Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 2

The effectiveness of a family-centered health program on self-care in patients with coronary artery Disease

Seyedeh Bita Mir Ghaffari[1], Maryam Kalhornia Golkar [2]*, Taher Tizdast[3]

1. Department of Psychology, Ki.C., Islamic Azad University, Kish, Iran.

2. Corresponding Author: Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Email: m.kalhornia@kiau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Citation: Mir Ghaffari, S. B., Kalhornia Golkar, M., Tizdast, T. (2025). The effectiveness of a family-centered health program on self-care in patients with coronary artery Disease. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (2):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

Coronary heart disease is one of the most common heart diseases and the leading cause of death in the world, and its effective management requires comprehensive approaches beyond drug treatment. Self-care, as one of the key components in controlling this disease, in the context of social support, especially family support, can help improve the quality of life of patients and reduce repeated hospitalizations. The present study was designed to investigate the effectiveness of a family-centered health program on self-care in patients with coronary heart disease. This quasi-experimental study with a pretest-posttest design and three-month follow-up included 30 men with coronary heart disease who were randomly divided into two intervention groups (n=15) and control groups (n=15). The intervention group participated in eight weekly 90-minute sessions of a family-centered educational-support program, while the control group did not receive any educational intervention. The results showed that the family-centered health program significantly increased self-care behaviors in the intervention group compared to the control group, and these changes were maintained for three months after the intervention. These findings emphasize the importance of family participation in improving self-care in heart patients and indicate that family-centered interventions can be effective as a complement to drug treatments in the management of heart disease. The results of the study suggest the need to integrate these approaches into the health system and recommend to policymakers to provide the basis for the systematic implementation of family-centered programs.

Key words
Coronary heart disease, self-care, family-centered health program, social support

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اثربخشی برنامه سلامت خانواده‌محور بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب

سیده بیتا میر غفاری[۱]، مریم کلهرنیا گل کار *[۲]، طاهر تیزدست [۳]
۱.گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی،کیش، ایران.
۲. نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳.دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۴/۰۱/۰۷

تاریخ پذیرش
۱۴۰۴/۰۶/۳۱

چکیده

بیماری عروق کرونر قلب یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی و علت اصلی مرگ‌ومیر در جهان است که مدیریت مؤثر آن نیازمند رویکردهای جامع و فراتر از درمان دارویی است. خودمراقبتی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی در کنترل این بیماری، در بستر حمایت‌های اجتماعی و به ویژه حمایت‌های خانواده می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش بستری‌های مکرر کمک کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه سلامت خانواده‌محور بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب طراحی شد. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، شامل ۳۰ مرد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بود که به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه مداخله در هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برنامه آموزشی ـ حمایتی خانواده‌محور شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکرد. نتایج نشان داد که برنامه سلامت خانواده‌محور به‌طور معناداری موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد و این تغییرات تا سه ماه پس از مداخله حفظ گردید. این یافته‌ها تأکید بر اهمیت مشارکت خانواده در بهبود خودمراقبتی بیماران قلبی دارد و نشان می‌دهد که مداخلات خانواده‌محور می‌توانند به‌عنوان مکملی برای درمان‌های دارویی در مدیریت بیماری‌های قلبی موثر باشند. نتایج پژوهش، ضرورت ادغام این رویکردها در نظام سلامت را مطرح می‌سازد و به سیاست‌گذاران توصیه می‌کند تا زمینه‌های اجرای نظام‌مند برنامه‌های خانواده‌محور را فراهم کنند.

واژگان کلیدی
بیماری عروق کرونر قلب، خودمراقبتی، برنامه سلامت خانواده‌محور، حمایت اجتماعی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

بیماری‌های قلبی–عروقی همچنان مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در سطح جهان محسوب می‌شوند و سهم قابل توجهی از بار جهانی بیماری، ناتوانی‌های مزمن و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم نظام‌های سلامت را به خود اختصاص داده‌اند (فدله و همکاران، ۲۰۲۵). در میان این اختلالات، بیماری عروق کرونر قلب به دلیل شیوع بالا، ماهیت مزمن و احتمال بروز عوارض حاد، جایگاه ویژه‌ای دارد. این بیماری که در اثر تنگی یا انسداد پیشرونده عروق کرونری ایجاد می‌شود، می‌تواند به بروز درد قفسه سینه، انفارکتوس میوکارد، کاهش تحمل فعالیت، محدودیت عملکردی و افت کیفیت زندگی منجر شود (اوپادیای و همکاران، ۲۰۲۵). روند رو به افزایش امید به زندگی، تغییر الگوهای تغذیه، گسترش سبک زندگی کم‌تحرک و افزایش عوامل خطر رفتاری موجب شده است که بار این بیماری در بسیاری از کشورها روندی صعودی داشته باشد (موچیا و همکاران، ۲۰۲۵). این وضعیت نشان می‌دهد که مدیریت مؤثر بیماری عروق کرونر مستلزم رویکردی فراتر از درمان‌های صرفاً دارویی است و باید بر راهبردهای پیشگیرانه، توان‌بخشی و اصلاح پایدار رفتارهای سلامت‌محور تمرکز شود.

