مقاله مروری

تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت افراد با بیماری قلبی پس از ترخیص از بیمارستان

امیر طباطبایی[1]، دکترای پرستاری
*** اسمعیل محمدنژاد[2]، دکترای پرستاری**

خلاصه

هدف. هدف این مقاله، مرور مطالعاتی است که به بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت بیماران قلبی بعد از ترخیص از بیمارستان پرداخته‌اند.

زمینه. پایبندی به رژیم دارویی، غذایی و فعالیت جسمی در افراد با بیماری قلبی در پیشگیری از بستری مجدد، استقلال در انجام کارهای معمول روزانه، و کاهش عوارض بیماری تاثیر قابل توجهی دارد.

روش کار. جستجوی مقالات در پایگاه‌های داده‌ای شامل Science Direct، PubMed، Cochrane، Medline، SID، Scopus، CINAHL، OVID، Iran Doc و Magiran با جستجوی کلیدواژه‌های بیماری قلبی، پایبندی به درمان، برنامه خودمراقبتی خانواده محور، و معادل‌های انگلیسی آنها انجام شد. مقالات تحقیقی به زبان فارسی و انگلیسی که بر موضوع برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت بیماران قلبی پس از ترخیص تمرکز داشتند، برای بررسی انتخاب شدند. در مجموع، ۹۸ مقاله در جستجوی ابتدایی یافت شد که با بررسی عنوان و چکیده و در برخی موارد، پس از مطالعه متن کامل مقالات، ۶ مورد آن که مطابق با هدف پژوهشی این مطالعه بود، انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها. برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور پس از ترخیص می‌تواند به عنوان یک روش اصولی و کارآ منجر به افزایش پایبندی به رژیم دارویی، غذایی و فعالیت جسمی در افراد با بیماری قلبی گردد.

نتیجه‌گیری. یکی از موارد مهم در اثربخش بودن خودمراقبتی، مشارکت فعال خانواده و خودمراقبتی خانواده‌محور است که می‌تواند در سه محور، پس از ترخیص بیماران قلبی موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی خانواده‌محور، فعالیت جسمی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، بیماری قلبی، پایبندی

۱ استادیار، گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران
۲ استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: asreno1358@yahoo.com

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

مقدمه

امروزه یکی از مهمترین مشکلاتی که جوامع و کادر سلامتی در سراسر دنیا با آن مواجه هستند، شیوع روز افزون بیماری‌های مزمنی است که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به‌طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آنها تاثیر دارند. شیوع بیماری‌های مزمن منجر به صرف هزینه‌های درمانی زیادی شده است و عوارض قابل توجهی بر سلامت انسان‌ها دارد (ابوطالبی و همکاران، ۱۳۹۰؛ لنکرانی و همکاران، ۱۳۹۰).

