردان بیشتر از زنان بود. در بررسی محدوده سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ ایران در بین ۲۰۴ کشور بررسی‌شده دارای بالاترین شیوع استاندارد شده سن (تعداد مورد

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

انتظار مرگ تقسیم بر جمعیت استاندارد) برای بیماری‌های ایسکمیک قلب بود. میانگین سن اولین انفارکتوس میوکارد حاد در ایران ۵۹ سال (۵۸/۷ سال در مردان و ۶۴/۲ سال در زنان) است که این میزان کمتر از گزارش‌های منتشرشده از کشورهای توسعه‌یافته است (صفیری و همکاران، ۲۰۲۲). در یک مطالعه مقطعی، گودل و همکاران (۲۰۲۱) در بررسی بیماران ایسکمی قلب گزارش کردند که جنس مذکر از عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی در این بیماران است. در مطالعه‌ای در هلند مشخص شد که مردان بالای ۶۵ سال نسبت به افراد زیر ۶۵ سال درکاهش وزن (به عنوان یکی از اجزای اصلاح سبک زندگی) موفق‌تر هستند (جیما و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از عوامل جمعیت‌شناختی، تاهل است. فلود و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی عوامل مرتبط با سبک زندگی در افراد مبتلا به ایسکمی قلب، تاهل در زنان را بدون تاثیر گزارش کردند. تاهل و شاغل بودن سبب تسهیل اصلاح تغذیه (به عنوان یکی از اجزای اصلاح سبک زندگی) در بیماران ایسکمی قلب مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی می‌شود. در این مطالعه، افراد بیکار و زنان بازنشسته تمایل کمتری به اصلاح تغذیه داشتند (لارسن و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس، ها لازم است در برنامه‌های اصلاح سبک زندگی به مشخصات جمعیت‌شناختی همچون سن، جنس و تاهل توجه شود.

وضعیت اجتماعی اقتصادی نیز یکی دیگر از عوامل موثر بر سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب است. در یک مطالعه مروری گزارش شد که سطح اجتماعی اقتصادی (سطح درآمد خانواده، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه سلامت و سطح اطلاعات) پایین با خطر بالاتر برای بیماری کرونری قلب، احتمال دریافت خدمات پزشکی نامطلوب و احتمال مرگ بالاتر مرتبط است (سیمونی و همکاران، ۲۰۲۲). در یک مطالعه کوهورت (ژانگ و همکاران،۲۰۲۱) با بررسی حدود ۴۵۰ هزار نفر مشخص شد که سبک زندگی سالم با مرگ‌و میر کمتر و خطر کمتر ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی در شرایط مختلف اجتماعی اقتصادی (پایین، متوسط و بالا) مرتبط است. برای بررسی سطح اجتماعی اقتصادی از عواملی مثل سطح درآمد خانواده، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و وضعیت بیمه سلامت استفاده شد. در این مطالعه افراد بریتانیایی با سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر همراه با رعایت سه یا چهار عامل سبک زندگی (مثل عدم مصرف دخانیات و الکل، اصلاح تغذیه و فعالیت جسمی) نسبت به افراد با سطح اجتماعی اقتصادی پایین با حداکثر رعایت یک عامل سبک زندگی، خطر بالاتری از ناتوانی، مرگ‌ومیر، و بروز بیماری‌های قلبی‌عروقی را نشان دادند.

در مطالعه مک گارول (۲۰۲۰) به بررسی تاثیر زمینه اجتماعی بر سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب پرداخته شد. بر این اساس، سازمان جهانی بهداشت با توجه به تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی در جوامع، در طرح‌های پیشنهادی به کشورها با محوریت اصلاح راهبردهای سبک زندگی برای مقابله با بیماری‌های مختلف به‌ویژه بیماری ایسکمی قلب از آنها می‌خواهد که این طرح‌ها با زمینه ملی و منطقه‌ای آنها منطبق گردد (دایی و همکاران، ۲۰۲۲). مدیران بهداشتی و درمانی در هر منطقه باید درک روشنی از زوایای مختلف سبک زندگی و تاثیرات آن بر افراد داشته باشند تا بتوانند در جهت اصلاح سبک زندگی بیماران اقدامات موثر را سیاست‌گذاری و اجرا کنند.