در چارچوب مدیریت بیماری‌های مزمن، خودمراقبتی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادین کنترل بیماری شناخته می‌شود. خودمراقبتی به مجموعه‌ای از رفتارهای آگاهانه و هدفمند اطلاق می‌شود که فرد برای حفظ ثبات وضعیت سلامت، کنترل علائم و پیشگیری از عوارض انجام می‌دهد (استاستنا و همکاران، ۲۰۲۵). این رفتارها شامل مصرف منظم داروها، رعایت رژیم غذایی مناسب، انجام فعالیت بدنی منظم، پایش نشانه‌های جسمانی و مدیریت فشارهای روانی است. شواهد نشان داده‌اند که ضعف در خودمراقبتی با افزایش بستری‌های مکرر، تشدید علائم، افت عملکرد جسمانی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (کواک و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود اهمیت این رفتارها، بسیاری از بیماران در پایبندی مداوم به توصیه‌های درمانی با دشواری مواجه‌اند، زیرا تغییر سبک زندگی فرآیندی پیچیده، چندعاملی و متأثر از شرایط روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی است (کوکوری و همکاران، ۲۰۲۵).

از منظر نظری، مدل‌های رفتار سلامت و رویکردهای روان‌شناسی سلامت تأکید می‌کنند که رفتارهای خودمراقبتی در بستر شبکه‌های حمایتی اجتماعی شکل می‌گیرند و تثبیت می‌شوند. حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق افزایش انگیزش، تقویت احساس خودکارآمدی، کاهش اضطراب و ارتقای ادراک کنترل فرد بر بیماری، به بهبود پایبندی درمانی منجر شود (بگینی و همکاران، ۲۰۲۵). در این میان، خانواده به‌عنوان نزدیک‌ترین، پایدارترین و در دسترس‌ترین منبع حمایت، نقشی محوری در زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب ایفا می‌کند. اعضای خانواده در آماده‌سازی غذا، تنظیم رژیم غذایی، نظارت بر مصرف دارو، تشویق به فعالیت بدنی و ارائه حمایت هیجانی مشارکت دارند و تعامل مستمر آنان با بیمار می‌تواند شرایطی فراهم آورد که رفتارهای سلامت‌محور نه‌تنها آغاز شوند بلکه در طول زمان تثبیت گردند (لونگینی و همکاران، ۲۰۲۵).

بر این اساس، رویکردهای سلامت خانواده‌محور بر این اصل استوارند که بیمار در چارچوب یک نظام تعاملی زندگی می‌کند و هرگونه مداخله مؤثر باید این نظام را نیز دربرگیرد. در این برنامه‌ها، آموزش‌ها صرفاً متوجه بیمار نیست، بلکه اعضای خانواده نیز مهارت‌هایی در زمینه شناخت بیماری، مدیریت علائم، اصلاح سبک زندگی و ارائه حمایت هیجانی کسب می‌کنند (نیو و همکاران، ۲۰۲۵). چنین رویکردی می‌تواند با ایجاد هماهنگی رفتاری در محیط خانه، از بروز تعارض‌ها یا بی‌توجهی‌های ناخواسته جلوگیری کند و زمینه اجرای منسجم توصیه‌های درمانی را فراهم سازد (اوپادیای و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، مشارکت فعال خانواده در تصمیم‌گیری‌های درمانی می‌تواند احساس مسئولیت مشترک را تقویت کرده و پایداری تغییرات رفتاری را افزایش دهد (دی‌سوزا و همکاران، ۲۰۲۵).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

با وجود گسترش مداخلات آموزشی و روان‌اجتماعی در حوزه بیماری‌های قلبی، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی این برنامه‌ها یکسان نیست و عوامل فرهنگی، ساختار خانواده، شدت بیماری و بافت اجتماعی می‌توانند بر پیامدهای مداخله تأثیرگذار باشند (موچیا و همکاران، ۲۰۲۵). در برخی مطالعات، تمرکز اصلی بر آموزش فردی بیمار بوده و نقش خانواده به‌صورت ساختاریافته در طراحی مداخله لحاظ نشده است. همچنین در تعدادی از پژوهش‌ها دوره‌های پیگیری کافی برای سنجش پایداری اثرات مداخله وجود نداشته یا طراحی پژوهش فاقد گروه کنترل بوده است (لی و همکاران، ۲۰۲۵). این محدودیت‌ها ضرورت انجام مطالعاتی با طراحی کنترل‌شده و دوره پیگیری مشخص را برجسته می‌سازد.

