Military Caring Sciences

Original Article

10.22034/11.3.198

OPEN ACCESS

# Evaluating the Effect of Family-Centered Self-Care Program on Dietary Regimen Adherence among Discharged Patients with Acute Coronary Syndrome: A Quasi-experimental Study

Shameli. A[1]
Mohammadnejad. E[2]
Salehi. Z[3]
Raznahan. R[4]*

1- Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

2- Medical-Surgical Nursing Department, Research Center for Antibiotic Stewardship and Antimicrobial Resistance, Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Nursing School and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- (*Corresponding Author) Community Health Nursing Department, Health Sciences Research Center, Nursing and Midwifery School, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran, Email: asreno1358@yahoo.com

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute Coronary Syndrome (ACS) is among the most common cardiovascular disorders, where proper dietary habits play a pivotal role in its prevention and management. Dietary adherence in ACS patients is critical in mitigating disease complications and reducing the likelihood of re-hospitalization.

**Objective:** This study aimed to assess the impact of a family-focused self-care program involving home visits on the dietary adherence of ACS patients discharged in 1400.

**Materials and Methods:** In this semi-experimental study conducted between 2021 and 2022, a total of 72 individuals diagnosed with ACS were randomly assigned to either the intervention group or the control group, with 36 participants in each. While the control group received routine care, the intervention group participated in a family-centered self-care program. Data were gathered using a demographic profile questionnaire and a diet adherence assessment tool. Statistical analysis was performed using SPSS software, employing both descriptive and inferential methods, with the significance threshold set at $P<0.05$.

**Results:** This quasi-experimental study, conducted between 2021 and 2022, involved 72 participants diagnosed with ACS, who were randomly allocated into two groups: an experimental group and a control group, with 36 individuals in each. The control group received standard care, whereas the experimental group participated in a family-centered self-care program. Data collection was carried out using a demographic information questionnaire and a dietary adherence assessment tool. Statistical analysis, encompassing both descriptive and inferential methods, was performed using SPSS software, with the threshold for statistical significance established at $P<0.05$.

**Conclusion:** A family-centered self-care approach has proven effective in improving dietary adherence among patients with acute coronary syndrome. Consequently, integrating this educational strategy into care plans, both within medical facilities and home settings, is recommended as a valuable non-pharmacological intervention to enhance the quality of life for individuals with ACS.

**Keywords:** Acute Coronary Syndrome, Diet, Family-Centered, Self-Care Program

**Cite this article**: Shameli A, Mohammadnejad E, Salehi Z, Raznahan R. Evaluating the Effect of Family-Centered Self-Care Program on Dietary Regimen Adherence among Discharged Patients with Acute Coronary Syndrome: A Quasi-experimental Study. Military Caring Sciences. 2024; 11 (3): 198-207.

Received: 2023/09/01 Received in revised form: 2024/01/07 Accepted:2024/01/09 Published: 2024/10/1

©The Author(s)

**Publisher:** Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

# بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی خانواده محور بر رعایت رژیم غذایی در بیماران ترخیص شده مبتلا به سندرم حاد کرونری: یک مطالعه نیمه تجربی

**علیرضا شاملی**[۱]
**اسمعیل محمدنژاد**[۲]
**زهرا صالحی**[۳]
***رسول رازنهان**[۴]

۱- دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲- گروه پرستاری داخلی-جراحی، مرکز تحقیقات مقاومت میکروبی و مدیریت مصرف آنتی بیوتیک ها، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران، آدرس الکترونیک: asreno1358@yahoo.com

**چکیده**

**مقدمه:** بیماری عروق کرونر یکی از شایع‌ترین بیماری قلبی-عروقی است. رژیم غذایی مناسب نقش مهمی در پیشگیری از بیماری و کنترل آن دارد. پایبندی به رژیم غذایی در بیماران سندرم حاد کرونر (ACS)، در پیشگیری از بستری مجدد و کاهش عوارض بیماری تأثیر بسزایی دارد.

**هدف:** این پژوهش به منظور تعیین تأثیر برنامه خود مراقبتی خانواده محور از طریق بازدید از منزل بر پایبندی به رژیم غذایی بیماران سندرم حاد کرونری ترخیص شده ۱۴۰۰ گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه تجربی که در سال ۱۴۰۱- ۱۴۰۰ انجام شد تعداد ۷۲ نفر از افراد مبتلا به ACS به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۶ نفر) تقسیم شدند. برای گروه کنترل، مداخلات روتین و برای گروه آزمون، خود مراقبتی خانواده محور انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه پایبندی به رژیم غذایی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی با سطح معناداری P> ۰/۰۵ توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب برابر با ۰۹/ ۲ ±۳۷/ ۵ و ۱/۱ ±۵/۱۲ بود و اختلاف معناداری نداشت (P< ۰/۰۵). میانگین نمره بلافاصله بعد از مداخله به ترتیب در دو گروه آزمون و کنترل برابر با ۲۲/ ۱±۷۴/ ۶ و ۰/۱۶ ±۰۸/ ۵ و ۱/۵ ماه بعد از مداخله ۱/۰۹±۷/۲۳ و ۰/۹۰ ±۵/۱۲ بود که در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (P> ۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** خودمراقبتی خانواده محور در بیماران سندرم حاد کرونری بر پایبندی به رژیم غذایی این بیماران مؤثر می‌باشد؛ بنابراین، استفاده از این رویکرد آموزشی به عنوان یکی از روش‌های اثربخش و غیر دارویی در افراد مبتلا به ACS در مراکز درمانی و منزل جهت ارتقا کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** رژیم غذایی، سندرم حاد کرونری خانواده محور، خود مراقبتی

**استناد:** بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی خانواده محور بر رعایت رژیم غذایی در بیماران ترخیص شده مبتلا به سندرم حاد کرونری: یک مطالعه نیمه تجربی. شاملی علیرضا ، محمدنژاد اسمعیل، صالحی زهرا ، رازنهان رسول. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۳؛ ۱۱(۳): ۲۰۷- ۱۹۸.