بیماری‌های قلبی‌عروقی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن هستند و همه جوامع بشری با آن درگیر هستند. حتی با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی دهه‌های اخیر، هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می‌شوند فوت می‌کنند (تامه و همکاران، ۲۰۱۶) و دو سوم آنها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل پیدا نمی‌کنند و به زندگی عادی برنمی‌گردند (حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). از این‌رو، بیماری‌های قلبی‌عروقی یکی از مهمترین عوامل از کار افتادگی، ناتوانی و کاهش زندگی مولد در بیشتر کشورهای جهان محسوب می‌گردند (نیومن و همکاران، ۲۰۰۶؛ پیپولی و همکاران، ۲۰۱۶).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، مرگ حدود ۱۷ میلیون نفر سالیانه (حدود ۳۱ درصد کل مرگ‌ها) بر اثر بیماری‌های قلبی‌عروقی بوده است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۷؛ هابر و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس پیش‌بینی‌های این سازمان، این روند تا جایی ادامه خواهد یافت که تا سال ۲۰۳۰، کل 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، بیماری قلبی‌عروقی دومین علت مرگ بیماران و عامل ۳۸ درصد از کل موارد مرگ در کشور است (راجر و همکاران، ۲۰۱۲). بیماری‌های قلبی‌عروقی علت حدود یک سوم از کل موارد مرگ در جهان و ۱۰ درصد از کل سال‌های از دست‌رفته عمر به دلیل مرگ و ناتوانی محسوب می‌شوند (سان و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به شیوع گسترده بیماری‌های قلبی‌عروقی، اصلاح شیوه زندگی، رژیم غذایی، و هچنین، پایبندی به رژیم دارویی در درازمدت ضروری است. با این حال، نتایج مطالعات نشان می‌دهند که تداوم مصرف داروهای قلبی به ویژه ضدانعقادها، بتابلوکرها، داروهای مهارکننده آنژیوتانسین و استاتین‌ها پس از ترخیص از بیمارستان در سطح جهانی کاهش یافته است (توماسوویچ و یانکوویچ، ۲۰۱۸). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، تنها ۵۰ درصد افراد مبتلا به بیماری مزمن به رژیم درمانی خود پایبند هستند (کوسوبوکا و همکاران، ۲۰۱۸). عدم پایبندی بیماران قلبی به رژیم‌های درمانی و عدم تبعیت از توصیه‌های پزشکی در این زمینه، یکی از موانع اساسی تحقق اهداف درمانی محسوب می‌شود که موجب ناموفق بودن اقدامات پیشگیرانه و درمانی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی شده است و از سوی دیگر، موجب افزایش هزینه‌های درمان می‌گردد (سول و همکاران، ۲۰۰۵). عدم پایبندی به رژیم دارویی و عدم پایبندی به رژیم غذایی قلبی به خصوص رژیم کم‌سدیم بـه عنـوان یک رژیم درمانی غیر دارویی ضروری در بیماران قلبی، همچنان در شمار زیادی از این بیماران دیده می‌شود (احراری و همکاران، ۲۰۱۲). بسیاری از خانواده‌ها درباره رژیم غذایی مناسب برای بیماران قلبی‌عروقی اطلاعات کمی دارند که این امر موجب برگشت مجدد بیماری و شکست درمان و نیز بستری مجدد پس از ترخیص می‌شود. شواهد نشان می‌دهند که با آموزش روش‌های درست تغذیه به خانواده، می‌توان با مناسب کردن رژیم غذایی این بیماران، از این پیامدهای نامطلوب جلوگیری کرد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۵).

مراقبت خانواده‌محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است که هدف آن، حفظ یکپارچگی خانواده و ارائه مراقبت با کیفیت بالا به بیمار است. همچنین، مراقبت خانواده‌محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان کانونی اصلی در همه مراقبت‌های سلامتی به رسمیت می‌شناسد (بربن و همکاران، ۲۰۱۱). بر همین اساس، امروزه شاهد ارائه الگوهای خانواده‌محوری هستیم که با هدف شرکت دادن خانواده بیماران در امر مراقبت و درمان بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمنی همچون بیماری‌های قلبی‌عروقی تبیین و معرفی شده‌اند (هاشمی و همکاران، ۲۰۱۵؛ ثنایی و همکاران، ۲۰۱۴). این الگوها که موجب افزایش دانش، ارتقای خودکارآمدی، و افزایش عزت نفس بیمار و خانواده وی می‌شوند، به‌عنوان یک راهکار عملی مناسب برای ارتقای سلامت مورد توجه قرار گرفته اند (بیرد، ۲۰۱۵). تاکید اساسی مراقبت خانواده‌محور بر نگریستن به خانواده به عنوان هسته اصلی مراقبت‌های سلامتی است (شارما و همکاران، ۲۰۱۶).

در سال‌های اخیر، آموزش‌های خانواده‌محور به‌عنوان یکی از روش‌های موثر بر افزایش پایبندی بیماران به رژیم‌های درمانی معرفی شده است. شرکت دادن خانواده‌ها در امر مراقبت و درمان بیماران موجب ترغیب بیش از پیش بیماران به خودمراقبتی و پایبندی آنها