در نظام سلامت ایران، با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی–عروقی و محدودیت منابع تخصصی، توجه به مداخلات کم‌هزینه، قابل اجرا و مبتنی بر ظرفیت‌های خانواده اهمیت ویژه‌ای دارد . برنامه‌های آموزشی ـ حمایتی خانواده‌محور می‌توانند به‌عنوان مکمل درمان‌های پزشکی، از بار بستری‌های مکرر بکاهند و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند . با این حال، شواهد بومی مبتنی بر طرح‌های آزمایشی که اثربخشی برنامه سلامت خانواده‌محور را بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، همراه با ارزیابی پیگیری، بررسی کرده باشند محدود است . این خلأ پژوهشی، به‌ویژه در زمینه سنجش پایداری اثرات مداخله در بافت فرهنگی ایران، ضرورت انجام پژوهش حاضر را توجیه می‌کند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه سلامت خانواده‌محور بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب طراحی و اجرا شد. این مطالعه با بهره‌گیری از طرح نیمه‌آزمایشی دارای گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه، به بررسی این موضوع می‌پردازد که آیا مشارکت ساختاریافته خانواده در قالب یک برنامه آموزشی ـ حمایتی می‌تواند موجب افزایش معنادار و پایدار رفتارهای خودمراقبتی در مقایسه با مراقبت‌های معمول شود. انتظار می‌رود نتایج این پژوهش بتواند شواهد علمی لازم را برای توسعه و ادغام برنامه‌های خانواده‌محور در نظام مراقبت از بیماران قلبی فراهم آورد و زمینه ارتقای رویکردهای روان‌شناختی ـ اجتماعی در مدیریت بیماری‌های مزمن را تقویت کند.

روش

پژوهش حاضر به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل مردان ۴۰ تا ۶۵ سال مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بود که در بازه زمانی اجرای پژوهش به بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ نفر واجد شرایط انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند.ملاک‌های ورود شامل تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر قلب توسط متخصص قلب، توانایی حضور در جلسات گروهی، تمایل بیمار و یکی از اعضای خانواده برای مشارکت در جلسات، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی یا بیماری‌های ناتوان‌کننده هم‌زمان و عدم شرکت در برنامه‌های رسمی بازتوانی قلبی در زمان اجرای پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، عدم تمایل به ادامه همکاری و بروز عوارض حاد قلبی در طول اجرای مطالعه بود.گروه مداخله در برنامه سلامت خانواده‌محور شرکت کردند که در قالب هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی برگزار شد. جلسات توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده در حوزه سلامت و با همکاری پرستار بخش قلب اجرا شد. در هر جلسه از روش‌های آموزش تعاملی، بحث گروهی، تمرین‌های عملی و تکالیف خانگی مشترک برای بیمار و عضو خانواده استفاده گردید. گروه کنترل در طول اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله آموزشی رسمی دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار داشت.

جدول ۱. پروتکل مداخله سلامت خانواده‌محور

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

شماره جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	روش‌ها و فعالیت‌ها
جلسه اول	افزایش آگاهی اولیه و ایجاد انگیزه مشارکت	آشنایی اعضا، معرفی ساختار برنامه، تبیین ماهیت بیماری عروق کرونر قلب	آموزش تعاملی، معرفی اعضا، بحث گروهی
جلسه دوم	شناسایی عوامل خطر فردی و خانوادگی	بررسی عوامل خطر (فشار خون، چربی خون، سیگار، کم‌تحرکی)	ارائه آموزشی، پرسش و پاسخ، تکلیف خانگی
جلسه سوم	ارتقای الگوهای تغذیه سالم در خانواده	اصلاح رژیم غذایی سالم قلبی	آموزش عملی، بحث گروهی
جلسه چهارم	افزایش فعالیت بدنی ایمن و تدریجی	فعالیت بدنی ایمن و متناسب با وضعیت قلبی	آموزش و تمرین عملی
جلسه پنجم	بهبود تبعیت درمانی و نظم دارویی	پایبندی دارویی و پیگیری درمان	آموزش و گفت‌وگوی گروهی
جلسه ششم	کاهش استرس و بهبود تنظیم هیجانی	آموزش مهارت‌های کاهش تنش و تنظیم هیجان	تمرین‌های آرام‌سازی، مدیریت استرس
جلسه هفتم	تقویت حمایت اجتماعی و ارتباط مؤثر	آموزش مهارت‌های ارتباطی و حمایت خانوادگی	ایفای نقش، تمرین ارتباطی
جلسه هشتم	تثبیت تغییرات رفتاری و پیشگیری از عود	مرور مطالب، حل مسئله و تدوین برنامه تداوم تغییرات	جمع‌بندی، برنامه‌ریزی رفتاری، تعیین اهداف