**تاریخچه مقاله:** تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۶/۲۶ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۷/۱۰

**ناشر:** دانشگاه علوم پزشکی آجا

©نویسندگان

CC BY NC

**مقدمه**

بیماری‌های قلبی عروقی یکی از شـــایع‌ترین بیماری‌هایی اســـت که کلیه جوامع با آن دســـت به گریبان می‌باشـــند. حتی با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی دهه‌های اخیر، هنوز یک ســـوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می‌شوند فوت می‌کنند و دو ســـوم آن‌ها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل نمی‌یابند و به زندگی عادی بر نمی‌گردنـــد. از این رو، بیماری‌های قلبی عروقی یکـــی از مهم‌ترین عوامل از کار افتادگی، ناتوانی و کاهش زندگی مولد در بیشتر کشورهای جهان محسوب می‌گردد (۱-۴).

طبق آمار سازمان بهداشـــت جهانی سالانه حدود ۳۱ درصد کل مرگ‌های دنیا، بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی بوده اســـت (۵). بر اساس آمارها، امروزه حدود ۳۰ درصد مرگ و میرهای کشورهای توســـعه یافته و ۳۵ تا ۸۲ درصد مرگ و میرهای کشـــورهای در حال توســـعه به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد (۶). در سال ۲۰۲۰ میلادی، بیماری‌های قلبی عروقی بیش از ۷۵ درصد از کل مرگ و میرهای جهان را به خود اختصاص داد. بر اســـاس پیش‌بینی‌های این ســـازمان، این روند تا جایی ادامه خواهد یافت که تا ســـال ۲۰۳۰، کل مرگ و میر ناشـــی از بیماری‌های قلبی عروقی از حـــدود ۱۷ میلیون نفر به ۲۳/۴ میلیون نفر در ســـال افزایش خواهد یافت (۷). این آمار در کشورهای در حال توسعه از قبیل ایران نیز، همچنان در حال افزایش است. هم اکنون در ایران ایـــن بیماری دومین علت مرگ و میر بیماران بوده و مســـئولیت ۳۸ درصد از کل موارد مرگ و میرهای کشـــور را بر عهده دارد. از ســـوی دیگر، بیماری‌های قلبی عروقی موجب تحمیل هزینه‌های اقتصادی هنگفتی بر دوش نظام‌های بهداشـــتی درمانی می‌گردد (۸).

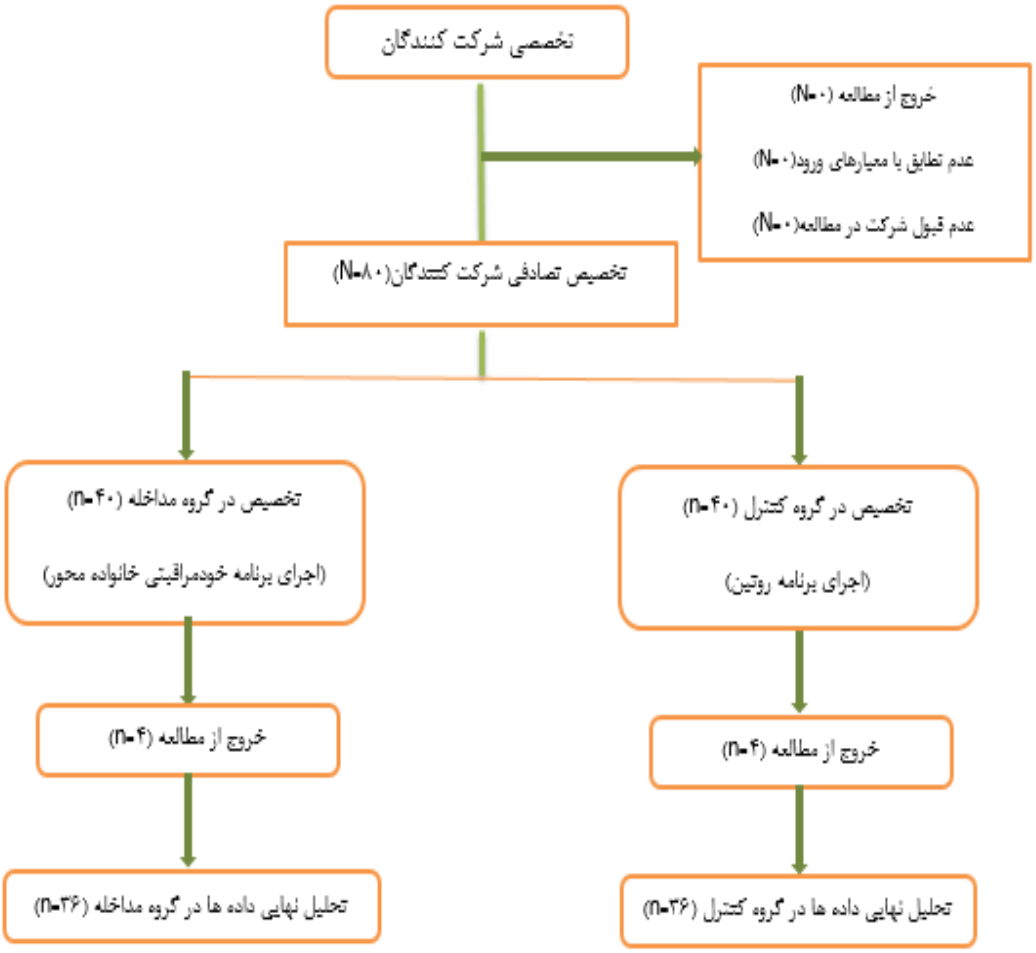
از مهم‌تریـــن و شـــایع‌ترین بیماری‌هـــای قلبی عروقـــی در اکثر کشورهای دنیا، ســـندروم حاد کرونری می‌باشد (۹). سندرم حاد کرونری، یکی از بیماری مشکل آفرین برای سیستم‌های بهداشتی درمانی محســـوب می‌شود. این بیماری‌ها علت حدود یک سوم از کل مرگ‌های دنیا و ۱۰ درصد از کل سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ و ناتوانی محســـوب می‌شـــوند (۱۰).این بیماری‌ها ســـالانه موجب مرگ حدود ۱۸ میلیون نفر در جهان می‌شود که بیشتر از سه چهارم آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد (۱۱). هزینه‌های گزاف تشخیصی درمانی، کاهش کیفیت زندگی مبتلایان، افزایش ناتوانی‌ها و داشـــتن مرگ و میر بالا، از جمله مواردی هســـتند که اهمیت توجه به این بیماری‌ها را صد چندان می‌کنند (۱۲).