اطرافیان بیمار و به‌ویژه خانواده، نقش مهمی در اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب دارند. در یک مطالعه کیفی در انگلستان مشخص شد که خانواده در حمایت از بیمار برای کسب اطلاعات مورد نیاز، حمایت برای انجام فعالیت جسمی، و همچنین، حمایت‌های اجتماعی از بیمار نقش دارد (بیرت ویستل و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه دیلا و همکاران (۲۰۲۰) برای بررسی فرآیند تغییر سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب، دغدغه اصلی مشارکت-کنندگان حفظ هماهنگی و تعادل بین خانواده معرفی شد. در این مطالعه، به تاثیرات خانواده و دوستان بر انتخاب اولویت‌های تغییر سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب اشاره شده است. بر این اساس، فرد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب باید بتواند برای پیشبرد اهداف اصلاح سبک زندگی با خانواده و دوستان هماهنگی ایجاد کند و از حمایت‌های آنها در این مسیر بهره‌مند گردد.

سازمان جهانی بهداشت با همکاری نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف سعی در مدیریت و کنترل بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری ایسکمی قلب دارد (هاتچیسون و همکاران، ۲۰۱۹). نخستین مرحله در چرخه سیاست‌گذاری

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

در تمام حوزه‌ها از جمله حوزه سلامت، تدوین سیاست است. تدوین سیاست نیز با بیان مشکل آغاز می‌شود. بیان مشکل یعنی چیزی که سبب می‌شود افراد به اندازه کافی در مورد موضوعی نگران شوند و با دیگران بحث کنند (هاردی و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری‌های ایسکمی قلب به دلیل ایجاد مرگ‌ومیر و ناتوانی قابل ملاحظه موضوعی نگران‌کننده برای جوامع است و در اولویت سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت قرار دارد (خان و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا سازمان‌ها مسئول راهبردهای پیشگیری از بیماری و ارائه خدمات، و افراد، مسئول حفظ سبک زندگی سالم هستند. لذا این راهبردهای سیاسی و قانونی زمانی موثر خواهد بود که وارد سبک زندگی افراد شوند و بتوانند آنها را در اصلاح سبک زندگی خود یاری کنند (هاتچیسون و همکاران، ۲۰۱۹).

پس از تدوین سیاست‌های سلامت، نوبت به اجرای آنها می‌رسد. بدیهی است که بهترین برنامه و سیاست‌ها با یک اجرای ضعیف به مقاصد و اهداف خود نخواهد رسید. برای اعمال دقیق و موثر این سیاست‌ها نیاز به وجود کارکنان شایسته است. مطالعات بسیاری بر نقش کارکنان شایسته بهداشتی درمانی در کمک به افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب برای اصلاح سبک‌زندگی تاکید کرده‌اند (کول و همکاران، ۲۰۱۳؛ ساوارسدتیر و همکاران، ۲۰۱۶). به علاوه، خدمات درمانی و محیط فیزیکی مناسب نیز در کنار وجود کارکنان شایسته می‌تواند عامل تسهیل‌گر در اجرای صحیح سیاست‌های سلامت و کمک به اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب گردد (تونسی وهمکاران، ۲۰۲۲).

عوامل روان‌شناختی دارای تاثیرات عمده بر اصلاح سبک زندگی بیماران ایسکمی قلب هستند. نیسن و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه کیفی گزارش کردند که عوامل روان‌شناختی مثل خشم، ترس و افسردگی از موانع اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب هستند و نبود این عوامل سبب تسهیل اصلاح سبک زندگی می‌شود. در یک مطالعه مروری، اضطراب و افسردگی به‌عنوان عامل پیامدهای نامطلوب در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب گزارش شدند (سماردیجک و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از این پیامدهای نامطلوب می‌تواند عدم اصلاح سبک زندگی باشد. برای غلبه بر مشکلات روان‌شناختی و آگاهی دادن به افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب برای اصلاح سبک زندگی نیاز به آموزش این افراد است.