همگنی اولیه گروه‌های مداخله و کنترل در مرحله پیش‌آزمون گردآوری شد.

پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب نسخه سوم [1]

برای سنجش میزان پایبندی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب به رفتارهای خودمراقبتی، از پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب نسخه سوم استفاده شد. این ابزار شامل ۲۲ سؤال است که سه

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

به‌منظور گردآوری داده‌های زمینه‌ای، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته شامل متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سابقه مصرف دخانیات، نوع و مدت درمان‌های پیشین، سابقه بیماری‌های جسمانی و روان‌پزشکی و مدت زمان ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب مورد استفاده قرار گرفت. این اطلاعات برای توصیف ویژگی‌های نمونه و بررسی

[1] **Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory – Patient Version 3 (SC-CHDI v3)**

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

روان‌سنجی و ارزیابی تغییرات رفتاری ناشی از مداخله خانواده‌محور است.

با توجه به پوشش جامع ابعاد کلیدی خودمراقبتی، قابلیت اجرای آسان و پایایی و روایی مناسب در نمونه‌های داخلی و خارجی، این پرسشنامه به‌عنوان ابزار اصلی پژوهش انتخاب شد و امکان سنجش دقیق تغییرات رفتاری ناشی از برنامه سلامت خانواده‌محور را در طول زمان فراهم می‌کند.

داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه جمع‌آوری شدند. برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌های اصلی، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها بررسی گردید. جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد و در صورت معنادار بودن اثرات، آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش، به منظور بررسی همگنی اولیه دو گروه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، سن تشخیص بیماری و سطح تحصیلات محاسبه شد. تمامی شرکت‌کنندگان مرد بودند. میانگین سن گروه برنامه سلامت خانواده‌محور ۴۹٫۸۰ سال با انحراف معیار ۴٫۴۹ و گروه کنترل ۴۸٫۱۳ سال با انحراف معیار ۴٫۵۹ بود. میانگین سن تشخیص بیماری در گروه مداخله ۳۹٫۴۲ سال با انحراف معیار ۴٫۴۰ و در گروه کنترل ۳۸٫۴۲ سال با انحراف معیار ۳٫۵۰ به دست آمد. بیشترین سطح تحصیلات مربوط به دیپلم و بالاتر (۶۰٪) و خرده‌مقیاس اصلی «خودمراقبتی نگهداری»، «خودمراقبتی پایش» و «خودمراقبتی مدیریت» را پوشش می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (احتمال بسیار کم) تا ۵ (احتمال بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند، به‌طوری که نمره کل بالاتر نشان‌دهنده سطح مطلوب‌تر خودمراقبتی و پایبندی بیشتر بیمار به توصیه‌های پیشگیرانه و مدیریت فعال بیماری است.

در مطالعات بین‌المللی، روایی محتوایی و ساختار عاملی پرسشنامه تأیید شده و ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل بین ۰٫۸۳ تا ۰٫۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰٫۶۳ تا ۰٫۹۲ گزارش شده است، که نشان‌دهنده پایایی مناسب تا عالی ابزار در نمونه‌های مختلف جمعیتی است. در پژوهش‌های داخلی نیز، نسخه فارسی پرسشنامه با روش ترجمه استاندارد و اعتبارسنجی کامل بررسی شد و ضریب پایایی آن با آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰٫۷۵ تا ۰٫۸۶ گزارش شد؛ همچنین روایی محتوایی و ساختار عاملی آن توسط متخصصان قلب و روانشناسی تأیید گردید.