بسیاری از خانواده‌ها در مورد رژیم غذایی مناسب در بیماران قلبی اطلاعات ضعیفی دارند که این امر موجب برگشت مجدد بیماری و شکســـت درمان و نیز بســـتری مجدد پس از ترخیص می‌شود. شواهد حاکی از آن اســـت که با آموزش روش‌های صحیح تغذیه به خانواده می‌توان با داشـــتن رژیم غذایی مناسب در این بیماران از ایـــن امر جلوگیری نمود (۱۳). تـــداوم مصرف داروهای قلبی و رعایت رژیم غذایی مناســـب در مبتلایان به سندرم حاد کرونری موجـــب کاهش مرگ و میر آن‌هـــا در طولانی مدت می‌گردد، در ســـال‌های اخیر، تمرکز بر درمان‌های حمایتی و آموزشی بیماران قلبی در زمینه پذیرش درمان و خود مراقبتی، به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرارگرفته است (۱۴). ورزش و فعالیت جسمی، تغییر در رژیم غذایی، عدم اســـتعمال سیگار، مقابله با تنیدگی و رعایت رژیم دارویی برخی رفتارهای خود مراقبتی هستند که به بیماران قلبی آموزش داده می‌شوند. مبتلایان به بیماری‌های قلبی مزمن همچون مبتلایـــان به بیماری‌های مزمن دیگـــر، به علت عواقب بیمـــاری و عوارض درمانی، با نیازهای خودمراقبتی گســـترده‌ای مواجه خواهنـــد بود و برای مواجهه با مشـــکلات بیماری نیاز به رفتارهای خود مراقبتی دارند تا با کســـب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود را بهبود بخشند (۱۵).

در دو دهـــه اخیر تعداد خانواده‌هایی که مراقبت از بیماران مزمن را بر عهده دارند رو به رشـــد می‌باشد (۱۶). مراقبت‌های خانواده محور، خود یکی از جنبه‌های پیشـــرفت ســـلامت عمومی جامعه می‌باشد (۱۷). به طوری که یکی از پایگاه‌های اصلی حمایت‌های اجتماعـــی نظیر حمایت‌های روحی، جســـمی و فکری بیماران را خانواده وی تشـــکیل می‌دهد (۱۸، ۱۹). مراقبت خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرســـتاری اســـت که هدف آن حفظ یکپارچگـــی خانواده و ارائـــه مراقبت با کیفیت بـــالا به هر بیمار می‌باشـــد. همچنین، مراقبت خانواده محور یک فلســـفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان یک نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشـــتی به رســـمیت می‌شناسد (۲۰). بر همین اســـاس، امروزه شـــاهد ارائـــه الگوهای خانـــواده محوری

می‌باشیم که با هدف مشارکت و سهیم نمودن خانواده بیماران در امر درمان بیماری‌های ناتوان کننده مزمنی همچون بیماری‌های قلبی تشـــریح و تبیین شده است (۲۱، ۲۲). این الگوها با موجب افزایش دانـــش، ارتقای خودکارآمدی، افزایش عزت نفس بیمار و خانواده وی شـــده به عنوان یک راهکار عملی مناسب در ارتقای بهداشـــت مورد توجه قرار گرفته‌اند (۲۳). تأکید اساسی مراقبت خانواده محور، بر نگریســـتن به خانواده به عنوان مرکز و هســـته اصلی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشـــد (۲۴). در مراقبت خانواده محور، هدف پرســـتار ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در جهت هدف معین برای غلبه بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشـــتی و ســـلامتی است و نداشـــتن دانش و مهارت کافی، باعث کاهش انگیزه جهت پیشـــگیری و نهایتاً ایجاد یک چرخه معیوب و عدم پیشـــگیری مناســـب می‌گردد (۲۵). با توجه به شـــیوع گسترده بیماری‌های قلبی – عروقی، اصلاح شیوه زندگی و تبعیت از رژیم غذایی در دراز مدت ضروری است (۲۶).

متأســـفانه نبود اطلاعات کافی درباره آموزش‌های خانواده محور بر مبنای ملاقات در منزل در کشورهای در حال توسعه به دلیل عدم وجود تحقیقات کافی، کاملاً مشـــهود می‌باشـــد. از طرفی با توجه به اینکه پرســـتاران بزرگ‌ترین گروه درمانی در کشـــور هســـتند، آموزش‌های خانواده محور توســـط پرســـتاران در مراکز درمانی در نهایت به نفع بیمار و خانواده می‌باشـــد؛ و از طرفی پرداختن بیشتر به بیماری‌های عفونی عفونت‌های بیمارستانی به دلیل مورتالیتی و موربیدیتی و عوارض جانبی زیاد (۲۷)، بیماری نوظهور مانند کرونا (۲۸) یا بیماری قابل انتقال جنسی مانند هپاتیت (۲۹) باعث نادیده گرفته شدن بیماری‌های غیرعفونی و مزمن شده است. لذا، پژوهش حاضـــر با هدف تعیین تأثیر برنامـــه خودمراقبتی خانواده محور بر پایبندی به رژیم غذایی بیماران ســـندرم حاد کرونری و با تکیه بر الگوی خانواده محور و از طریق مراحل بازدید منزل می‌باشـــد و در راستای ارتقای سطح ســـلامت بیمار و پیشگیری از وقوع حملات مجدد قلبی و عوارض ناشی از آن انجام شد.




