

Impact of education family support behaviors on adherence to the drug patients with Myocardial Infarction

Mojgan Mokhtari Tabas¹, **Tooba Kazemi²**, **Farah Madarshahian³**

¹ *Corresponding author; Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

Tel: +5632328424 E-mail: mojgan.mokhtari1365@gmail.com

² *Cardiovascular Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

³ *Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*



Citation Mokhtari Tabas M, Kazemi T, Madarshahian F. [Impact of education family support behaviors on adherence to the drug patients with Myocardial Infarction]. J Birjand Univ Med Sci. 2019; 26(2): 98-105. [Persian]

DOI <http://doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.2.101>

Received: September 19, 2018

Accepted: February 20, 2019

ABSTRACT

Background and Aim: Failure to follow the drug is common in patients with myocardial infarction. However, it has been reported in various studies that family support can improve adherence to drug in chronic diseases. The purpose of this study was to investigate the impact of education of family support behaviors on adherence to the drug in patients with myocardial infarction.

Materials and Methods: This controlled clinical trial study was performed on 70 patients with myocardial infarction, which had criteria for entering the study. Patients were randomly divided into intervention and control groups and demographic information and adherence to the drug was completed questionnaire for two groups. Individuals who received inadequate the drug follow-up based on this questionnaire were completed their family support questionnaire. In order to intervene, in the form of at least three educational sessions, based on the needs assessment of the two previous questionnaires, training was provided to the key member of the intervention group family and three months after the intervention, the two drug and family support questionnaires were re-completed for the two groups. Finally, the data was entered into SPSS software (version 16). Descriptive statistics including frequency, mean, standard deviation for description and description of data and analytical statistics including: Chi-square, paired T-test and independent T-test were used for data analysis. The significance level was considered as ($P < 0.05$).

Results: The mean score of family supportive behaviors and adherence to the drug in the intervention group was significantly higher than the control group after the intervention ($P < 0.001$). Also, the mean of changes in drug follow-up ($P < 0.001$) and family support ($P < 0.001$) after intervention in the intervention group were significantly higher than the control group.

Conclusion: The teaching of family supportive behaviors can improve the adherence to the drug in patients with myocardial infarction.

Keywords: Myocardial Infarction; Adherence to drug Therapy; Family Support

تأثیر آموزش رفتارهای حمایتی خانواده بر پیروی دارویی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد

مژگان مختاری طبس^۱، طوبی کاظمی^۲، فرح مادرشاهیان^۳

چکیده

زمینه و هدف: عدم پیروی دارویی در بیماران با انفارکتوس میوکارد شایع است. این در حالی است که در مطالعات مختلف گزارش شده که حمایت خانوادگی می‌تواند باعث پیشرفت پیروی دارویی در بیماری‌های مزمن شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش رفتارهای حمایتی خانواده بر پیروی دارویی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد انجام شده است.

روش تحقیق: این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار، بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، انجام شد. بیماران به روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پیروی دارویی برای افراد دو گروه تکمیل گردید. افرادی که بر اساس این پرسشنامه از پیروی دارویی ناکافی برخوردار بودند، پرسشنامه حمایت خانواده برای آنها تکمیل شد. به‌منظور مداخله، در قالب حداقل سه جلسه آموزشی بر اساس نیازسنجی از دو پرسشنامه قبلی، آموزش‌هایی به عضو کلیدی خانواده گروه مداخله داده شد و سه ماه بعد از اجرای مداخله، مجدد دو پرسشنامه پیروی دارویی و حمایت خانواده برای دو گروه تکمیل گردید. در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶) وارد شد. از آمار توصیفی شامل: فراوانی، میانگین، انحراف معیار برای شرح و توصیف داده‌ها و از آمار تحلیلی شامل: آزمون‌های کای‌دو، تی‌زوج و تی‌مستقل برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره رفتارهای حمایتی خانواده و پیروی دارویی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، پس از مداخله افزایش معنی‌داری داشت ($P < 0/001$). همچنین میانگین تغییرات نمره پیروی دارویی ($P < 0/001$) و حمایت خانواده ($P < 0/001$) بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنی‌دار به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: آموزش رفتارهای حمایتی خانواده می‌تواند سبب بهبود پیروی دارویی در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد شود.