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

به رژیم غذایی و دارویی خود می‌گردد (بیرد، ۲۰۱۵). مراقبت خانواده‌محور، مستلزم نگریستن به خانواده به عنوان هسته اصلی مراقبت است و با وجود مزایای فراوان، به این نوع مراقبت‌ها، در عمل کمتر توجه شده است (شارما و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر (ثنایی و همکاران، ۲۰۱۴)، انفارکتوس قلبی (واحدیان عظیمی و همکاران، ۲۰۱۵)، پرفشاری خون، نوری و همکاران، ۲۰۱۵)، سرطان خون کودکان (وروانی فراهانی و همکاران، ۲۰۱۸)، و چندین مطالعه دیگر (شیروانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ هاشمی و همکاران، ۲۰۱۵) به کار گرفته شده است. هدف از الگوی خانواده‌محور، مشارکت پرستار و خانواده با تاکید بر کاهش عوامل خطرزا و ارتقای سلامت است و در اجرای آن، به‌جای توجه بر مشکلات و کمبودها، بر مسئولیت‌پذیری، همکاری و ظرفیت‌ها تمرکز می‌شود. این الگو با مراحل اصلی افزایش دانش، ارتقای خودکارآمدی، افزایش عزت نفس، و ارزشیابی بیمار و خانواده، می‌تواند به‌عنوان یک راهکار عملی مناسب برای ارتقای سلامت باشد (واحدیان عظیمی و همکاران، ۲۰۱۵). الگوی خودمراقبتی خانواده‌محور شامل گام‌هایی به‌هم‌پیوسته است که در جهت ارتقای سطح سلامت افراد در بستر خانواده برداشته می‌شوند (هاشمی و همکاران، ۲۰۱۵). این الگو شامل حساسیت و شدت درک‌شده توسط بیمار و مراقب او در مورد بیماری، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی فرآیند است (شیروانی و همکاران، ۲۰۱۷). این مقاله، گزارش مرور متون موجود درباره تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت افراد با بیماری قلبی پس از ترخیص از بیمارستان است.

مواد و روش‌ها

جستجوی مقالات از طریق پایگاه‌های داده‌ای شامل Science Direct، PubMed، Cochrane، Medline، SID، Scopus، CINAHL، OVID، Iran Doc و Magiran با جستجوی کلیدواژه‌های بیماری قلبی، پایبندی به درمان، برنامه خودمراقبتی خانواده محور، و معادل‌های انگلیسی آنها انجام شد. مقالات تحقیقی به زبان فارسی و انگلیسی که در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ میلادی، منتشر شده بودند و بر موضوع برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت بیماران قلبی پس از ترخیص تمرکز داشتند، برای بررسی انتخاب شدند. در مجموع، ۹۸ مقاله در جستجوی ابتدایی یافت شد که با بررسی عنوان و چکیده و در برخی موارد، پس از مطالعه متن کامل مقالات، شش مقاله که مطابق با هدف پژوهشی این مطالعه بود، انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. تنها مطالعات شبه-تجربی، کارآزمایی بالینی، هم‌گروهی، مقایسه‌ای، و مطالعاتی که دارای گروه کنترل بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پژوهش‌هایی که به شکل مقطعی انجام شده بودند، از مطالعه حذف شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۹۸ مقاله یافت‌شده، شش مقاله بر اساس معیارهای ورود و خروج و هدف مطالعه انتخاب شدند. خلاصه مربوط به این مطالعات در جدول شماره ۱ آورده شده است. این مطالعه مروری که با هدف بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت بیماران قلبی انجام شد مشخص شد که برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور پس از ترخیص می‌تواند به عنوان یک روش اصولی و کارآ منجر به افزایش پایبندی به رژیم دارویی، غذایی و فعالیت جسمی در بیماران قلبی گردد. الگوی خودمراقبتی خانواده‌محور، به‌صورت گام‌هایی متوالی و به‌هم‌مرتبط است که در مجموع، فرآیندی را تشکیل می‌دهند که موجب ارتقای سطح سلامت افراد در بستر خانواده می‌شود.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت افراد با بیماری قلبی‌عروقی پس از ترخیص از بیمارستان انجام شد. در برخی از مطالعات، میزان پایبندی و مصرف صحیح و به موقع داروهای قلبی‌عروقی، کم گزارش شده است (آگاروال و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج برخی از مطالعات نشان داد که موفقیت بیماران در میزان 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 (لوریر و لافورتون، ۲۰۰۷). پرستاران باید در جستجوی تدابیر و مداخلاتی از جمله مشاوره و آموزش باشند تا مبتلایان به نارسایی قلب نه تنها رژیم غذایی خود را به‌عنوان یک تهدید احساس نکنند،

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

بلکه آگاهانه و قدرتمندانه با رژیم غذایی خود به عنوان یک چالش مواجه شوند و در نتیجه، تبعیت از رژیم غذایی در آنها افزایش یابد (احراری و همکاران، ۲۰۱۲). متاسفانه با وجود آموزش‌ها طی سال‌های اخیر، عدم پایبندی به رژیم دارویی، همچنان به عنوان یک مشکل جدی و رایج مطرح است که موجب افزایش آمار پذیرش در بیمارستان‌ها می‌گردد (مونگخون و همکاران، ۲۰۱۸).