شی و همکاران با مرور مقالات گزارش دادند که آموزش به افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب در مرحله پیشگیری ثانویه سبب کاهش اضطراب و افسردگی در این بیماران خواهد شد. با توجه به این مطالعه، یک برنامه آموزشی مناسب برای این بیماران باید شامل آموزش اصلاح عوامل خطر و مدیریت بیماری، هدفمند و بر پایه نظریه‌های موجود، ترکیبی از روش-های آموزشی، و حداقل طی یک دوره آموزشی۳ ماهه باشد (شی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، پرستاران با کمک یک پلت‌فرم اینترنتی، افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب را برای مدیریت بیماری و اصلاح سبک زندگی آموزش دادند. علاوه بر آموزش، با جلسات هفتگی با بیماران در این فضای اینترنتی سعی در نظارت و ارسال بازخورد به آنها نمودند. نتایج حاکی از موثر بودن این روش در آموزش و نظارت بر اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب بود (جینگ‌سو و فونگ‌یو، ۲۰۲۱).

باورها و درک فرد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب عنصر مهمی در اصلاح سبک زندگی خود است. میزان خطری که بیمار از ناحیه بیماری ایسکمی قلب برای سلامت خود درک می‌کند یکی از ملاک‌های مهم در حرکت به سوی اصلاح سبک زندگی است (عشا، ۲۰۱۹). افراد از نظر درک از حساسیت و هرگونه ناخوشی یا اختلال آسیب‌زا با یکدیگر متفاوت هستند. در یک سو افرادی هستند که هرگونه احتمال ابتلا به بیماری را انکار می‌کنند و در سوی دیگر، افرادی هستند که نسبت به ابتلا به بیماری دچار وحشت می‌شوند. در کل، هرچقدر فرد خودش را حساس‌تر و مبتلا به بیماری درک کند به احتمال بیشتر دست به اقدامات پیشگیرانه و اصلاح می‌زند. در مدل اعتقاد بهداشتی، درک فرد از بیماری در قالب مفاهیمی همچون حساسیت درک‌شده (باور ذهنی که فرد به‌خاطر یک رفتار دچار یک بیماری شود)، شدت درک‌شده (باور به زیان حاصل از ابتلا به بیماری)، منافع درک‌شده (باور به مزایای روش‌های کاهش خطر یا شدت بیماری) و موانع درک‌شده (باور به هزینه‌های پیگیری یک رفتار) بیان شده است. مجموعه این مفاهیم سبب درک روشن فرد برای اصلاح

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

سبک‌زندگی در بیماری ایسکمی قلب خواهد شد (صفاری و همکاران، ۲۰۲۲).

اراده فرد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب برای اصلاح سبک زندگی و متزلزل نشدن در مواجهه با موانع نیز عنصر مهم و قابل توجهی است (فاستر و همکاران،۲۰۲۱ ؛ نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷)، در کنار درک بیمار از خطر و اراده برای اصلاح سبک زندگی، خودکارآمدی و اعتماد به توانایی‌های خود (اطمینان به توانایی خود در پیگیری یک رفتار) شاخصه مهم دیگری در توانبخشی قلب و اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب است (فاستر و همکاران، ۲۰۲۱؛ نیسن و همکاران، ۲۰۱۸). شرایط مختص به هر فرد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب نیز در اصلاح سبک زندگی وی موثر است. به عنوان مثال، زمان کافی و مناسب برای انجام اصلاحات وابسته به شرایط فرد است. بیمار در زندگی روزمره باید اوقات مشخصی را برای اجرای برنامه اصلاح سبک زندگی، مثل ورزش کردن، در نظر داشته باشد. علاوه بر این، میزان علاقه به عادت‌های سالم نیز در افراد مختلف یکسان نیست و هر چه این خصوصیت در فرد قوی‌تر باشد می‌تواند به عنوان یک تسهیل‌گر برای اصلاح سبک زندگی عمل کند (نیلسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ واگنر و همکاران، ۲۰۱۷).