واژه‌های کلیدی: انفارکتوس میوکارد؛ پیروی دارویی؛ حمایت خانوادگی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۸؛ ۲۶(۲): ۹۸-۱۰۵.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۲۸ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

^۱ نویسنده مسؤؤل؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- بیمارستان رازی- بخش CCU

تلفن: +۵۶۳۳۳۸۸۴۲۴ پست الکترونیکی: mojgan.mokhtari1365@gmail.com

^۲ مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۳ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

عاطفی، اطلاعاتی و ارزیابی) و حمایت‌های ابزاری (مانند: فعالیت‌های قابل مشاهده که می‌تواند انجام رفتارهای سالم را برای فرد آسان و ممکن می‌کند) را انجام داده که به شدت با رفتارهای خودمراقبتی در طول بیماری مزمن در ارتباط است (۱۲). با توجه به آنچه گفته شد، حمایت اعضای خانواده می‌تواند اثر مثبت یا منفی در پیروی دارویی بیماران انفارکتوس میوکارد داشته باشد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین تأثیر آموزش رفتارهای حمایتی خانواده بر پیروی دارویی و شناخت مبتلایان به انفارکتوس میوکارد انجام شده است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده است. حجم نمونه با استفاده از مطالعه ثنایی و همکاران (۱۳)، با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، مطابق با فرمول تعیین حجم نمونه حدود ۳۰ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش احتمالی، به ۳۵ نفر افزایش یافت. در محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد. در این فرمول مقدار $d=6/35$ ، $S1=9/4$ ، $S2=5/32$ است.

$$n = \frac{(n + v)^2 (s_1 + s_2)^2}{\left(\frac{s_1 - s_2}{s}\right)^2}$$

$$n = \frac{10/5(9/4^2 + 5/3^2)}{\left(\frac{98/66 - 49/96}{5/2}\right)^2} = 30$$

بدین ترتیب ۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش CCU^۱ و قلب بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند در سال ۱۳۹۶ که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، در زمان ترخیص به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و

بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران با اختصاص ۴۶ درصد، بیش از یک‌سوم کل مرگ و میرها را شامل می‌شود که نیمی از این مرگ و میرها به علت انفارکتوس میوکارد است (۱). در طول سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۴، از ۲۰۲۸۱ مرگ ثبت شده در خراسان جنوبی، بیماری‌های قلبی و عروقی با ۲۹/۸ درصد، بالاترین درصد را به خود اختصاص داده است (۲). این بیماری با گسترش وسیع، باعث عوارض خطرناک در بیمار می‌شود و همچنین هزینه‌های زیادی را برای مراقبت و درمان به بیمار و خانواده بیمار تحمیل می‌کند (۳).

عدم پیروی از رژیم دارویی، عامل مهمی در جهت افزایش احتمال بروز عوارض، مرگ و میر، ناتوانی و بالارفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی است (۴)؛ به طوری که برآوردهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ نشان دهنده آن است که حدود ۵۰ درصد از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، داروهای خود را طبق توصیه‌ها مصرف نمی‌کنند (۵). عدم پیروی دارویی، به عنوان یک مشکل دائمی در سه دهه گذشته گزارش شده که مداخلات فراوان آموزشی، رفتاری و اطلاعاتی برای پذیرش بهتر این بیماران به خصوص در زمینه دارویی انجام شده است (۶). پیروی دارویی، رفتار پیچیده‌ای است که مربوط و وابسته به بسیاری از عوامل درونی (بیمار) و بیرونی (زمینه‌ای) است (۷). پایداری به داروهای تجویز شده، نیازمند فرآیند مدیریتی پیچیده‌ای است که شامل: برنامه‌ریزی برای در دسترس بودن دارو، به یادآوری دوزهای دارویی گذشته، حل مشکل دوز فراموش شده و یا به تأخیر افتاده، است حدود ۵۰ درصد از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن که باید در طولانی‌مدت رژیم دارویی خود را مدیریت کنند، مشکل دارند (۸).

در مطالعات مختلف، گزارش شده است که حمایت خانوادگی می‌تواند باعث پیشرفت پیروی دارویی در بیماری‌های مزمن شود (۹-۱۱). همچنین اعضای خانواده می‌توانند انواع مختلفی از حمایت اجتماعی (مانند: حمایت

¹ Coronary Care Unit

گزینه «هرگز» (با امتیاز ۱) و «گاهی اوقات یا همیشه» (با امتیاز ۰) است (۱۴). حداقل نمره‌ای که فرد می‌توانست از این پرسشنامه کسب نماید «صفر» و حداکثر نمره «۸» بود. در صورتی که امتیاز کسب‌شده توسط بیمار ۸ بود به معنای پیروی دارویی بالا، امتیاز بین ۸-۶ نشان‌دهنده پیروی دارویی متوسط و امتیاز بین ۵-۰ نیز نشان‌دهنده پیروی دارویی کم بود که در این صورت برای بیمار ابزار سوم، یعنی پرسش‌نامه حمایت خانواده تکمیل می‌شد. روایی این پرسشنامه در مطالعه خسروی‌زاده طبسی و همکاران (۲۰۱۴) تأیید و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۰ گزارش گردیده است (۱۵). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸ به‌دست آمد.

