مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر مبنای بازدید از منزل بر پایبندی به فعالیت جسمی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد پس از ترخیص

امیر طباطبایی[۱]، دکترای تخصصی پرستاری
اسمعیل محمدنژاد[۲و۳]، دکترای تخصصی پرستاری
علی کریمی[۴]، دکترای تخصصی پرستاری
*** زهرا صالحی[۵]، کارشناس ارشد پرستاری**
فاطمه سادات ایزدی اونجی[۶]، دکترای تخصصی پرستاری

خلاصه

هدف. این تحقیق با هدف بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر مبنای بازدید از منزل بر پایبندی به فعالیت جسمی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد پس از ترخیص ترخیص انجام شد.

زمینه. بیماری عروق کرونر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی‌عروقی است. اهمیت فعالیت جسمی به عنوان یک عامل مهم در کنترل و پیشگیری از برگشت مجدد بیماری در این بیماران بسیار مهم است. پایبندی به فعالیت جسمی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد در پیشگیری از بستری مجدد و کاهش عوارض بیماری تاثیر دارد.

روش کار. در این مطالعه نیمه‌تجربی که در سال ۱۴۰۰ انجام شد تعداد ۷۲ نفر از افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۲ نفر) تقسیم شدند. برای گروه کنترل، مداخلات معمول انجام شد و برای گروه آزمون، خودمراقبتی خانواده-محور ارائه شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه بررسی سطح فعالیت جسمی بک بود.

یافته‌ها. قبل از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت. بلافاصله بعد از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون، ۶/۳۱ با انحراف معیار ۲/۰۱ و این میانگین در گروه کنترل، ۵/۹۸ با انحراف معیار ۱/۲۱ بود که با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار داشتند ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). یک‌ونیم ماه پس از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون، ۹/۱۴ با انحراف معیار ۱/۴۴ و این میانگین در گروه کنترل، ۶/۷۸ با انحراف معیار ۰/۹۰ بود که با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار داشتند ($P\leq ۰/۰۰۰۱$).

نتیجه‌گیری. خودمراقبتی خانواده‌محور بر مبنای بازدید از منزل در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بر پایبندی آنان به فعالیت جسمی موثر است. بنابراین، استفاده از این شیوه آموزشی به عنوان یکی از روش‌های اثربخش و غیردارویی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد، برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فعالیت جسمی، سندرم کرونری حاد، خودمراقبتی خانواده‌محور

۱ استادیار، گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه ازاد اسلامی، قوچان، ایران
۲ دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران/ ۳ مرکز تحقیقات مقاومت میکروبی و مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان سینا کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: salehi.z2018@gmail.com
۶ دانشیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشگده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها است و همه جوامع با آن درگیر هستند. حتی با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی در دهه‌های اخیر، هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می‌شوند فوت می‌کنند و دو سوم آنها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل نمی‌یابند و به زندگی عادی بازنمی‌گردند (تامه و همکاران، ۲۰۱۶؛ حیدری بنی و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو، بیماری‌های قلبی‌عروقی یکی از مهمترین عوامل از کار افتادگی، ناتوانی وکاهش زندگی مولد در بیشتر کشورهای جهان محسوب می‌گردد (نیومن و همکاران، ۲۰۱۶؛ پیپولی و همکاران، ۲۰۱۶).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سالیانه حدود ۳۱ درصد کل موارد مرگ در جهان به علت بیماری‌های قلبی‌عروقی است (هابر و همکاران، ۲۰۱۷). امروزه حدود ۳۰ درصد موارد مرگ در کشورهای توسعه‌یافته و ۳۵ تا ۸۲ درصد موارد مرگ در کشورهای در حال توسعه به دلیل بیماری‌های قلبی‌عروقی است (اندرهاولی و همکاران، ۲۰۱۰). پیش‌بینی شده بود در سال ۲۰۲۰ میلادی، بیماری‌های قلبی‌عروقی بیش از ۷۵ درصد از موارد مرگ در جهان را به خود اختصاص دهد. این روند تا جایی ادامه خواهد یافت که تا سال ۲۰۳۰، موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی از حدود ۱۷ میلیون نفر به ۲۳/۴ میلیون نفر در سال افزایش یابد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷). این آمار در کشورهای در حال توسعه از قبیل ایران نیز همچنان در حال افزایش است. هم‌اکنون در ایران این بیماری دومین علت مرگ بیماران است و عامل ۳۸ درصد از کل موارد مرگ در کشور محسوب می‌شود. از سوی دیگر، بیماری‌های قلبی‌عروقی موجب تحمیل هزینه‌های اقتصادی هنگفتی بر دوش نظام‌های سلامت می‌گردد (روگر و همکاران، ۲۰۱۷).