جدول شماره ۱: مطالعات درباره تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر فعالیت افراد با بیماری قلبی پس از ترخیص از بیمارستان

نویسنده (سال)	عنوان	نشریه	نوع مطالعه/ تعداد نمونه	نتیجه
عظیمی و همکاران (۱۳۹۴)	تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی	آموزش پرستاری	کارآزمایی بالینی/ ۷۲ بیمار	اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از نظر عملی امکان‌پذیر است و موجب اصلاح، بهبود و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود.
ثنایی و همکاران (۱۳۹۳)	تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر	مراقبت‌های نوین	کارآزمایی/ ۱۰۲ بیمار و ۱۰۲ عضو خانواده	الگوی توانمندسازی خانواده‌محور برای بیماران تحت جراحی امکان‌پذیر است و با افزایش همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی بیمار همراه است.
بالجانی و همکاران (۱۳۹۱)	تاثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی‌عروقی	مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا	نیمه‌تجربی/ ۸۶ بیمار قلبی‌عروقی	مداخلات خودمدیریتی در تبعیت از رژیم دارویی و تغییرات سبک زندگی در ابعاد انتخاب رژیم غذایی کم‌چرب می‌تواند کمک‌کننده باشد.
مجلی و همکاران (۱۳۹۶)	اثربخشی آموزش برنامه بازتوانی قلبی مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر بر توانمندی و شاخص‌های قلبی‌عروقی مبتلایان به بیماری ایسکمیک قلب	افق دانش	کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی/ ۷۰ بیمار مبتلا به اختلال ایسکمیک قلب	آموزش برنامه بازتوانی قلبی مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر بر بهبود توانمندی و شاخص‌های قلبی‌عروقی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب موثر است.
عابدینی و همکاران (۱۳۹۴)	تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران با دریچه مصنوعی قلبی	علوم مراقبتی نظامی	کارآزمایی بالینی/ ۴۰ بیمار با تعبیه دریچه قلبی برای بار اول	اجرای الگو و مجموعه تدابیر پرستاری که در الگوی توانمندسازی خانواده‌محور به کار می‌رود موجب بهبود شاخص‌های توانمندی در بیماران با دریچه مصنوعی می‌شود.
منتظمی و همکاران (۲۰۲۱)	بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور بر پایبندی به رژیم دارویی و غذایی بیماران سندرم حاد کرونری ترخیص‌شده از بیمارستان	Iran J Nurs Mid-wifery Res	کارآزمایی بالینی/ ۸۰ بیمار دچار سندرم کرونری حاد	برنامه‌ی خودمراقبتی خانواده‌محور بر مبنای بازدید از منزل، به‌عنوان یک روش کارآمد، منجر به افزایش پایبندی به رژیم دارویی و غذایی در این بیماران می‌گردد.

با وجود اینکه با کنترل و پیشگیری بیماری قلبی‌عروقی، تشخیص و درمان افراد در معرض خطر، تقویت سیستم‌های بهداشتی اولیه، و همچنین، پایبندی به داروهای تجویزشده، می‌توان آمار مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی را تا حد زیادی کاهش داد، اما طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی، بسیاری از این بیماران دارای رفتارهای ناسالمی همچون مصرف تنباکو، خوردن غذاهای شور، و کمبود فعالیت جسمی هستند و تعداد زیادی از آنها مراقبت‌های لازم برای کنترل فشار خون بالا، کلسترول بالا و سایر بیماری‌های قلبی‌عروقی را دریافت نمی کنند (راموندال و همکاران، ۲۰۱۶؛ برونر و همکاران، ۲۰۱۷).