پرسشنامه حمایت خانواده، بخشی از ابزار استاندارد حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد است که توسط Greca (۲۰۰۲) طراحی شده و ترجمه این پرسش‌نامه توسط حیدری (۲۰۰۶) انجام شده است (۱۶). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه حمایت خانواده ۰/۸۵ به‌دست آمد. این ابزار دارای ۸ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۵) و دارای ابعادی شامل: میزان دریافت و درک بیمار از حمایت‌های ابزاری، اطلاعاتی، عاطفی و احساس تعلق به خانواده در چهار زمینه خودمراقبتی شامل: مصرف دارو، رژیم غذایی و ورزش بود. در صورتی که حداقل یک آیتم از ۸ آیتم دارای جواب هرگز بود، بیمار گزینه «عدم حمایت خانواده» محسوب و به‌عنوان شرکت‌کننده وارد مطالعه می‌شد.

روش اجرای مداخله بدین صورت بود که ابتدا فرد حمایت‌کننده خانواده تعیین می‌شد؛ سپس مشخص شد که در چه مورد یا مواردی این بیمار گزینه «عدم حمایت خانواده» محسوب می‌شود. در ادامه بر اساس نتایج به‌دست آمده از آنالیز داده‌های پرسشنامه‌های مذکور، نیازسنجی آموزشی برای هر بیمار انجام گردید. آموزش به‌صورت جداگانه، به عضو کلیدی خانواده توسط پژوهشگر در قالب ۳ جلسه یک‌ساعته (شامل ۴۵ دقیقه آموزش به روش چهره به چهره، استفاده از

با استفاده از تخصیص تصادفی به روش قرعه‌کشی، به دو گروه کنترل (۳۵ نفر) و مداخله (۳۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل و رضایت آگاهانه برای حضور در مطالعه، تشخیص قطعی انفارکتوس میوکارد توسط پزشک متخصص قلب، زندگی کردن بیمار در کنار خانواده، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای بیمار و عضو کلیدی خانواده، عدم وجود اختلالات شدید بینایی و شنوایی در بیمار و عضو کلیدی خانواده و سن بالای ۱۸ سال برای عضو کلیدی خانواده بود. همچنین افرادی که شرایط فوق را دارا نبودند و یا به هر علتی (فوت، نقل مکان و ...) برای پیگیری بعد از مداخله در دسترس نبودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

پس از اخذ کد اخلاق (Ir.bums.REC.1395.157) و نیز کد کارآزمایی بالینی (IRCT2017061434535N1) برای طرح پیشنهادی مطالعه حاضر، پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه کرد. پژوهشگر پس از معرفی خود به افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه و توضیح اهداف پژوهش برای آنان، رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش از آنها دریافت نمود و به آنان اطمینان داد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه پیروی دارویی (MMAS)^۱ و پرسشنامه حمایت خانواده (SSQ)^۲ بود. ابتدا پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده و مراقب اصلی بیمار، برای کلیه افراد تکمیل گردید؛ سپس پرسشنامه پیروی دارویی MMAS توسط پژوهشگر برای کلیه بیماران تکمیل شد. این پرسشنامه که توسط Morisky در سال ۲۰۰۸ طراحی شده، شامل ۷ سؤال دوگزینه‌ای به‌صورت «بلی» (با امتیاز صفر) و «خیر» (با امتیاز ۱) و ۱ سؤال با دو

¹ Morisky Medication Adherence Scale

² Social support questionnaire- family version

شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش $57 \pm 1/16$ سال و در گروه کنترل $56 \pm 1/07$ سال بود. از نظر سن بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین مطابق با جدول یک، از نظر جنس، شغل، میزان تحصیلات و محل اقامت تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. ۸۰ درصد بیماران گروه مداخله و $88/6$ درصد بیماران گروه کنترل اعلام داشتند که نزدیک‌ترین فرد به آنها که بیشترین حمایت را از وی دریافت می‌کنند، همسرشان است.