از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی‌عروقی در بیشتر کشورهای دنیا، سندرم کرونری حاد است (زیپس و همکاران، ۲۰۱۸). این سندرم علت حدود یک سوم از کل موارد مرگ در جهان و عامل ۱۰ درصد از کل سال‌های از دست‌رفته عمر به دلیل مرگ و ناتوانی محسوب می‌شود (طباطبایی و همکاران، ۲۰۲۱). هزینه‌های گزاف تشخیصی درمانی، کاهش کیفیت زندگی مبتلایان، افزایش ناتوانی‌ها و بروز موارد زیاد مرگ، از جمله مواردی هستند که اهمیت توجه به این بیماری را دو چندان می‌کنند (حیدری بنی و همکاران، ۲۰۱۷).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، فعالیت جسمی به هرگونه حرکت اعضای بدن اطلاق می‌گردد که توسط ماهیچه‌ها انجام می‌شود و نیاز به مصرف انرژی دارد، مانند حرکاتی که طی کار کردن، بازی کردن، انجام کارهای منزل، جابه‌جایی‌ها و انجام فعالیت‌های تفریحی انجام میشود (شیروانی و همکاران، ۲۰۱۷). اهمیت فعالیت جسمی به عنوان یک عامل مهم در پیشگیری از عود بیماری همراه با رعایت رژیم دارویی و غذایی مهم است. فعالیت بدنی، رفتاری چندعاملی است که تحت تاثیر عوامل درون فردی، بین فردی و اجتماعی قرار دارد (توماسویک و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به روند افزایشی جمعیت سالمندان، توجه به سلامتی آنها بیش از پیش اهمیت می‌یابد. فعالیت جسمی منظم در افراد با بیماری قلبی به عنوان یکی از راه‌های تقویت‌کننده سیستم ایمنی و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر محسوب می‌شود (ممبرز و همکاران، ۲۰۱۲).

مراقبت خانواده‌محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است که هدف آن حفظ یکپارچگی خانواده و ارائه مراقبت با کیفیت بالا به هر بیمار است. همچنین، مراقبت خانواده‌محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های سلامتی به رسمیت می‌شناسد (بربرن و همکاران، ۲۰۱۱). بر همین اساس، امروزه الگوهای خانواده محور با هدف مشارکت و سهیم نمودن خانواده بیماران در امر درمان بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمنی همچون بیماری‌های قلبی ارائه می‌شوند (پودووریکا و همکاران، ۲۰۲۱؛ صفرا و همکاران، ۲۰۲۰).در مراقبت خانواده‌محور، هدف پرستار ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در جهت هدفی معین برای غلبه بر موانع موجود در زمینه‌های سلامتی است و نداشتن دانش و مهارت کافی، باعث کاهش انگیزه جهت پیشگیری و در آخر، ایجاد یک چرخه معیوب و عدم پیشگیری مناسب می‌گردد (زند و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به شیوع گسترده بیماریهای قلبی‌عروقی، اصلاح شیوه زندگی و تبعیت از فعالیت جسمی در دراز مدت ضروری است (توماسویک و همکاران، ۲۰۱۸).