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

مطالعات سال‌های اخیر در حوزه سلامت نشان می‌دهند که تنها درصد کمی از بیماران نقش خودمراقبتی را به خوبی ایفا می‌کنند، و بر این نکته تاکید دارند که در زمینه خودمراقبتی نیاز شدید به آموزش‌های ارتقاءدهنده سلامتی وجود دارد. یکی از علل این مشکلات ناشی از کمبود حمایت‌های اجتماعی از سوی خانواده است. امروزه در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی، علاوه بر بیمار، مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار نیز مورد توجه قرار گرفته است، و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می‌شود؛ از این‌رو، مشارکت اعضای خانواده برای حل یک مشکل می‌تواند گام موثری باشد تا از طریق آن بتوان به اعضای خانواده کمک کرد تا علاوه بر افزایش دانش مراقبتی و درک بهتر شرایط بیماری، و کاهش فشارهای جسمی و روانی خود، برای بهبود وضعیت بیمار، نقش مناسبی ایفا کنند (براون و همکاران، ۲۰۱۷؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۲). مراقبت خانواده‌محور در منزل یک موضوع سلامت عمومی در حال رشد است که فعالیت‌هایی مانند مدیریت منابع مالی، خرید مواد غذایی، و کمک در کارهای خانه تا کمک در زمینه مراقبت فردی، مدیریت دارویی، مدیریت رژیم غذایی و مایعات، و فعالیت‌های روزمره زندگی را شامل می‌شود. با توجه به اینکه در مراقبت خانواده‌محور، اعضای خانواده بیمار مسئولیت درمان و مراقبت از بیمار را در منزل بر عهده دارند، ضروری است که آنها نیز در کنار بیمار، درک کاملی از عملکرد بیمار و پیشگیری از عوارض بیماری داشته باشند (براون و همکاران، ۲۰۱۷). در بسیاری از کشورها، خانواده‌ها حامیان اصلی روانی جسمی و اطلاعاتی برای کمک به بهبود بیماری و انجام فعالیت‌های روزانه هستند (کیم و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، حضور فعال خانواده به‌عنوان یک پایگاه اجتماعی مناسب جهت بهبود پایبندی به رژیم غذایی ذکر شده است (آگاروال و همکاران، ۲۰۱۰).

عدم پایبندی به رژیم درمانی و عدم انجام رفتارهای خودمراقبتی یک فرآیند چند عاملی و شامل طیف گسترده‌ای از عوامل است که از عوامل اجتماعی، اقتصادی، بالینی تا تعاملات بین بیمار و مراقبین وی را شامل می‌شود (ماتیوس، ۲۰۱۷؛ ورونس و همکاران، ۲۰۱۷). در بین این عوامل، سنگ بنای اولیه و اصل مهم خودمراقبتی را مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار تشکیل می‌دهد. فرد دچار بیماری قلبی‌عروقی با پذیرش و قبول مسئولیت انجام صحیح رفتارهای خودمراقبتی، موجب کنترل بسیاری از عوارض بیماری قلبی‌عروقی می‌شود (کامرون و همکاران، ۲۰۱۰).

آموزش و مشاوره ارائه‌شده به افراد با بیماری قلبی‌عروقی سرپایی باید همراه با 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 که پرستاران با استفاده از این برنامه‌ها باعث بهبود و پایبندی بیمار در انجام رفتارهای خودمراقبتی گردند (شهباز و همکاران، ۲۰۱۶). امروزه یکی از سیاست‌های کلیدی سیستم‌های مراقبتی درمانی، تمرکز بر بیماری‌های مزمن است، بنابراین، مشارکت بیماران در مراقبت‌های سلامتی و خودمدیریتی، به‌عنوان یکی از اولویت‌های این سیستم‌ها مطرح است. مشارکت در مراقبت-های سلامتی به صورت ارتباط متقابل بیمار و سیستم مراقبتی یا کارکنان سلامتی انجام می‌گردد، به گونه‌ای که بیمار در ارائه اطلاعات برای کمک به تشخیص و حل مسئله، مشارکت در تعیین اولویت‌ها یا مدیریت درمان، سؤال پرسیدن، مشارکت در تعیین اولویت نیازها یا ترجیحات، نقشی کلیدی ایفا می‌کند. با توجه به یافته‌های مطالعاتی که برخی از آنها در بالا مورد توجه قرار گرفت، در دهه‌های اخیر، رویکرد اصلی سیستم‌های بهداشت و درمان در زمینه افزایش آگاهی و ارائه آموزش‌های لازم به بیمار تغییرات عمده‌ای کرده است. توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده می‌تواند بر حیطه‌های مختلف زندگی افراد با بیماری مزمن تأثیر بگذارد.