شناخت عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی می‌تواند سبب تدوین برنامه‌های کارآمد در حیطه‌های اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب در کشورهای مختلف از جمله ایران شود. یکی از حیطه‌هایی که ارتباط تنگاتنگی با اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب دارد، توانبخشی قلبی است. برنامه‌های توانبخشی قلبی برای اصلاح سبک زندگی و افزایش آگاهی افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی ایجاد شده است. بازتوانی قلبی یک مدل مراقبتی با هزینه-اثربخشی مناسب است که سبب کاهش مرگ‌ومیر و کاهش پذیرش مجدد افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی شده است(خوزه و همکاران، ۲۰۲۱). حاج علی‌اکبری (۲۰۱۷) در یک مطالعه مروری گزارش داد که مطالعات ۳۰ سال گذشته دلالت بر بهبود ظرفیت عملکردی، بهبود عوامل خطر، بهبود کیفیت زندگی مربوط به سلامتی، و کاهش مرگ-ومیر افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی بعد از شرکت در برنامه‌های بازتوانی قلبی دارد. در ایران از سال ۱۳۹۳ شناسنامه خدمات بازتوانی قلب در دو نسخه شامل خارج از بخش بستری و داخل بخش بستری توسط معاونت درمان وزارت بهداشت تهیه و ابلاغ شد. در این اسناد، اجزای بازتوانی قلبی شامل ارزیابی‌های پزشکی و طبقه‌بندی خطر، تمرینات ورزشی، آموزش و حمایت‌های اجتماعی- روانی توسط پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بخش سلامت ذکر شده است (برنامه توانبخشی قلبی ایران، ۲۰۱۵). قنبری و همکاران (۲۰۱۹) به جامع نبودن شناسنامه بازتوانی قلبی در ایران اشاره کرده‌اند و لزوم توجه به وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را در تدوین این دستورالعمل ضروری دانستند. انجام مطالعات گسترده برای شناسایی عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب و سایر بیماری‌های قلبی در ایران امری ضروری است و سبب طراحی برنامه‌های جامع و دقیق در سطوح مختلف پیشگیری به-ویژه توانبخشی قلبی در این بیماران خواهد شد.

نتیجه‌گیری

اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب فرآیندی پیچیده و چندبعدی است. این افراد برای اصلاح سبک زندگی با عوامل درونی و بیرونی متعددی مواجه می‌شوند. هر کدام از این عوامل در بسترهای اجتماعی و فرهنگی مختلف می‌تواند نقش مهمی در اصلاح سبک زندگی داشته باشند. این مطالعه با پکپارچه کردن نتایج، پنج عامل کلیدی شامل عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل فردی- اعتقادی، عوامل روانی- یادگیری، عوامل سیاسی- سازمانی، و عوامل اجتماعی- اقتصادی را به عنوان عوامل موثر بر اصلاح سبک زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب گزارش می-دهد. توجه به این عوامل و حمایت همه‌جانبه از افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلب در تدوین و اجرای برنامه‌های اصلاح سبک زندگی امری ضروری است.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

References

Akbarpour, S., Khalili, D., Zeraati, H., Mansournia, M. A., Ramezankhani, A., Ahmadi Pishkuhi, M., Rostami Gooran, S., & Fotouhi, A. (2019). Relationship between lifestyle pattern and blood pressure-Iranian national survey. Scientific reports, 9(1), 1-8.