فقدان اطلاعات کافی درباره آموزش‌های خانواده‌محور بر مبنای ویزیت در منزل در کشورهای در حال توسعه به‌دلیل عدم وجود تحقیقات کافی مشهود است. از طرفی، با توجه به این که پرستاران بزرگترین گروه درمانی در کشور هستند، آموزش‌های خانواده‌محور توسط پرستاران در مراکز درمانی در نهایت به نفع بیمار و خانواده است. از سوی دیگر، پرداختن بیشتر به بیماری‌های عفونی و عفونت‌های بیمارستانی به دلیل موارد زیاد مرگ و ناخوشی و عوارض جانبی متعدد (محمدنژاد و همکاران، ۲۰۱۶)، بروز بیماری نوظهور مانند کرونا (عبداللهی و همکاران، ۲۰۲۰) یا بیماری قابل انتقال از طریق جنسی مانند هپاتیت (نژاد و همکاران، ۲۰۱۱) باعث نادیده گرفته شدن بیماری‌های غیرعفونی و مزمن شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر مبنای بازدید از منزل بر پایبندی به فعالیت جسمی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد پس از ترخیص انجام شد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی در بخش ویژه قلب مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران با روش نمونه‌گیری آسان بر روی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مطابق مطالعه‌ای مشابه و با احتساب ۲۰ درصد احتمال ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه تعداد ۴۰ نفر شرکت‌کننده در نظر گرفته شد (ایزدآبادی و همکاران، ۲۰۲۰؛ پودووریکا و همکاران، ۲۰۲۱). معیارهای ورود شامل بستری با تشخیص سندرم کرونری حاد در بمارستان، سن بالای ۱۸ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن در فرد بیمار و عضو فعال خانواده در امر مراقبت از بیمار، آشنایی به زبان فارسی، نداشتن بیماری روانی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، نداشتن نابینایی و ناشنوایی و نداشتن بدخیمی شدید بودند. همچنین، لازم بود محل سکونت مراقب اصلی در شهر تهران و امکان برقراری تماس تلفنی و ارتباط حضوری با بیمار و خانواده وی در طول مطالعه با رعایت اصول بهداشتی مرتبط با کنترل و پیشگیری بیماری کرونا فراهم باشد.

ابزار گردآوری داده ها فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل مشخصات بیمار (سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، ابتلا به سایر بیماری‌ها) و مشخصات فرد مراقب (سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، نسبت با بیمار)، و پرسشنامه بررسی سطح فعالیت بدنی بک بودند. پرسشنامه بررسی سطح فعالیت بدنی بک شامل سه قسمت فعالیت بدنی زمان کار، ورزش، و فعالیت بدنی غیرورزشی در اوقات فراغت است که به صورت خودگزارش‌دهی از فعالیت‌های یک ماه قبل تکمیل می‌شود. این ابزار شامل ۱۶ سئوال است که ۸ سئوال اول مربوط به فعالیت زمان کار، ۴ سئوال بعدی مربوط به فعالیت زمان ورزش، و ۴ سئوال آخر مربوط به فعالیت اوقات فراغت است. برای هر پرسش، مقیاس رتبه‌ای پنج قسمتی در نظر گرفته شده است و دامنه آن از "هرگز" تا "همیشه" یا از "خیلی سبک‌تر" تا "خیلی سنگین‌تر" متغیر است. در قسمت سئوالات فعالیت زمان کار، ورزش و اوقات فراغت، بعد از جمع نمرات هرچه نمره بیشتر باشد، سطح فعالیت بدنی زمان کار، ورزش و اوقات فراغت بیشتر است. در هر حیطه، میانگین مجموع امتیاز سئوالات محاسبه می‌شود، مجموع و میانگین‌ها نمره کل را به دست می دهد که در دامنه ۳ تا ۱۳ بود (زارع ثابت و همکاران، ۲۰۲۰). اعتبار و روایی این آزمون را بک و همکاران (۱۹۸۲) در سال ۱۴۸۲ گزارش کرده اند (بیژه و همکاران، ۲۰۱۳). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، ۰/۷۴ به دست آمد که پایایی درونی سئوالات را تأیید می‌کند.

پس از انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود و کسب رضایت آگاهانه برای حضور در مطالعه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در هر دو گروه کنترل و آزمون در بیمارستان و توسط محقق و بر اساس اطلاعاتی که از بیمار و مراقب و همچنین پرونده پزشکی بیمار گرفته شد تکمیل گردید. افراد گروه آزمون، پرسشنامه‌های پایبندی به فعالیت جسمی را در محیط منزل و در ۳ نوبت قبل از مداخله (جلسه اول ملاقات در منزل)، بلافاصله پس از مداخله (جلسه آخر ملاقات در منزل و مرحله پایانی) و ۱/۵ ماه پس از پایان مداخله (به صورت حضوری در منزل بیمار) تکمیل گردید. افراد گروه کنترل نیز در فواصل زمانی مشابه آنچه در گروه مداخله انجام شد، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، اما مداخله‌ای به آنها ارائه نشد.