نتیجه‌گیری

خودمراقبتی خانواده‌محور در افراد با بیماری قلبی‌عروقی می‌تواند پایبندی به رژیم دارویی، رژیم غذایی و فعالیت جسمی در این بیماران را افزایش دهد. پرستاران می‌توانند با استفاده از برنامه خودمراقبتی خانواده‌محور به اجرای کامل و گسترده پایبندی به رژیم دارویی و غذایی، و در نتیجه، دستیابی به اهداف درمانی، کاهش عوامل خطر قلبی‌عروقی، ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از حوادث مرتبط با آن کمک کنند. خانواده بیماران باید توجه داشته باشند که با مشارکت در مراقبت و درمان باعث پایبندی بیشتر بیماران به رژیم دارویی و غذایی و فعالیت جسمی می‌شوند و می‌توانند نقش مهمی در کنترل و پیشگیری علائم و درمان بیماران قلبی‌عروقی و ایجاد تاثیرات مثبتی در کیفیت زندگی ایشان داشته باشند.

منابع فارسی

ابوطالبی، ق. وثوقی، ن. محمدنژاد، ا. نمادی، م. اکبری کاجی، م. (۱۳۹۰) بررسی توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. پرستاری

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

مراقبت ویژه. ۴ (۴) :۲۰۳-۲۰۸.

احراری، ش. حیدری، ع. واقعی، س.(۱۳۹۰) نقش مد خودپنداره الگوی سازگاری روی در تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به نارسایی قلب .افق دانش. ۱۷(۴): ۱۲-۱۸.

اسفندیار،ب. رحیمی،ژ. حیدری،ش. عظیم پور،ا(۱۳۹۱) . تاثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۲۰ (۳) :۵۸-۶۸.

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

حیدری بنی،ف. احمدی،ز. طباطبایی،ا. محمدنژاد،ا. حاجی اسماعیل پور،ع (۱۳۹۶) تاثیر آموزش همتا بر خودکارآمدی مبتلایان به نارسایی قلبی . نشریه پرستاری قلب و عروق. ۶ (۱) :۴۰-۴۷.

عابدینی،ف. زارعیان،آ. الحانی،ف. تیموری، ف(۱۳۹۵). اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران با دریچه مصنوعی قلب در بیمارستان‌های نیروهای مسلح .علوم مراقبتی نظامی. ۳(۳): ۱۷۴-۱۸۳.

شهباز،ا. همتی مسلک پاک ،م. ، نژادرحیم ،ر. خلخالی، ح.(۱۳۹۵) تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی .مجله پرستاری و مامایی.۱۴(۲): ۱۰۸-۱۱۷.

شیروانی ،ه. الحانی،ف. منتظری،ع.(۱۳۹۶) علی. تاثیر اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور برمقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی .فصلنامه بیماری های پستان ایران.۱۰(۱): ۶۱-۷۲.

لنکرانی،ن. ب. آذین، س. صدیقی، ژ. جهانگیری،ک(۱۳۹۱). بیماری های مزمن در یک بررسی مبتنی بر جمعیت : مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران. فصلنامه پایش. ۳، ۳۹۱-۳۹۵.

مجلی،م. خسروجردی،م. محمد پور،ع.(۱۳۹۶) علی. اثربخشی آموزش برنامه بازتوانی قلبی مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر بر توانمندی و شاخص‌های قلبی- عروقی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب .افق دانش ۲۴(۱): ۷۳-۷۸.

نوری،ر. عالمی،ع. دلشاد نوقابی،ع. (۱۳۹۴) علی. تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده- محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا . مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران . ۲۵ (۱۲۷) :۱۰۰-۱۰۷.

واحدیان عظیمی،ا. الحانی،ف. گوهری مقدم،ک. مدنی،س.ج. نادری،ع. حاجی اسماعیلی،م(۱۳۹۴). تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی .آموزش پرستاری.۴(۱): ۸-۲۲.

منابع انگلیسی

Aggarwal, B., Liao, M., Allegrante, J. P., & Mosca, L. (2010). Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). Journal of nutrition education and behavior, 42, 380-388.

Baird, M. S. (2015). Manual of Critical Care Nursing: Nursing Interventions and Collaborative Management, Mosby.

Berben, L., Bogert, L., Leventhal, M.E., Fridlund, B., Jaarsma, T., Norekvål, T.M., et al.(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, 14-21.

Brown, H. D., Edwards, H., Seaton, L., Buckley, T. (2017). Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, Elsevier Health Sciences.

Brunner, E. J. 2017. Social factors and cardiovascular morbidity. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 74, 260-268.

Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., Riegel, B., Lo, S. K., & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? European Journal of Cardiovascular Nursing, 9, 92-100.