**نمودار ۱-فرایند انجام کار مطالعه**

**مواد و روش‌ها**

ایـــن پژوهش نیمه تجربـــی در بخش‌های قلـــب و ویژه مجتمع بیمارســـتانی امام خمینی (ره) تهران با روش نمونه‌گیری آســـان برای بیماران مبتلا به ســـندرم حاد کرونری در سال ۱۴۰۰ انجام شـــد. بیماران به صورت تخصیص تصادفـــی در یکی از دو گروه کنترل یـــا آزمون قرار گرفتند. پس از انتخـــاب ۸۰ نمونه، به هر کدام از این واحدهای پژوهش به صورت تصادفی و بدون هیچ‌گونه ترتیب خاصی، یک عدد دو رقمی از ۰۱ تا ۸۰ اختصاص داده شد. ســـپس این اعداد در ۸ ستون از یک تا ۸۰ نوشته شدند. در ادامه کار بـــه صورت تصادفی یک عدد از یک تا ۵ انتخاب گردید (عدد ۴ در این پژوهش) که با توجه به این عدد، اعداد نوشـــته شده به صورت ۴ تا در میان، یکی یکی انتخاب شـــدند تا تعداد ۴۰ عدد تکمیل گردید. مطابق مطالعه‌ای مشـــابه و با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه‌ها برای هر گروه تعداد ۴۰ نفر در نظر گرفته شد که با توجه بـــه ریزش چهار نمونه در هر گـــروه در پایان مطالعه در هر گروه ۳۶ نفر وارد تحلیل نهایی داده‌ها شـــدند (۲۱، ۲۲، ۳۰). (نمودار ۱)

معیارهای ورود شامل بستری با تشـــخیص سندرم حاد کرونری در بیمارستان، داشـــتن سن بالای ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشـــتن در فرد بیمار و عضو فعـــال خانواده که در امر مراقبت از بیمار و آشـــنایی به زبان فارسی، نداشتن بیماری روانی طبـــق اظهار بیمار، عقـــب ماندگی ذهنی، نابینایی، ناشـــنوایی و بدخیمی شـــدید در بیمار و مراقب اصلی بر اساس پرونده پزشکی و شـــرح حال اخذ شده، سکونت در شـــهر تهران، امکان برقراری تمـــاس تلفنی و ارتباط حضوری با بیمـــار و خانواده وی در طول مطالعه با رعایت اصول بهداشـــتی مرتبط با کنترل و پیشـــگیری بیماری کرونا بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه اطلاعات جمعیت شـــناختی شـــامل (ســـن، جنس، وضعیت اشـــتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، ابتلا به سایر بیماری‌ها) و مشخصات فرد مراقب (سن، جنس، وضعیت اشـــتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نسبت با بیمار) و پرسشـــنامه پایبندی به رژیم غذایی بود. پرسشـــنامه پایبندی به رژیم غذایی شامل سؤالاتی در مورد سبد غذایی بیمار، میزان مصـــرف چربی و نمک، تعداد دفعـــات مصرف و چگونگی مصرف ۳۰ ماده اصلی غذایی بر حســـب میزان مصرف می‌باشـــد. جهت نمره گذاری این جدول بر حســـب نوع مـــاده غذایی نمره (۰ تا ۱۰۰) به هر کدام از گزینه‌ها اختصاص داده شـــد. ســـپس نمرات این بخش به طور کلی محاســـبه شـــد. طبقه بندی بدین صورت انجام گرفت که ۱۰۰ درصد کل نمره (۳۰۰۰) می‌باشـــد و پایبندی نامطلوب کمتر از ۵۰ درصد کل نمره (کمتر از ۱۵۰۰)، پایبندی نسبتاً مطلوب ۵۰ تا ۷۵ درصد کل نمره (۲۲۵۰-۱۵۰۰) و پایبندی مطلوب بیشتر از ۷۵ درصد کل نمره (بیشتر از ۲۲۵۰) در نظر گرفته شـــد. پرسشنامه پایبندی به رژیم غذایی بخشی از پرسشنامه پایبندی به رژیم درمانی می‌باشد که توسط صف آرا و همکاران در سال ۱۳۹۲ ساخته و در مطالعه منتظری و همکاران برای اولین بار مورد اســـتفاده قرار گرفت (۲۲، ۳۱). جهت تعیین روایی ابزار از روایی صوری و روایی محتوا اســـتفاده شـــد و برای پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۳ به دســـت آمد. در مطالعه صف آرا و همکاران (۲۲) و منتظری و همکاران (۳۱) میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه پایبندی به رژیم غذایی ۰/۷۹ به دست آمد.

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که پرسشـــنامه اطلاعات دموگرافیـــک در هر دو گروه کنترل و مداخله، در همان جلســـه اول در بیمارســـتان و پس از انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود و رضایت آگاهانه افراد به حضور در مطالعه، توســـط محقق و بر اســـاس اطلاعات گرفته شـــده از بیمار و مراقب و همچنین پرونده پزشـــکی بیمار تکمیل گردید. پرسشنامه‌های پایبندی به رژیم غذایی توســـط خود بیماران و در محیط منزل ایشـــان و در ۳ نوبت قبل (جلســـه اول ملاقات در منزل)، بلافاصله (جلسه آخر ملاقات در منزل و مرحله اختتام) و ۱/۵ ماه پس از اتمام مداخله (با حضوری کوتاه و با رعایت پروتکل‌های بهداشـــتی و هماهنگی و موافقت قبلی در منزل بیماران جهت تکمیل فرم‌ها توسط خود بیمـــار) تکمیل گردید. در این پژوهش مراحل بازدید از منزل (به ترتیب شامل مرحله آغازین، قبل از بازدید، مرحله بازدید، اختتام، پس از بازدید) با رعایت مراحل استاندارد آن انجام شد. پژوهشگر برنامه مداخلاتی خود را در طی چهار گام، 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 نمود (۳۲، ۳۳)، (جدول ۱).