مراحل بازدید از منزل (به ترتیب شامل مرحله آغازین، قبل از بازدید، مرحله بازدید، پایان، پس از بازدید) با رعایت مراحل استاندارد انجام شد. برنامه مداخله در قالب ۵ تا ۷ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای با هر کدام از افراد گروه آزمون و طی حدود ۷ هفته (هر هفته یک جلسه) برگزار شد (واحدیان عظیمی و همکاران، ۲۰۱۵؛ عابدینی و همکاران، ۲۰۱۶). اولین ملاقات حداقل دو هفته پس از ترخیص بیمار شروع شد (سیینگ و همکاران، ۲۰۱۷). طی جلسه اول، آشنایی بیشتر، جلب اعتماد اعضای خانواده و فرد بیمار انجام شد و در صورت وجود شرایط مناسب و پذیرش بیمار و خانواده، گام‌های خودمراقبتی خانواده‌محور شروع شد. در طول فرآیند مطالعه ۸ بیمار در مجموع به دلیل عدم اجازه برای ورود به منزل در شرایط کرونا از مطالعه خارج شدند. برای تحلیل آماری داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون آنالیز واریانس، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، بیماران در دامنه سنی ۳۵ تا ۷۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی افراد گروه آزمون، ۶۴ سال با انحراف معیار ۷/۱۴ و میانگین سنی افراد گروه کنترل، ۶۲ سال با انحراف معیار ۱/۲ بود. بیشترین درصد افراد گروه آزمون (۶۵/۶۲ درصد) و گروه کنترل (۶۲/۵ درصد) زن بودند. همچنین، بیشترین درصد افراد گروه آزمون (۸۷/۵ درصد) و گروه کنترل (۸۴/۴ درصد) متاهل بودند. بیشترین درصد افراد گروه آزمون (۷۸/۱۲ درصد) و گروه کنترل (۶۸/۸ درصد) تحصیلات دیپلم و کمتر از دیپلم داشتند. علاوه بر این، بیشترین درصد افراد گروه آزمون (۶۸/۸ درصد) و گروه کنترل (۶۲/۵ درصد) بیماری دیگری علاوه بر بیماری قلبی داشتند (جدول شماره ۱).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس			جنس مراقب		
مرد	۲۹ (۸۰/۶)	۲۸ (۷۷/۸)	خانم	۳۳ (۹۱/۷)	۳۲ (۸۸/۹)
زن	۷ (۱۹/۴)	۸ (۲۲/۲)	آقا	۳ (۸/۳)	۴ (۱۱/۴)
وضعیت اشتغال مراقب			وضعیت تاهل مراقب		
شاغل	۱ (۲/۸)	۲ (۵/۶)	مجرد	۱ (۲/۸)	۴ (۱۱/۱)
بیکار	۳۲ (۸۸/۹)	۳۳ (۹۱/۶)	متاهل	۳۵ (۹۷/۲)	۳۲ (۸۸/۹)
بازنشسته	۳ (۸/۳)	۱ (۲/۸)	وضعیت تاهل		
نسبت مراقب با بیمار			متاهل	۳۴ (۹۴/۴)	۳۱ (۸۶/۱)
همسر	۲۹ (۸۰/۶)	۲۶ (۷۲/۲)	مجرد	۰ (۰/۰)	۱ (۲/۸)
فرزند	۷ (۱۹/۴)	۱۰ (۲۷/۸)	بیوه	۲ (۵/۶)	۴ (۱۱/۱)
وضعیت اشتغال			سطح تحصیلات بیمار		
شاغل	۱۴ (۳۸/۹)	۱۵ (۴۱/۷)	ابتدایی یا راهنمایی	۲۵ (۶۹/۴)	۲۴ (۶۶/۷)
بیکار	۹ (۲۵/۰)	۱۱ (۳۰/۶)	دیپلم	۷ (۱۹/۴)	۷ (۱۹/۴)
بازنشسته	۱۳ (۳۶/۱)	۱۰ (۲۷/۷)	دانشگاهی	۴ (۱۱/۲)	۵ (۱۳/۹)
سطح تحصیلات مراقب			بیماری دیگر		
ابتدایی یا راهنمایی	۲۴ (۶۶/۷)	۲۱ (۵۸/۳)	بله	۲۶ (۷۲/۲)	۲۳ (۶۳/۹)
دیپلم	۹ (۲۵/۰)	۹ (۲۵/۰)	خیر	۱۰ (۲۷/۸)	۱۳ (۳۶/۱)
دانشگاهی	۳ (۸/۳)	۶ (۱۶/۷)			