Chung, M. L., Lennie, T. A., Mudd-Martin, G. & Moser, D. K. (2015). Adherence to the low sodium diet in patients with heart failure is best when family members also follow the diet: A multicenter observational study. The Journal of cardiovascular nursing, 30, 44.

Hashemi, S., Tayebi, A. Rahimi, A and. Einollahi, B .(2015). Examining the effect of continuous care model on adherence to dietary regimen among patients receiving hemodialysis. Iran J Crit Care Nurs, 7, 215-20.

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.

Kim, S. S., Kim, E. J., Cheon, J. Y., Chung, S. K., Moon, S., & Moon, K. H. (2012). The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. Int Nurs Rev, 59, 369-75.

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

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.

Mathews, R(2017). Medication adherence: a moving target? Heart, 103**,** 1059-1060.

Mongkhon, P, Ashcroft, DM, Scholfield, CN, Kongkaew, C. 2018. Hospital admissions associated with medication non-adherence: a systematic review of prospective observational studies. BMJ Qual Saf**,** bmjqs -2017-007453.

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

Piepoli, M.F.; Hoes, A.W.; Agewall, S.; Albus, C.; Brotons, C.; Catapano, A.L.; et al. (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**,** 207-274.

Råmunddal, T., Hoebers, L.P., Henriques, J.P., Dworeck, C., Angerås, O,. Odenstedt J, et al. (2016). Prognostic Impact of Chronic Total Occlusions: A Report From SCAAR (Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry). JACC Cardiovasc Interv, 9**,** 1535-44.

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

Sanaie, N., Nejati, S., Zolfaghari, M., Alhani, F., KazemNejad, A. (2014).The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. Modern Care Journal, 11**,** 19-27.

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**,** 832-840.

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**,** 205-211.

Sol, B.G., van der Bijl, J.J., Banga, J.D., Visseren, F.L.(2005). Vascular risk management through nurse-led self-management programs. Journal of vascular nursing, 23**,** 20-24.

Sun, L. -Y.; Lee, E. -W.; Zahra, A.; Park, J. -H. (2015). Risk factors of cardiovascular disease and their related socio-economical, environmental and health behavioral factors: focused on low-middle income countries-a narrative review article. Iranian journal of public health, 44**,** 435.

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, 2019–2116.

Tammeh, M. A., Ehsani, S. R., Amir 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.

Tomašević, K.V., Janković, S.) .)۲۰۱۸Development, 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**,** 244-255.

Varvani Farahani, P., Hekmat Pou , D., Alhani, F., Ashori, M. & Azadnia, M.(2018).Investigating the Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Lifestyle of Children Suffering From Leukemia. Journal of Holistic Nursing And Midwifery, 28**,** 198-204.

Veronese, N., Cereda, E., Stubbs, B., Solmi, M., Luchini, C., Manzato, E., et al.(2017). Risk of cardiovascular disease morbidity and mortality in frail and pre-frail older adults: Results from a meta-analysis and exploratory meta-regression analysis. Ageing research reviews, 35**,** 63-73.

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

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

Review Article

The effect of family-centered self-care program on the activity of people with cardiovascular disease after hospital discharge

Amir Tabatabaee[1],PhD
*** Esmaeil Mohammadnejad[2], PhD**

Abstract
Aim. The purpose of this study is to review studies that have investigated the effect of family-centered self-care program on the activity of people with cardiovascular disease after hospital discharge.
Background. Adherence to medication, diet and physical activity in people with cardiovascular disease is very crucial to prevent readmission, independence in daily activities, and complications.
Method. In this review study, a comprehensive search of scientific databases and search engines such as Science Direct, Scopus, PubMed, Google Scholar, and Medline using the keywords cardiovascular disease, adherence to treatment regimen, and family-centered self-care program in both Persian and English languages was done to find articles published between 2000 and 2020.
Findings. Family-centered post-discharge self-care program can be a principled and effective method to increase adherence to medication, diet and physical activity in heart people with cardiovascular disease.
Conclusion. One of the most important factors in effectiveness of self-care is active family participation and family-centered self-care, which can be effective in three areas after the discharge of people with cardiovascular disease.

Keywords: Family-centered self-care program, Physical Activity, Diet, Medication Diet, cardiovascular disease, Adherence

1 Assistant Professor, Department of Nursing, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran
2 Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding Author) email: asreno1358@yahoo.com

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