**جدول ۱- گام‌ها و اهداف برنامه خودمراقبتی خانواده محور در بیماران ترخیص شده مبتلا به سندرم حاد کرونری**

| گام | هدف |
|---|---|
| **گام اول، تهدید درک شده (یک تا دو جلسه)** | افزایش سطح دانش و شناخت با مباحث آموزشی در ارتباط با خطر گرفتگی عروق قلبی، خطر عوارض قطع بدون اجازه پزشک یا مصرف نامناسب داروها، رژیم‌های غذایی ناسالم |
| **گام دوم، خودکارآمدی از طریق مشکل گشایی به صورت حل مسئله (دو تا سه جلسه)** | شناخت مشکلات و ارائه راه حل توسط خود بیمار و اجرای این راه حل‌ها |
| **گام سوم، عزت نفس از طریق مشارکت آموزشی مددجو (یک تا دو جلسه)** | آگاهی و شناخت عمیق نسبت به فرایند بیماری و عوارض آن با افزایش اعتماد به نفس |
| **گام چهارم، مرحله اختتام** | بررسی و تقویت جزییات مثبت فعالیت‌ها و قدرت‌های خانواده و جمع بندی کلی از بازدیدها در خانواده |

اولین جلسه این ملاقات‌ها حداقل دو هفته پس از ترخیص بیمار شروع شد (۳۴). 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 خانواده محور شروع شد. در پایان مطالعه محتوای آموزشی گروه آزمون در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. در طول فرایند مطالعه ۸ بیمار در مجموع به دلیل عدم اجازه برای ورود به منزل در شرایط کرونا از مطالعه خارج شدند. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS با ویرایش ۲۲ و آمار توصیفی و استنباطی آزمون آنالیز واریانس، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد و سطح معنی‌داری P>۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی تائید شده در کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده توانبخشی- دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.۱۴۰۰,۱۵۰ مورخ می‌باشد. کلیه واحدهای مورد پژوهش جهت شرکت یا عدم شرکت در پژوهش حق انتخاب داشتند و از هر نمونه رضایت نامه کتبی اخذ شد. در هر مرحله از پژوهش نمونه‌ها در صورت عدم تمایل می‌توانستند انصراف خود را اعلام کنند.

**یافته‌ها**

در این مطالعه بیماران در دامنه سنی ۷۸- ۳۵ با میانگین سنی ۱۴/ ۷±۶۴ سال در گروه آزمون و ۱/۲±۶۲ سال در گروه کنترل بودند. در گروه آزمون ۲۹ (۸۰/۶) و در گروه کنترل ۲۸ (۷۷/۸) درصد مؤنث بودند. در گروه کنترل ۸۴/۳۷ و در گروه آزمون ۵/ ۸۷ درصد متأهل بودند. از نظر میزان تحصیلات در گروه آزمون ۲۴ (۶۶/۷) و در گروه کنترل ۲۱(۳/ ۵۸) درصد تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی داشتند. در گروه آزمون ۷۵/ ۶۸ درصد و در گروه کنترل ۵/ ۶۲ درصد بیماری دیگری علاوه بر بیماری قلبی داشتند. اکثریت مراقبین در هر دو گروه همسران بیمار بودند (در گروه کنترل ۷۲/۲ درصد و در گروه آزمون ۸۰/۶ درصد). در گروه آزمون ۳۸/۸ درصد و در گروه کنترل ۴۱/۱۷ درصد شاغل بودند. در گروه آزمون ۲۶ (۲/ ۷۲) و در گروه کنترل ۲۳ (۹/ ۶۲) درصد بیماری دیگری علاوه بر بیماری قلبی داشتند.

میانگین نمره پایبندی به رژیم دارویی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل برابر با ۰۹/ ۲±۳۷/ ۵ و ۱/۱±۵/۱۲ بود. میانگین نمره بلافاصله بعد از مداخله به ترتیب در دو گروه آزمون و کنترل برابر با ۲۲/ ۱±۷۴/ ۶ و ۱۶/۰±۰۸/ ۵ و ۱/۵ ماه بعد از مداخله ۱/۰۹±۷/۲۳ و ۰/۹۰±۵/۱۲ بود که در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (P> ۰/۰۵). در جدول شماره ۲ آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت (P< ۰/۰۵) اما بلافاصله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (P> ۰/۰۵). آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان می‌دهد که میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی در گروه کنترل بین سه زمان اختلاف معنادار نداشت (P< ۰/۰۵) اما در گروه آزمون بین سه زمان تفاوت معنادار وجود داشت (P> ۰/۰۵). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی در گروه آزمون بلافاصله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود (P> ۰/۰۰۱) اما بین بلافاصله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله تفاوت معنادار مشاهده نشد (P= ۰/۱۳).

**جدول ۲- مقایسه میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی در هر یک از دو گروه بین سه زمان**

| گروه / زمان | گروه آزمون | | گروه کنترل | | آزمون تی مستقل | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار آماره t | سطح معنی داری |
| قبل از مداخله | ۵/ ۴۲ | ۲/۰۹ | ۵/۳۹ | ۱/۵۵ | ۰/۰۶ | ۰/۹۵ |
| بلافاصله بعد از مداخله | ۷/ ۰۸ | ۱/۰۸ | ۵/۵۰ | ۰/۹۷ | ۶/۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| ۱/۵ ماه بعد از مداخله | ۷/۵۶ | ۱/۴۴ | ۵/۲۲ | ۰/۹۰ | ۸/۲۴ | <۰/۰۰۱ |
| آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات | مقدار آماره F | ۶۸/۱۳ | | ۰/۰۱ | | |
| | سطح معنی داری | P<۰/۰۰۱ | | ۰/۸۷ | | |

قبـــل از مداخله در گروه آزمون ۷۵ درصد و در گروه کنترل ۵/ ۶۷ درصد نســـبتاً مطلوب، بلافاصله بعـــد از مداخله در گروه آزمون ۵/ ۷۷ درصد و در گروه کنترل ۵/ ۲۲ درصد مطلوب و ۱/۵ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون ۵/ ۸۲ درصد و در گروه کنترل ۲۷/۵ درصد مطلوب بود. آزمون من-ویتنی نشان داد که میزان پایبندی به رژیم غذایی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت (۰/۰۵ >P) امـــا بلافاصله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معناداری مطلوب‌تر از گروه کنترل بود (۰/۰۵ >P ).