قبل از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت. بلافاصله بعد از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون، ۶/۳۱ با انحراف معیار ۲/۰۱ و این میانگین در گروه کنترل، ۵/۹۸ با انحراف معیار ۱/۲۱ بود که با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار داشتند (P≤۰/۰۰۰۱). یک‌ونیم ماه پس از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون، ۹/۱۴ با انحراف معیار ۱/۴۴ و این میانگین در گروه کنترل، ۶/۷۸ با انحراف معیار ۰/۹۰ بود که با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار داشتند (P≤۰/۰۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان می‌دهد که میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه کنترل بین سه زمان اختلاف معنادار آماری نداشت، اما در گروه آزمون، بین سه زمان تفاوت معنادار آماری وجود داشت (P≤۰/۰۰۰۱). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون، بلافاصله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود (P≤۰/۰۰۰۱)، اما بین میانگین نمره، بلافاصله بعد از مداخله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد.

جدول شماره ۲: مقایسه درون گروهی و میان‌گروهی میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
زمان	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون
قبل از مداخله	۶/۳۱ (۲/۰۱)	۵/۹۸ (۱/۲۱)	df=۳۵, t=۰/۰۹, P=۰/۷۶
بلافاصله پس از مداخله	۹/۳۲ (۱/۰۹)	۶/۷۶ (۰/۱۶)	df=۳۵, t=۴/۳۲, P=۰/۰۰۰
یک‌ونیم ماه پس از مداخله	۹/۱۴ (۱/۴۴)	۶/۱۹ (۰/۹۰)	df=۳۵, t=۶/۷۸, P=۰/۰۰۰
نتیجه آزمون	df=۷۲, F=۷۶/۱۱, P=۰/۰۰۰	df=۷۲, F=۰/۰۱, P=۰/۰۶۷	

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت، اما بلافاصله بعد از مداخله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله، میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۲۱) همسان است. سول و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که آموزش خودمراقبتی بر فعالیت جسمی و رژیم غذایی افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی تاثیر دارد، اما در مورد توقف مصرف سیگار و کاهش مصرف الکل به چنین نتیجه‌ای نرسیدند. نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهند که موفقیت بیماران در پایبندی به توصیه‌های پزشک معالج مسئولیتی دوجانبه میان پزشک و بیمار است. مشارکت پزشک و بیمار می‌تواند به عنوان یکی از عوامل اصلی، نقش مهمی در ایجاد انگیزه و تقویت اراده بیماران در رعایت رژیم غذایی داشته باشد (لوریئر و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کوسوبوکاو همکاران (۲۰۱۸) تفاوت داشت. در آن مطالعه عواملی مانند حمایت خانوادگی، وضعیت تاهل فرد و زندگی کردن فرد با خانواده یا به تنهایی در پایبندی بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد به رژیم توصیه‌شده تاثیر نداشت، که این تفاوت نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در روش اجرای این مطالعه با مطالعه ذکر شده باشد.

مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه کنترل بین سه زمان اختلاف معنادار نداشت، اما در گروه آزمون بین سه زمان تفاوت معنادار وجود داشت. آزمون تعقیبی نشان داد که میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی در گروه آزمون بلافاصله بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله، و میانگین نمره پایبندی به فعالیت جسمی ۱/۵ ماه بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از زمان بلافاصله بعد از مداخله بود. آموزش خانواده‌محور یکی از راهبردهای کلیدی برای تشویق بیماران به پایبندی به فعالیت جسمی است (دونبار و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج مطالعه‌ای که در ایران با هدف "بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری" انجام شد نشان داد بیشترین درصد افراد مورد پژوهش از نظر رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط (۶۰ درصد) قرار داشتند و درصد کمی از بیماران (حدود ۷/۲۷ درصد) از عملکرد مناسب برخوردار بودند (عزتی و همکاران، ۲۰۰۶). محققان پیشنهاد دادند با توجه به نیاز شدید این بیماران به امر آموزش رژیم غذایی، پرستاران باید نیازهای آموزشی تغذیه‌ای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری را بررسی و روش‌های خودمراقبتی مناسب را در جهت کنترل رژیم غذایی آموزش دهند.