Al-Tamimi, T. R., Ba-Omar, H. A., & Nadar, S. (2017). Knowledge regarding secondary prevention lifestyle practices among patients with ischaemic heart disease in Oman: pilot study. Sultan Qaboos University Medical Journal, 17(1), e88.

Birtwistle, S.B., et al., Family support for physical activity post-myocardial infarction: A qualitative study exploring the perceptions of cardiac rehabilitation practitioners. Nursing & health sciences, 2021. **23**(1): p. 227-236.

Cole, J. A., Smith, S. M., Hart, N., & Cupples, M. E. (2013). Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? A qualitative study. BMC family practice, 14(1), 1-10.

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory (Fourth edition. ed.). Los Angeles : SAGE. http://lib.ugent.be/catalog/rug01:002495549

Dadipoor, S., Shahsavari, S., Ghaffari, M., Farshidi, H., Alavi, A., & Safari-Moradabadi, A. (2021). A case-control study on lifestyle-related factors of hypertension in Iran. Journal of Public Health, 29, 69-74.

Dai, H., Much, A. A., Maor, E., Asher, E., Younis, A., Xu, Y., Lu, Y., Liu, X., Shu, J., & Bragazzi, N. L. (2022). Global, regional, and national burden of ischaemic heart disease and its attributable risk factors, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes, 8(1), 50-60.

Dhollande, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2021). Conducting integrative reviews: A guide for novice nursing researchers. Journal of Research in Nursing, 26(5), 427-438.

Dilla, D., Ian, J., Martin, J., Michelle, H., & Felicity, A. (2020). "I don't do it for myself, I do it for them": A grounded theory study of South Asians' experiences of making lifestyle change after myocardial infarction. Journal of Clinical Nursing, 29(19-20), 3687-3700.

Education, M. o. H. a. M. (Spring 2022). Atlas of STEPwise approach to noncommunicable disease (NCD) risk factors surveillance (STEPs) 2021 for non-communicable diseases in Iran.

Eshah, N. F. (2019). Readiness for behavior change in patients living with ischemic heart disease. Journal of Nursing Research, 27(6), e57.

Fernández, T., Viñuela, M., Vidal, C., & Barrera, F. (2022). Lifestyle changes in patients with non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis. PloS one, 17(2), e0263931.

Floud, S., Balkwill, A., Canoy, D., Wright, F. L., Reeves, G. K., Green, J., Beral, V., & Cairns, B. J. (2014). Marital status and ischemic heart disease incidence and mortality in women: a large prospective study. BMC medicine, 12(1), 1-9.

Foster, E. J., Munoz, S.-A., Crabtree, D., Leslie, S. J., & Gorely, T. (2021). Barriers and facilitators to participating in cardiac rehabilitation and physical activity in a remote and rural population: a cross-sectional survey. Cardiology Journal, 28(5), 697-706.

Gaudel, P., Neupane, S., Koivisto, A.-M., Kaunonen, M., & Rantanen, A. (2021). Effects of a lifestyle-related risk factor modification intervention on lifestyle changes among patients with coronary artery disease in Nepal. Patient Education and Counseling, 104(6), 1406-1414.

Golaghaie, F., Esmaeili Kalantari, S., Farmahini Farahani, M., & Sarzaeem, M. (2018). Effect of peer education before coronary artery bypass graft on post discharge quality of life. Journal of Arak University of Medical Sciences, 20(12), 63-73.

Jabbaran, M. (2017). Conceptual analysis of lifestyle. Qabasat, 20(75), 173-187.

Jepma, P., Jorstad, H. T., Snaterse, M., Ter Riet, G., Kragten, H., Lachman, S., Minneboo, M., Boekholdt, S. M., Peters, R. J., & Op Reimer, W. S. (2020). Lifestyle modification in older versus younger patients with coronary artery disease. Heart, 106(14), 1066-1072.

Kaur IP, Arora K, Dhalani M, Patel M, Kaur G, Jain R. The Synergy of Percutaneous Coronary Intervention and Lifestyle Modification in Reducing Mortality and Blockage Prevention. Cardiology in Review. 2024:10-97.