مطابق جدول ۲، میانگین نمره رفتارهای حمایت خانوادگی و پیروی دارویی قبل از مداخله در بیماران دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). نتایج همچنین نشان دادند که میانگین نمره رفتارهای حمایت خانوادگی و پیروی دارویی بعد از مداخله در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌دار بیشتر بود ($P < 0/001$) (جدول ۲).

در ادامه نتایج نشان دادند که میانگین تغییرات نمره رفتارهای حمایت خانوادگی و پیروی دارویی، قبل و بعد از مداخله در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0/001$) (جدول ۳).

پمفلت و فیلم آموزشی و ۱۵ دقیقه پرسش و پاسخ، روزی یک جلسه انجام می‌شد. محل برگزاری این جلسات کلاس بخش CCU بود. محتوای آموزشی جلسات شامل: ارائه اطلاعاتی در مورد اهمیت مصرف داروها، اطلاعاتی در مورد رژیم دارویی (مقدار و زمان مصرف دارو، تداخلات و کنترل عوارض دارویی)، بیان اهمیت رفتارهای حمایتی خانواده در روند پیروی دارویی و بهبودی بیمار بود (۱۷، ۱۸). برای افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. سه ماه پس از اجرای طرح، دوباره پرسشنامه پیروی دارویی و حمایت خانوادگی برای افراد هر دو گروه کنترل و مداخله تکمیل گردید.

داده‌های این پژوهش توسط نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۶) و با کمک آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) توصیف و توسط آمار تحلیلی (آزمون‌های کای‌دو، تی‌زوج و تی‌مستقل) در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد شرکت داشتند. در گروه مداخله ۸۰ درصد و در گروه کنترل ۸۲/۹ درصد شرکت‌کنندگان مرد بودند. میانگین سنی

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه بر حسب گروه

متغیر	مداخله (n=35) تعداد (درصد)	کنترل (n=35) تعداد (درصد)	سطح معنی‌داری آزمون کای‌دو (فیشر)
جنسیت	مرد ۲۸ (۸۰٪)	۲۹ (۸۲/۹٪)	۰/۷۵
	زن ۷ (۲۰٪)	۶ (۱۷/۱٪)	
شغل	خانه دار ۵ (۱۴/۳٪)	۸ (۲۲/۹٪)	۰/۳۶
	کارمند و بازنشسته ۱۰ (۲۸/۶٪)	۵ (۱۴/۳٪)	
	کشاورز ۹ (۲۵/۷٪)	۷ (۲۰٪)	
میزان تحصیلات	آزاد ۱۱ (۳۱/۴٪)	۱۵ (۴۲/۹٪)	۰/۳۰
	ابتدایی ۱۹ (۵۴/۳٪)	۲۲ (۶۲/۹٪)	
محل اقامت	راهنمایی و دبیرستان ۷ (۲۰٪)	۹ (۲۵/۷٪)	۰/۳۱
	دانشگاه ۹ (۲۵/۷٪)	۴ (۱۱/۴٪)	
	شهر ۲۱ (۶۰٪)	۲۵ (۷۱/۴٪)	
	روستا ۱۴ (۴۰٪)	۱۰ (۲۸/۶٪)	

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره رفتارهای حمایت خانوادگی و پیروی دارویی قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه

متغیر	گروه‌ها	زمان	
		قبل از مداخله	بعد از مداخله
حمایت خانوادگی	آزمایش	۱۶/۳۴±۴/۵۵	۲۸/۴۶±۴/۶۷
	کنترل	۱۵/۸۹±۴/۳۵	۱۶/۹۷±۴/۸۱
	سطح معنی‌داری	۰/۸۱	<۰/۰۰۱
پیروی دارویی	آزمایش	۲/۱۷±۱/۲۲	۵/۵۱±۱/۲۵
	کنترل	۲/۲۳±۱/۰۰	۲/۲۰±۱/۳۰
	سطح معنی‌داری	۰/۹۹	<۰/۰۰۱

جدول ۳- مقایسه میانگین تغییرات نمره رفتارهای حمایت خانوادگی و پیروی دارویی قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه

متغیر	گروه	
	گروه مداخله	گروه کنترل
حمایت خانوادگی	میانگین±انحراف معیار ۱۲/۱۱±۵/۰۹	میانگین±انحراف معیار ۱/۰۹±۴/۸۸
پیروی دارویی	میانگین±انحراف معیار ۳/۳۴±۱/۵۷	میانگین±انحراف معیار -۰/۰۳±۱/۳۲