آموزش‌های خانواده‌محور توانسته است به نحو معنی‌داری خودمراقبتی و کیفیت زندگی را افزایش دهد (سریسوک و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه‌ای نشان داد برنامه‌های آموزشی خانواده‌محور در جوامع در حال توسعه توانایی افزایش دانش، مهارت‌های خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران را افزایش و خودکنترلی درک‌شده را افزایش می‌دهند. پس با مشارکت خانواده می‌توان میزان پایبندی به رژیم درمانی و پیشبرد اهداف درمانی را افزایش داد (شارما و همکاران، ۲۰۱۶). آموزش‌ها و مشاوره‌هایی که به افراد مبتلا به بیماری قلبی به‌صورت سرپایی ارائه می‌گردد باید به همراه حمایت‌های اجتماعی باشد تا بتواند خودکارآمدی و خودمراقبتی را ارتقاء بخشد (شین و همکاران، ۲۰۱۳). اجرای برنامه خودمراقبتی موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران می‌شود. بنابراین، توصیه می‌شود پرستاران با استفاده از این برنامه‌ها باعث بهبود و پایبندی بیمار به انجام رفتارهای خودمراقبتی گردند (شهباز و همکاران، ۲۰۱۶). اجرای برنامه خودمراقبتی باعث افزایش دانش، نگرش و بهبود عملکرد می‌شود، توان خودمراقبتی را افزایش می‌دهد و منجر به بهبود کیفیت مراقبت و تسریع بهبود بیماران وکاهش عوارض بیماری می‌گردد.

نتیجه‌گیری

خودمراقبتی خانواده‌محور در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بر پایبندی آنها به فعالیت جسمی موثر است. بنابراین، استفاده از این شیوه آموزشی به عنوان یکی از روش‌های اثربخش و غیر دارویی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد برای ارتقای کیفیت زندگی توصیه می‌شود. محدودیت‌های این مطالعه شامل آموزش‌پذیر نبودن برخی از بیماران و عدم همکاری برخی خانواده‌ها با توجه به شرایط همه‌گیری کرونا بود که منجر به خروج ۸ بیمار از مطالعه گردید.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره طرح 1400-2-100-54597 و کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1400.150 است. نویسندگان این مقاله، مراتب تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان و خانواده آنها که در این پژوهش همکاری کردند اعلام می‌دارند.

منابع فارسی

حسین زاده ساربانقلی علی، شاملی علیرضا، اسمعیلیان سمیه، محمدنژاد اسمعیل.۱۳۹۷. آموزش همتا و پیامدهای نارسایی قلبی: مطالعه مروری در ایران. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۷ (۴) :۵۸-۶۳

طباطبایی امیر، محمدنژاد اسمعیل.۱۴۰۰. تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت افراد با بیماری قلبی پس از ترخیص از بیمارستان. ۱۰ (۱) :۱۲-۱۹.

حیدری بنی فرشید، احمدی زهره، طباطبایی امیر، محمدنژاد اسمعیل، حاجی اسماعیل پور عایشه.۱۳۹۶.. تاثیر آموزش همتا بر خودکارآمدی مبتلایان به نارسایی قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۶ (۱) :۴۰-۴۷

صف آراء مریم، خانبابایی مینو، خانبابایی مینا.۱۳۹۹. تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم. ۸ (۲) :۶۴-۷۱.