Khan, M. A., Hashim, M. J., Mustafa, H., Baniyas, M. Y., Al Suwaidi, S. K. B. M., AlKatheeri, R., Alblooshi, F. M. K., Almatrooshi, M. E. A. H., Alzaabi, M. E. H., & Al Darmaki, R. S. (2020). Global epidemiology of ischemic heart disease: results from the global burden of disease study. Cureus, 12(7).

Kopp, W. (2019). How western diet and lifestyle drive the pandemic of obesity and civilization diseases. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, 12, 2221.

Laursen, U. B., Johansen, M. N., Joensen, A. M., Overvad, K., & Larsen, M. L. (2021). Is cardiac rehabilitation equally effective in improving dietary intake in all patients with ischemic heart disease? Journal of the American College of Nutrition, 40(1), 33-40.

Lee, Y.-M., Kim, R. B., Lee, H. J., Kim, K., Shin, M.-H., Park, H.-K., Ahn, S.-K., Kim, S. Y., Lee, Y.-H., & Kim, B.-G. (2018). Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. Health and quality of

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

life outcomes, 16(1), 1-8.
Mahdizade, H. (2019). Re-explaining Lifestyle in the Realms of Psychology, Sociology, and Islam [Research]. Fundamental Researches on Humanities, 4(4), 91-124. http://frh.sccsr.ac.ir/article-1-100-fa.html
McGarrol, S. (2020). Contextualising lifestyles: how socially contrasting places in Fife, Scotland influence lay understandings of lifestyle and health behaviours in relation to coronary heart disease. Health & Place, 66, 102432.
Motlagh, A., Shojaeizadeh, D., Azam, K., & Kaboli, N. E. (2020). Adolescent Obese Females and Quality of Lifestyle: An Examination of Anthropometric and Socio-Economic Factors in Tehran-Iran. Entomol. appl. sci. let, 7(4), 66-70.
Nia, H.S., et al., The estimate of average age at the onset of acute myocardial infarction in Iran: a systematic review and meta-analysis study. ARYA atherosclerosis, 2018. **14**(5): p. 225.
Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change–That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. Chronic illness, 14(1), 25-41.
Nielsen, J. B., Leppin, A., Gyrd-Hansen, D. e., Jarbøl, D. E., Søndergaard, J., & Larsen, P. V. (2017). Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease–a survey among 40–60-year old Danes. BMC cardiovascular disorders, 17, 1-8.
Nissen, N. K., Jónsdóttir, M., Spindler, H., & Zwisler, A.-D. O. (2018). Resistance to change: role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes. Scandinavian Journal of Public Health, 46(6), 659-666.
Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2022). The concept of" healthy lifestyle" in psychological research. ResearchJet Journal of Analysis and Inventions, 3(06), 53-64.
Organisation, w. H. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
Sadiq, M., Ali, A., Waly, M. I., Al-Busaidi, H. N. M., & Al-Hamrashdi, S. (2019). Impact of dietary and lifestyle modifications on the secondary prevention of coronary heart disease in Omani percutaneous coronary intervention patients. Canad J Clin Nutr, 7(1), 46-66.
Saffari, M., et al., Health education & promotion-theories, models & methods. fifth ed. Tehran: Sobhan Pub. 2022. 234.
Safiri, S., Karamzad, N., Singh, K., Carson-Chahhoud, K., Adams, C., Nejadghaderi, S. A., Almasi-Hashiani, A., Sullman, M. J., Mansournia, M. A., & Bragazzi, N. L. (2022). Burden of ischemic heart disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019. European Journal of Preventive Cardiology, 29(2), 420-431.
Shi, W., et al., A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: impact on psychological outcomes. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2022. 21(۷): p. 643-654.
Simoni, A.H., et al., Socioeconomic inequity in incidence, outcomes and care for acute coronary syndrome: a systematic review. International journal of cardiology, 2022. 356: p. 19-29.
Smaardijk, V.R., et al., Sex and gender-stratified risks of psychological factors for adverse clinical outcomes in patients with ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. International journal of cardiology, 2020. 302: p. 21-29.
Su, J.J. and D.S.-f. Yu, Effects of a nurse-led eHealth cardiac rehabilitation programme on health outcomes of patients with coronary heart disease: A randomised controlled trial. International journal of nursing studies, 2021. 122: p. 104.
Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, Á. K., & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. European journal of cardiovascular nursing, 15(1), 55-63.
Tawalbeh, L. I., Tubaishat, A., Batiha, A.-M., Al-Azzam, M., & AlBashtawy, M. (2015). The relationship between social support and adherence to healthy lifestyle among patients with coronary artery disease in the north of Jordan. Clinical Nursing Research, 24(2), 121-138.
Tunsi, A., Chandler, C., & Holloway, A. (2022). Perspectives on barriers and facilitators to lifestyle change after cardiac events among patients in Saudi Arabia: a qualitative study. European journal of cardiovascular nursing.
Verweij, L., Jørstad, H. T., Minneboo, M., Ter Riet, G., Peters, R. J., op Reimer, W. J. S., Snaterse, M., & Group, R.-S. (2021). The influence of partners on successful lifestyle modification in patients with coronary artery disease. International Journal of Cardiology, 332, 195-201.
Wagner, M., Nielsen, K., Errboe, P., & Haahr, A. (2017). Exploring lifestyle changes in women with ischemic heart disease. Nordic Journal of Nursing Research, 37(4), 226-232.
Yoder-Wise, P.S. A framework for planned policy change. in Nursing forum. 2020. Wiley Online Library
Zhang, Y.-B., et al., Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with mortality and incident cardiovascular disease: two prospective cohort studies. BMJ, 2021. 373.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوازدهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۲
Cardiovascular Nursing Journal, 12(1), 2023