بحث

بخشد (۲۰). یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه‌های آموزشی اجرا شده توسط پرستاران، توانمندسازی خانواده در جهت یاری کردن بیمار برای تغییر رفتار می‌باشد. بنابراین، با آموزش و مشارکت دادن خانواده در شناخت نیازهای بیمار و تأکید بر نقش کلیدی خانواده در کمک به بیمار، می‌توان توانایی‌های خانواده را در حمایت از بیمار ارتقا داد (۲۱). همچنین، به دلیل مواجهه مراقبین بیمار با تنش‌های فراوان ناشی از تشخیص بیماری و روند درمان، فقدان برنامه آموزشی مؤثر می‌تواند بر میزان تنش آنان بیفزاید که این امر نیز سبب کاهش خودکارآمدی و خودباوری مراقبان در حمایت از بیمار می‌گردد (۲۲). بنابراین برنامه آموزش خانواده‌محور، نقش مهمی در بهبود رفتارهای حمایتی خانواده از بیمار ایفا می‌کند.

در ادامه، نتایج نشان دادند که میانگین نمره پیروی دارویی بعد از مداخله در بیماران گروه آزمایش نسبت به کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر به‌دست آمد. همچنین میانگین تغییرات قبل و بعد از مداخله پیروی دارویی در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. در راستای حمایت از یافته فوق، نتایج مطالعات زیر می‌تواند قابل

هدف از انجام این مطالعه، بررسی پیامد آموزش رفتارهای حمایتی خانواده بر پیروی مصرف داروها در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بود.

نتایج نشان داد که میانگین نمره رفتارهای حمایت خانوادگی بعد از مداخله در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. همچنین میانگین تغییرات نمره رفتارهای حمایت خانوادگی در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌دار بیشتر بود. در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش به افراد خانواده می‌تواند سبب ارتقای رفتارهای حمایتی افراد خانواده از بیمار گردد (۱۵). همچنین مطالعه‌ای دیگر بیان داشت، اجرای برنامه خانواده‌محور برای مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب می‌تواند سبب بهبود رفتارهای حمایتی خانواده و به دنبال آن بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده بیمار گردد (۱۹). در مطالعه‌ای دیگر در این ارتباط بیان داشتند که مداخلات پرستاری بر روی افراد خانواده می‌تواند سبب ارتقای رفتارهای حمایتی خانواده به‌خصوص همسر بیمار گردد و تعامل بین آنان را نیز بهبود

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، آموزش به خانواده مبتلایان به انفارکتوس میوکارد اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. بنابراین با آموزش رفتارهای حمایتی به افراد خانواده و ارتقای حمایت آنان از بیمار، می‌توان پیروی دارویی را در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بهبود داد و به دنبال آن عوارض ناشی از عدم مصرف دارو یا مصرف اشتباه آن را به حداقل رساند.

تقدیر و تشکر

از کلیه عزیزانی که به هر نحوی ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند و همچنین پایگاه تحقیقات بالینی بیمارستان ولیعصر (عج)، کمال تشکر را داریم. این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است و هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تضاد منافع:

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

توجه باشد. مطالعه ثنایی و همکاران که با هدف بررسی تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر میزان همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای‌پس کرونر انجام شد، بیانگر این موضوع بود که بین میزان توانمندسازی خانواده محور و همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی بیماران، رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (۱۳). در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد با بهبود کیفیت زندگی در این بیماران همراه است (۲۳). همین‌طور در مطالعه‌ای دیگر بیان شده است همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت ادراک شده از سوی خانواده و پایبندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی وجود دارد (۲۴). در مطالعه‌ای نشان داده شد که آموزش رفتارهای حمایتی خانواده توانست سبب بهبود پیروی دارویی در بیماران دیابتی نوع ۲ شود (۱۵). در مطالعه‌ای دیگر نیز بیان گردید که حمایت ضعیف خانواده می‌تواند از جمله علل عمده پیروی ضعیف دارویی در بیماران فشار خون باشد (۲۵). یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعاتی که به آنها پرداخته شد، حاکی از اثربخشی آموزش خانواده محور در بهبود حمایت خانواده از بیمار و تبعیت بهتر بیمار از رژیم دارویی بود.