منابع انگلیسی

Abbaszadeh, A., Mohammadnejad, E., Souri, H., & Afhami, S. (2016). 201 .Prevention and control of nosocomial infections proceeding in intensive care units: A content analysis study. Acta Medica Mediterranea, 32,.1295

Abdollahi, A., Shakoori, A., Khoshnevis, H., Arabzadeh, M., Dehghan Manshadi, S. A.,et al . (2020). Comparison of patient-collected and lab technician-collected nasopharyngeal and oropharyngeal swabs for detection of COVID-19 by RT-PCR. Iranian journal of pathology, 15,.313

Abedini, F., Zareian, A., Alhani, F., Teimuri, F. 2016. The Implementation of Family-Centered Empowerment Model on the Empowerment Parameters of Patients With Prosthetic Heart Valves. MCS, 3, .183-174

Berben, L., Bogert, L., Leventhal, M.E., Fridlund B, Jaarsma, T., Norekvål, T.M. 2011. Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10,.21-14

Bijeh, N., Farahati, S. 2013. The effect of six months of aerobic training on renal function markers in untrained middle-aged women. International Journal of Sport Studies, 3,.224-218

Dunbar, S. B., Clark, P. C., Stamp, K. D., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Kaslow, N. (2016). Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. Heart Lung, 45,8-311 .

Heidari Beni, F., Ehsani, R., Tabatabaee, A., Mohammadnejad, E.(2017). The effect of peer education on quality of life in heart failure patients: A randomized clinical trial. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 4 (1) :3-7.

Huber, D., Henriksson, R., Jakobsson, S. & Mooe, T. 2017. Nurse-led telephone-based follow-up of secondary prevention after acute coronary syndrome: One-year results from the randomized controlled NAILED-ACS trial. PLoS One, 12, e0183963.

Izadabadi Z., Balvardi M., Imani-goghary Z. 2020. Effectiveness of mindfulness and metacognition education on social welfare and life expectancy of nurses. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 8,.24-14

Kosobucka, A.; Michalski, P.; Pietrzykowski, Ł.; Kasprzak, M.; Obońska, K.; Fabiszak, T, et al.(2018). Adherence to treatment assessed with the Adherence in Chronic Diseases Scale in patients after myocardial infarction. Patient preference and adherence, 12,333 .

Laurier, C., & Lafortune, D.2007. Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 48,211 .

Members:, A.T.F., Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z.et al. 2012. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European heart journal, 33,1701-1635 .

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

Montazami, M., Khalifehzadeh-Esfahani, A., Keshvari, M. 2021. Investigating the effect of family-centered self-care program based on home visits regarding dietary and medication regimen adherence of discharged patients with acute coronary syndrome. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 26,.113

Mohammad Nejad E, Jafari S,. Mahmoodi M, Begjani J, Ehsani S,. Rabirad N. 2011. Hepatitis B virus antibody levels in high-risk health care workers. Hepatitis monthly, 11,.662

Newman, A.B., Simonsick, E.M., Naydeck, B.L., Boudreau, R.M., Kritchevsky, S.B., Nevitt, M.C. 2006. Association of long-distance corridor walk performance with mortality, cardiovascular disease, mobility limitation, and disability. Jama, 295,2026-2018 .

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L. 2016. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Atherosclerosis, 252,.274-207

Podvorica, E., Bekteshi, T., Oruqi, M., Kalo, I. 2021. Education of the Patients Living with Heart Disease. Materia Socio-Medica, 33,10 .

Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M., Benjamin E.J., Berry J.D., Borden W.B. 2012. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation, 125, e2-e220.

Shahbaz, A., Nejad Rahim, R., Hemmati Maslak Pak, M., Khalkhali, H.R. 2016. The effect of implementing Orem's self-care program on self-care behaviors in patients with diabetic foot ulcer. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty, 14,117-108 .

Sharma K.K., Gupta R., Mathur M., Natani V., Lodha S., Roy S. 2016. Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. Indian Heart Journal, 68,.840-832

Shin, E. S., Hwang, S. Y., Jeong, M. H., & Lee, E. S. 2013. Relationships of factors affecting self-care compliance in acute coronary syndrome patients following percutaneous coronary intervention. Asian nursing research, 7,.211-205

Shirvani, H., Alhani, F., & Montazeri, A. 2017. The effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease, 10,.72-61

Sibbing, D.; Aradi, D.; Jacobshagen, C.; Gross, L.; Trenk, D.; Geisler, T, et al. 2017. Guided de-escalation of antiplatelet treatment in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention (TROPICAL-ACS): a randomised, open-label, multicentre trial. The Lancet, 390,.1757-1747

Sol, B. G., van der Graaf, Y., van Petersen, R., & Visseren, F. L. ۲۰۱۱ .The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10,18 0-186.

Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. F., & Thompson, D. R. 2017. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. J Adv Nurs, 73,.870-857

Tammeh, M. A., Akhondzadeh, K., Ehsani, S. R., Shamsi, M. A., & Mohammadnejad, E.. 2016. The concept of spiritual well-being from the viewpoint of nurses caring for heart disease patients. International Journal of Humanities and Cultural Studies, 3,.2116-2109

Tomašević, K.V., Janković, S. 2018. Development, reliability testing and validation of the questionnaire for assessing patient knowledge about the impact of food on the efficacy of oral anticoagulants. Acta facultatis medicae Naissensis, 35,.255-244

Vahedian-azimi, A.; Alhani, F.; Goharimogaddam, K.; Madani, S.; Naderi, A.; Hajiesmaeili, M. 2015. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. Journal of Nursing Education, 4,.22-8

Wal, P., Wal, A., Nair, V.R., Rai A.K., Pandey. U.2013. Management of coronary artery disease in a Tertiary Care Hospital. J Basic Clin Pharm. 4:31-5.

WHO. 17 May 2017. Cardiovascular diseases (CVDs) [Online]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds). [Accessed].

Zaersabet, F., Salari, A., Alizadeh. I., Moaddab, F., Rouhi Balasi, L., Ashouri, A,. 2020. Investigation of Relationship between Physical Activity Level and Related Cardiovascular and Risk Factors in Patients with Heart Stroke. Journal of Clinical Nursing and Midwifery, 9,.718-711

Zand, S., Asgari, P., Bahramnezhad, F., Rafiei, F. 2016. The effect of two educational methods (family-centered and patient-centered) multimedia software on dysrhythmia of patients after acute myocardial infarction. Journal of Health, 7,.17-7

Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., & Tomaselli, G. F. 2018. Braunwald's Heart Disease E-Book: A Textbook of Cardiovascular Medicine, Elsevier Health Sciences.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

Original Article

The effect of family-centered self-care program based on home visits on adherence to physical activity of patients with acute coronary syndrome

Amir Tabatabaee[1], PhD
Esmaeil Mohammadnejad[2 & 3], PhD
Ali Karimi[4], PhD
*** Zahra Salehi[5], MSc**
Fatemeh Sadat Izadi-Avanji[4], PhD

Abstract

Aim. This study was conducted with the aim of investigating the effect of family-centered self-care program based on home visits on adherence to physical activity of patients with acute coronary syndrome

Background. Coronary artery disease is one of the most common cardiovascular diseases. The importance of physical activity as an important factor in controlling and preventing the recurrence of the disease in these patients. Adherence to physical activity in patients with acute coronary syndrome (ACS) has a significant effect on preventing re-hospitalization and reducing complications.

Method. In this semi-experimental study conducted in 2021-2002, 72 people with ACS were randomly divided into experimental and control groups (32 people in each group). For the control group, routine interventions, and for the experimental group, family-centered self-care was delivered. Data collection tools were demographic questionnaire and Beck's physical activity level questionnaire.

Findings. Before intervention, there was no statistically significant difference between groups in the mean score of adherence to physical activity. Immediately after the intervention, the mean score in the experimental and control group was 6.31±2.01 and 5.98±1.21, respectively, indicating a statistical significant difference between groups. One and half month after the intervention, the mean score in the experimental and control group was 9.14±1.44 and 78±0.9, respectively, showing a statistical significant difference between groups.

Conclusion. Family-centered self-care in patients with acute coronary syndrome is effective on adherence to physical activity of these patients. Therefore, it is recommended to use this educational method as one of the effective and non-pharmacological methods for people with ACS in medical centers and at home to improve the quality of life among these patients.

Keywords: Physical activity, Family-centered self-care, Acute coronary syndrome

1 Assistant Professor, Nursing Department, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran
2 Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran/ 3 Research Center for Antibiotic Stewardship and Antimicrobial Resistance, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Assistant Professor of Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5 MSc in Nursing, Sina Hospital, Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (*Corresponding Author) email: salehi.z2018@gmail.com
6 Associate Professor of Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan,Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]