Review Article

Factors affecting lifestyle modification in people with ischemic heart disease: An integrated review

Naser Javadi[1], PhD Candidate
*** Mohsen Taghadosi[2], PhD**
Mansour Dianati[3], PhD

Abstract

Aim. This study was designed to identify factors affecting lifestyle modification in people with ischemic heart disease.

Background. Lifestyle is an important determinant of health. The relationship between lifestyle and various diseases has been reported in many studies. Ischemic heart disease is one of the most important diseases related to lifestyle, which causes significant morbidity and mortality in societies. Understanding the factors affecting the lifestyle modification of people with ischemic heart disease can reduce the complications caused by this condition.

Method. This integrated review with the seven-step method of Dhollande et al. (2021), searching for effective factors on lifestyle modification in people with heart ischemia in Persian and English language articles published from January 2013 to March 2024. The keywords included lifestyle, modification, change, ischemic heart disease, coronary heart disease, inhibiting factors and facilitating factors, which were searched out in databases including PubMed, Scopus, Science Direct, Web of Sciences, Magiran and SID. A total of 2753 articles were obtained, and finally 20 articles were selected and reviewed in this study.

Findings. The review of studies showed that 19 articles are in English and one article is in Farsi. The number of participants in all selected studies was 738809. Eight studies were conducted with qualitative method, eight with quantitative observational designs and four with clinical trial design. Also, 12 studies were conducted in European countries, while eight were conducted in Asian countries. The themes of the articles were obtained in the form of demographics, socio-economic, political-organizational, psychological-learning and individual-belief factors.

Conclusion. Lifestyle modification in people with ischemic heart disease is a complex and multidimensional process. Holistic support for these patients is necessary to modify their lifestyle. Understanding these factors is a basis for improving care programs for these patients.

Keywords: Ischemic heart disease, Lifestyle, Influential factors

1 PhD Candidate in Nursing, Trauma Nursing Research Center, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2 Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Trauma Nursing Research Center, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran (*Corresponding Author) email: taghadodi_1345@yahoo.com
3 Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Nursing Trauma Research Center, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-24]