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هـــدف تعیین تأثیر برنامه خـــود مراقبتی خانواده محـــور بر پایبندی به رژیم غذایی بیماران ســـندرم حاد کرونری ترخیص شده از بیمارستان انجام شـــد. نتایج نشان داد میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشـــت، اما بلافاصله و ۱/۵ مـــاه بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معناداری بیشـــتر از گروه کنترل بود. نتایج مطالعه منتظـــری و همکاران شـــبیه مطالعـــه حاضر بوده اســـت (۳۱). محیط این دو مطالعه با هم تفاوت داشـــته است و این مطالعه در بزرگ‌ترین مرکز آموزشی درمانی کشور با ۱۴۰۰ تخت انجام شد. در مطالعه‌ی مشـــابه نشان داده شـــد که آموزش خود مراقبتی بر فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی بیماران قلبی عروقی معنی‌دار بوده اما در مورد توقف مصرف ســـیگار و کاهش مصرف الکل معنی‌دار نبوده است (۳۵). در برخی از مطالعات پایبندی و مصرف صحیح و به موقع داروهـــای قلبـــی عروقـــی، در این بیمـــاران پاییـــن گزارش شـــده اســـت (۱۹). نتایج برخی از مطالعات نشان داد که موفقیت بیماران در میزان پایبندی به توصیه‌های پزشـــک معالج مسئولیتی دو جانبه میان پزشک و بیمار است. مشارکت پزشک و بیمار می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای اصلی، نقش مهمی در ایجاد انگیزه و تقویت اراده بیماران در رعایت رژیم غذایی داشـــته باشـــد (۳۶). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه بوســـوبوکا و همکاران تفاوت داشـــت (۳۷). نتایج آن مطالعه نشان داد که فاکتورهایی مانند حمایـــت خانوادگی، وضعیت تأهل فرد و زندگی کردن فرد با خانواده یا به تنهایی در پایبندی بیماران مبتلا به ســـندرم حاد کرونری از رژیم درمانی توصیه شـــده تفاوت معناداری با یکدیگر نداشـــته اســـت که از نظر محقق این امر می‌تواند ناشی از روش اجرای متفاوت این مطالعه با مطالعه ذکر شده باشد.

یافته‌های این مطالعه نشـــان داد میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی در گروه کنترل بین ســـه زمان اختلاف معنادار نداشت، اما در گروه آزمون بین سه زمان تفاوت معنادار وجود داشت. آزمون تعقیبی نشـــان داد که میانگین نمره پایبندی به رژیم غذایی در گـــروه آزمون بلافاصله بعد از مداخله به طور معناداری بیشـــتر از قبل از مداخله و ۱/۵ ماه بعد از مداخله به طور معناداری بیشـــتر از بلافاصله بعد از مداخله بود. آموزش‌های خانواده محور، یکی از استراتژی‌های کلیدی برای تشویق بیماران به پایبندی رژیم غذایی می‌باشد (۳۸). نتایج مطالعه‌ای در ایران که با هدف "بررسی رعایت رژیـــم غذایی در بیماران مبتلا به بیمـــاری عروق کرونری" انجام شد نشان داد بیشـــترین درصد افراد مورد پژوهش از نظر رعایت رژیم غذایی در ســـطح متوسط (۶۰ درصد) بودند. درصد کمی از بیماران (حدود ۷/۲۷ درصد) از عملکرد مناســـب برخوردار بودند. پیشـــنهاد داد برای بیماران عروق کرونری با توجه به نیاز شدید آن‌ها به امر آموزش رژیم غذایی، پرستاران باید نیازهای آموزشی تغذیه‌ای آن‌ها را بررســـی و روش‌های خودمراقبتی مناسب را در جهت کنترل رژیم غذایی آموزش دهند (۳۹). در مطالعه‌ای دیگر در ایران وضعیت پیروی از دســـتورات مراقبتی در مورد اجتناب

از اســتعمال سیگار (۸۸ درصد) و انجام فعالیت جسمانی (۸/ ۶۰ درصد) مطلوب بوده است اما در اکثریت واحدهای مورد پژوهش پیروی از دستورات مراقبتی در مورد رعایت رژیم غذایی نامطلوب (۵/ ۸۸) بوده اســت. پیشــنهاد داد برای بیماران عروق کرونری بــا توجه به اینکه پیروی از دســتورات مراقبتی در تمام موارد به طور کامل انجام نمی‌گیرد اقدامی هر چه ســریع‌تر صورت گیرد (۴۰). پرســتاران باید در جســتجوی تدابیر و مداخلاتی از جمله مشاوره و آموزش باشند تا مبتلایان به نارسایی قلب نه تنها رژیم غذایی خود را به عنوان یک تهدید احساس نکنند، بلکه آگاهانه و قدرتمندانه با رژیم غذایی خود به عنوان یک چالش مواجه شوند تا تبعیت از رژیم غذایی در آن‌ها افزایش یابد (۳۱، ۴۱).

آموزش‌های خانواده محور توانســته اســت به نحــو معنی‌داری خودمراقبتــی و کیفیــت زندگــی را افزایش دهــد (۴۲). نتایج مطالعه‌ای نشان داد برنامه‌های آموزشی خانواده محور در جوامع در حال توســعه توانایی افزایش دانش، مهارت‌های خود مراقبتی و کیفیت زندگــی بیماران را افزایش داده و خود کنترلی دریافت شــده را افزایش می‌دهند؛ بنابراین مشــارکت خانــواده می‌تواند منجر به افزایش میزان پایبندی به رژیم درمانی و پیشبرد اهداف درمانی شــود (۴۳). آموزش‌ها و مشاوره‌هایی که به بیماران قلبی سرپایی ارائه می‌گردد باید به همراه حمایت‌های اجتماعی باشد تا بتواند خودکارآمدی و خودمراقبتی را ارتقاء بخشــد (۴۴). اجرای برنامــه خودمراقبتی موجب افزایش رفتارهــای خودمراقبتی در بیماران می‌شود. بنابراین توصیه می‌شود که پرستاران با استفاده از این برنامه‌ها باعث بهبــود و پایبندی بیمار در انجام رفتارهای خودمراقبتــی گردند (۴۵). اجــرای برنامــه خودمراقبتی باعث افزایش دانش، نگرش و بهبود عملکرد شده و توان خود مراقبتی را افزایش داده و منجر به بهبود کیفیت مراقبت و تسریع در بهبود بیماران و کاهش عوارض بیماری می گرد. محدودیت این مطالعه عدم همکاری خانواده‌ی بیماران با توجه به شــرایط کرونا بود که منجر به خروج ۸ نمونه از مطالعه شد. خودمراقبتی خانواده محور در بیماران ســندرم حاد کرونری بر پایبندی به رژیم غذایی این بیماران مؤثر می‌باشد. بنابراین، استفاده از این رویکرد آموزشی به عنــوان یکی از روش‌های اثربخش و غیر دارویی در افراد مبتلا به ACS در مراکز درمانــی و منزل جهت ارتقا کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود و پیشنهاد می‌گردد برای مطالعات بعدی بررســی عوامل تســهیل کننده و بازدارنده در ارتباط با تبعیت از رژیم غذایی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران سندرم حاد کرونری ترخیص شده مدنظر قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی**