منابع:

- 1- Koohestani HR, Baghcheghi N, Zand S. Impact of teaching cardiac rehabilitation programs on electrocardiogram changes among patients with myocardial infarction. *Iran J Nurs Res*. 2010; 5(16): 6-12. [Persian]
- 2- Kazemi T, Nik M. "World heart day 2014", Significance of cardiovascular diseases in east of Iran. *J Res Med Sci*. 2015; 20(5): 423. [Persian]
- 3- Suaya JA, Stason WB, Ades PA, Normand S-LT, Shepard DS. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 54(1): 25-33. doi: 10.1016/j.jacc.2009.01.078.
- 4- Hoseini M, Rahmani-Nia F, Samami N, Hoseini R. Relationship of nutrition knowledge and physical activity level with total cholesterol, HDL-C and LDL-C in men with myocardial infarction. *Iran J Cardiovasc Nurs J*. 2013; 2(3): 26-34. [Persian]
- 5- Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox-medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med*. 2010; 362(17): 1553-5. doi: 10.1056/NEJMp1002305
- 6- Stillely CS, Bender CM, Dunbar-jacob J, Sereika S, Ryan CM The Impact of Cognitive Function on Medication Management: Three Studies. *Health Psychol*. 2010; 29(1): 50-55. doi: 10.1037/a0016940
- 7- Dunbar-Jacob J. Chronic disease: A patient focused view. *J Prof Nurs*. 2005; 21(1): 3-4. DOI: 10.1016/j.profnurs.2004.12.001

- 8- Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika S, Doswell WM. Adherence in chronic disease. *Annu Rev Nurs Res.* 2000; 18: 48-90.
- 9- Adetunji AA, Ladipo MMA, Irabor AE, Adeleye JO. Perceived family support and blood glucose control in type 2 diabetes. *Diabet Int.* 2007; 15: 18-9.
- 10- Mohanan P, Kamath A. Family support for reducing morbidity and mortality in people with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (3): CD006046. DOI: 10.1002/14651858.CD006046.pub2.
- 11- Omosanya OE, Ezeoma IT, Elegbede OT, Agboola SM, Bello IS, Shabi OM, *et al.* Pattern of family support among HIV patients in a tertiary health centre in southwest Nigeria. *Nigerian Journal of Family Practice.* 2012; 3(1): 15-9.
- 12- Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes care.* 2012; 35(6): 1239-45. doi: 10.2337/dc11-2103.
- 13- Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A. The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Mod Care J.* 2014; 11(1): 19-27. [Persian]
- 14- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008; 10(5): 348-54.
- 15- Khosravizade Tabasi H, Madarshahian F, Khoshniat Nikoo M, Hassanabadi M, Mahmoudirad G. Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *J Diabetes Metab Disord.* 2014; 13(1): 113. doi: 10.1186/s40200-014-0113-2.
- 16- Haidari S, Salahshourian A, Rafii F. The relationship between social support and quality of life in cancer patients affiliated to Iran University of Medical Sciences [MSc Dissertation]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2006. [Persian]
- 17- Monajemi A. Health Medical Guide for Cardiovascular Disease. Iran: AzadehMehr publication; 2015. [Persian]
- 18- Aghdadi A. I want a healthy heart. Iran: Jeihoon publication; 2016. [Persian]
- 19- Shahriari M, Alimohammadi N, Ahmadi M. Effects of a family centered program on perceived social support in patients with congestive heart failure: An interventional study. *J Educ Health Promot.* 2016; 5: 6. doi: 10.4103/2277-9531.184559.
- 20- Duhamel F, Dupuis F, Reidy M, Nadon N. A qualitative evaluation of a family nursing intervention. *Clin Nurse Spec.* 2007; 21(1): 43-9.
- 21- HoseiniAzizi T, Hasanzadeh F, Esmaily H, Ehsae M, Masoudynia M. The effect of family's supportive presence on the recovery of patients with brain injury in intensive care unit: a randomized clinical trial. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2014; 11(12): 977-87. [Persian]
- 22- Jones TM, Hush JM, Dear BF, Titov N, Dean CM. The efficacy of self-management p programmers for increasing p physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury (ABI): A systematic review. *Syst Rev.* 2014; 3: 39. doi: 10.1186/2046-4053-3-39.
- 23- Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani SJ, 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]
- 24- Masoudnia E, Foroozannia Kh, Montazeri M. Relationship between Perceived Social Support and Adherence to Medical Advices among Patients with Coronary Heart Disease after By-pass Surgery. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2012; 19(6): 798-806. [Persian]
- 25- Olowookere AJ, Olowookere SA, Talabi AO, Etonyeaku AC, Adeleke OE, Akinboboye OO. Perceived family support and factors influencing medication adherence among hypertensive patients attending a Nigerian tertiary hospital. *Ann Trop Med PH.* 2015; 8(6): 241. DOI:10.4103/1755-6783.162668