مقالــه حاضر طرح تحقیقاتی با شــماره طــرح ۵۴۵۹۷-۱۰۰-۲-۱۴۰۰ در دانشــگاه علوم پزشــکی تهران اســت که در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۲۶ به تصویب رسیده است.

**تضاد منافع**

بدین وسیله نویســندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## References

1. Newman AB, Simonsick EM, Naydeck BL, Boudreau RM, Kritchevsky SB, Nevitt MC, et al. Association of long-distance corridor walk performance with mortality, cardiovascular disease, mobility limitation, and disability. JAMA. 2006; 295(17): 2018-26. DOI: 10.1001/jama.295.17.2018 PMID: 16670410
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, 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). Eur Heart J. 2016; 37(29): 2315-2381. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106 PMID: 27222591 PMCID: PMC4986030
3. Ahmadi M, Ehsani SR, Shams MA, Tabatabee A, Mohammadnejad E. The concept of spiritual well-being from the viewpoint of nurses caring for heart disease patients. International Journal of Humanities and Cultural Studies. 2016; 3(1): 2109-16. URL: https://www.semanticscholar.org/paper/The-concept-of-spiritual-well-being-from-the-of-for-Ahmadi-Ehsani/63a40d86c2a9de49fdeb32ad652b9a89a61cc653
4. Heidari Beni F, Ehsani R, Tabatabaee A, Mohammadnejad E. The effect of peer education on quality of life in heart failure patients: A randomized clinical trial. Journal of Nursing and Midwifery Sciences 2017. 4(1): 3-7. (Persian) DOI:10.18869/acadpub.jnms.4.1.3
5. Huber D, Henriksson R, Jakobsson S, Mooe T. 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. 2017;

12(9): e0183963. DOI: 10.1371/journal.pone.0183963 PMID: 28886083 PMCID: PMC5590865

6. Andreoli TE, Fitz JG, Benjamin I, Griggs RC, Wing EJ. Andreoli and carpenter's cecil essentials of medicine e-book: Elsevier Health Sciences; 2010.
7. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases (cvds), 2021.
8. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics-2012 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2012; 125(1): e2-e220. DOI:10.1161/CIR.0b013e31823ac046 PMID: 22179539 PMCID: PMC4440543
9. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald's heart disease e-book: A textbook of cardiovascular medicine: Elsevier Health Sciences; 2018.
10. Tabatabaee A, Mohammadnejad E. The effect of family-centered self-care program on the activity of people with cardiovascular disease after hospital discharge. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2021; 10(1): 12-9. (Persian) URL: http://journal.icns.org.ir/article-1-719-en.html
11. Tsolekile LP, Abrahams-Gessel S, Puoane T. Healthcare professional shortage and task-shifting to prevent cardiovascular disease: Implications for low-and middle-income countries. Curr Cardiol Rep. 2015; 17(12): 115. DOI: 10.1007/s11886-015-0672-y PMID: 26482758
12. Heidari-Beni F, Ahmadi-Tameh Z, Tabatabaee A, Mohammadnejad E, Haji-Esmaeelpour A. The effect of peer education on self-efficacy in people with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2017; 6(1): 40-7. (Persian) URL: http://journal.icns.org.ir/article-1-396-en.html
13. Chung ML, Lennie TA, Mudd-Martin G, Moser DK. 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. 2015; 30(1): 44-50. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000089 PMID: 24165698 PMCID: PMC3999296
14. Sharma KK, Gupta R, Mathur M, Natani V, Lodha S, Roy S, et al. Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. Indian Heart Journal. 2016; 68(6): 832-40. DOI: 10.1016/j.ihj.2016.03.027 PMID: 27931556 PMCID: PMC5143810
15. Notoatmodjo S, Kasiman S, kintoko Rohadi R. Patient's behaviour with coronary heart desease viewed from socio-cultural aspect of aceh society in Zainoel Abidin Hospital. MATEC Web of Conferences; 2018; 150: 05065. EDP Sciences. DOI: 10.1051/matecconf/201815005065
16. Shirvani H, Alhani F, Montazeri A. 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 Diseases. 2017; 10(1): 61-72. (Persian) URL: https://ijbd.ir/article-1-606-en.html
17. Brown D, Edwards H, Seaton L, Buckley T. Lewis's medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems: Elsevier Health Sciences: 2017.
18. Kim SS, Kim EJ, Cheon JY, Chung SK, Moon S, Moon KH. The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. Int Nurs Rev. 2012; 59(3): 369-75. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2011.00967.x
19. Aggarwal B, Liao M, Allegrante JP, Mosca L. Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). J Nutr Educ Behav. 2010; 42(6): 380-8. DOI: 10.1016/j.jneb.2009.08.006. PMID: 20696617 PMCID: PMC2978807
20. Berben L, Bogert L, Leventhal ME, Fridlund B, Jaarsma T, Norekvål TM, et al. Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10(1): 14-21. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2010.10.004 PMID: 21095160
21. Podvorica E, Bekteshi T, Oruqi M, Kalo I. Education of the patients living with heart disease. Materia SocioMedica. 2021; 33(1): 10-5. DOI: 10.5455/msm.2021.33.10-15 PMID: 34012343 PMCID: PMC8116090
22. Safara M, Khanbabaee M, Khanbabaee M. The effect of spiritual Skills training on the state of hope in mothers with intellectual disabled children. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2020; 8(2): 64-71. DOI: 10.29252/shefa.8.2.64
23. Baird MS. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. Elsevier Health Sciences: 2015.
24. Virani, Salim S, Alonso A, Aparicio FHJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics—2021 update. Circulation. 2021; 143(8): e254-e743. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000950 PMID: 33501848
25. Zand S, Asgari P, Bahramnezhad F, Rafiei F. The effect of two educational methods (family-centered and patient-centered) multimedia software on dysrhythmia of patients after acute myocardial infarction. Journal of Health. 2016; 7(1): 7-17. (Persian) URL: https://www.sid.ir/paper/226978/en
26. Tomasevic KV, Jankovic S. 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. 2018; 35(3): 244-55. DOI:10.2478/afmnai-2018-0026
27. Mohammadnejad E, Abbaszadeh A, Soori H, Afhami S. Prevention and control of nosocomial infections proceeding in intensive care units: A content analysis study. Acta Medica Mediterranea. 2016; 32: 1295. URL: https://www.researchgate.net/publication/316665355_Prevention_and_control_of_nosocomial_infections_proceeding_in_

intensive_care_units_A_content_analysis_study

28. Abdollahi A. Comparison of patient-collected and lab technician-collected nasopharyngeal and oropharyngeal swabs for detection of COVID-19 by RT-PCR. Iran J Pathol 2020; 15(4): 313-9. DOI:10.30699/ijp.2020.127312.2387 PMID: 32944044 PMCID: PMC7477688
29. Nejad EM, Jafari S, Mahmoodi M, Begjani J, Ehsani SR, Rabirad N. Hepatitis B virus antibody levels in high-risk health care worker. Hepat Mon. 2011; 11(8): 662–3. DOI: 10.5812/kowsar.1735143X.707 PMID: 22140392 PMCID: PMC3227484
30. Izadabadi Z, Balvardi M, Imani-goghary Z. Effectiveness of mindfulness and metacognition education on social welfare and life expectancy of nurses. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020; 8(5): 14-24. (Persian) URL: http://ijpn.ir/article-1-1533-en.html
31. Montazami M, Khalifehzadeh-Esfahani A, Keshvari M. 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. Iran J Nurs Midwifery Res. 2021; 26(2): 113-9. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_105_19 PMID: 34036057 PMCID: PMC8132869
32. Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. Journal of Nursing Education. 2015; 4(1): 8-22. (Persian) URL: http://jne.ir/article-1-440-en.html
33. Abeini F, Zareiyan A, Alhani F, Teimuri F. The implementation of family-centered empowerment model on the empowerment parameters of patients with prosthetic heart valves. Military Caring Science. 2016; 3(3): 174-83. (Persian) DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174
34. Sibbing D, Aradi D, Jacobshagen C, Gross L, Trenk D, Geisler T, et al. Guided de-escalation of antiplatelet treatment in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention (TROPICAL-ACS): A randomised, open-label, multicentre trial. Lancet. 2017; 390(10104): 1747-57. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32155-4 PMID: 28855078
35. Sol BG, Van Der Graaf Y, Van Petersen R, Visseren FL. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10(3): 180-6. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005 PMID: 20674503
36. Laurier C, Lafortune D. Les facteurs contribuant a l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation Factors contributing to the adherence to psychopharmacological treatment among adolescents institutionalized in rehabilitation centers. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2007; 48(4): 211–220. DOI:10.1037/cp2007019
37. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Obońska K, Fabiszak T, et al. Adherence to treatment assessed with the adherence in chronic diseases ccale in patients after myocardial infarction. Patient Prefer Adherence. 2018; 12: 333–40. DOI: 10.2147/PPA.S150435 PMID: 29551891 PMCID: PMC5842773
38. Dunbar SB, Clark PC, Stamp KD, Reilly CM, Gary RA, Higgins M, et al. Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. Heart Lung. 2016; 45(4): 311-8. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2016.04.001 PMID: 27174641 PMCID: PMC4935570
39. Ezati N, Abed Saeidi Z, Zeraati H. Observance of dietary regimen in patients with coronary artery disease at hospitals of Tabriz city. Advances in Nursing of Midwifery Quarterly. 2006; 16(52): 9-21. (Persian) URL:https://sid.ir/paper/108266/en
40. Rouhi BL, Paryad E, Kazemnezhad LE, Booraki S, Sadeghi MA, Nasiri SN. Study status of care adherence and its related factors in patients undergoing. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2015; 25 (3): 34-45. (Persian) URL: http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-525-en.html
41. Ahrari S, Heydari A, Vaghei S. The role of self-concept mode of roy's adaptation model on adherence of diet regimen in heart failure patients. Intern Med Today. 2012; 17 (4): 18-24. (Persian) URL: http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-1003-en.html
42. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. J Adv Nurs. 2017; 73(4): 857-70. DOI: 10.1111/jan.13192 PMID: 27779768
43. Sharma KK, Gupta R, Mathur M, Natani V, Lodha S, Roy S, et al. Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. Indian Heart J. 2016; 68(6): 832-40. DOI: 10.1016/j.ihj.2016.03.027 PMID: 27931556 PMCID: PMC5143810
44. Shin ES, Hwang SY, Jeong MH, Lee ES. Relationships of factors affecting self-care compliance in acute coronary syndrome patients following percutaneous coronary intervention. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2013; 7(4): 205-11. DOI: 10.1016/j.anr.2013.10.003 PMID: 25030346
45. Shahbaz A, Nejadrahim R, Hemmati Maslakpak M, Khalkhali HR. The effect of implementing Orem's self-care program on self-care behaviors in patients with diabetic foot ulcer. Nursing and Midwifery Journal. 2016; 14(2): 108-17. (Persian) URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2180-en.html