در پژوهش حاضر نیز، برای اطمینان از پایایی ابزار در نمونه مورد مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰٫۷۴ تا ۰٫۸۶ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اطمینان مناسب برای تحلیل‌های ۴۰٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که دو گروه از نظر سن و سن تشخیص بیماری همگن بوده و تفاوت معناداری وجود ندارد.پیش از انجام تحلیل‌های اصلی، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس بررسی شد. آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که توزیع نمرات خودمراقبتی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه نرمال است. همچنین، آزمون لون برابری واریانس‌ها را تأیید کرد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد خرده‌مقیاس‌های خودمراقبتی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

خرده‌مقیاس	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودمراقبتی نگهداری	برنامه خانواده محور	۱۲٫۰۰ ± ۱٫۷۳	۱۶٫۲۳ ± ۱٫۶۴	۱۶٫۷۶ ± ۱٫۸۵
خودمراقبتی نگهداری	کنترل	۱۲٫۶۸ ± ۱٫۵۷	۱۲٫۲۵ ± ۱٫۴۳	۱۲٫۳۱ ± ۱٫۵۳
خودمراقبتی پایش	برنامه خانواده محور	۱۰٫۹۴ ± ۰٫۸۹	۱۴٫۴۱ ± ۰٫۷۱	۱۴٫۲۳ ± ۰٫۷۵
خودمراقبتی پایش	کنترل	۱۱٫۰۰ ± ۰٫۸۹	۱۱٫۳۱ ± ۰٫۷۰	۱۱٫۱۸ ± ۰٫۸۳
خودمراقبتی مدیریت	برنامه خانواده محور	۱۰٫۲۹ ± ۰٫۸۴	۱۴٫۳۵ ± ۰٫۷۸	۱۴٫۵۲ ± ۰٫۷۱
خودمراقبتی مدیریت	کنترل	۱۱٫۰۰ ± ۰٫۷۳	۱۱٫۵۰ ± ۰٫۶۳	۱۱٫۰۰ ± ۰٫۷۳

الگوی تغییرات نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه نزدیک به یکدیگر بوده است، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات در گروه مداخله افزایش معناداری داشته و اثر مداخله برنامه سلامت خانواده‌محور بر رفتارهای خودمراقبتی را تأیید می‌کند.

جدول ۳: بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خودمراقبتی

گروه	مرحله اندازه‌گیری	آماره شاپیرو–ویلک	سطح معناداری
برنامه سلامت خانواده محور	پیش‌آزمون	۰٫۹۴	۰٫۵
کنترل	پیش‌آزمون	۰٫۸۹۵	۰٫۱۳۶
برنامه سلامت خانواده محور	پس‌آزمون	۰٫۸۸	۰٫۰۸۸
کنترل	پس‌آزمون	۰٫۹۵۱	۰٫۶۵
برنامه سلامت خانواده محور	پیگیری	۰٫۹۰۷	۰٫۱۹۶
کنترل	پیگیری	۰٫۹۸	۰٫۹۸۲

نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که داده‌ها در تمامی مراحل توزیع نرمال دارند و مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است، بنابراین تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر معتبر است.

جدول ۴: آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

مولفه	حالت	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۰٫۵۵۲	۲	۳۳	۰٫۵۸۱
خودمراقبتی	پس‌آزمون	۱٫۳۵	۲	۳۳	۰٫۲۷۲
خودمراقبتی	پیگیری	۲٫۴۳۱	۲	۳۳	۰٫۱۰۳

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

نتـایج نشـان داد کـه فـرض همگنـی واریانس‌هـا برقـرار اسـت و می‌تـوان تحلیـل واریـانس بـا انـدازه‌گیری‌های مکرر را با اطمینان انجام داد.

جدول۵: نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی باز توانی قلبی

اثر	مقدار آزمون	F	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان	۰٫۷۸۰	۳۲٫۳۷	۲	۰٫۰۰۱	۰٫۷۸
زمان × گروه	۰٫۷۷۴	۹٫۳۵	۲	۰٫۰۰۳	۰٫۷۷

نتایج نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان×گروه بر خودمراقبتی معنادار است. این یافته بیانگر آن است که برنامه سلامت خانواده‌محور موجب افزایش پایدار رفتارهای خودمراقبتی در گروه مداخله شده است و گروه کنترل تغییر قابل توجهی نداشته است.

جدول ۶: اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذور	سطح معناداری	مجذور اتا
خودمراقبتی	زمان × گروه	۶۸٫۳۱۲	۲	۲۸٫۱۵۶	۰٫۰۰۱	۰٫۶۱۸
خودمراقبتی	زمان	۲۴٫۳۱۶	۲	۱۲٫۱۵۸	۰٫۰۰۱	۰٫۶۲۰
خودمراقبتی	گروه	۲۹٫۴۰۴	۱	۲۹٫۴۰۴	۰٫۰۰۵	۰٫۳۰۹

آزمون‌هـای اثـرات درون‌گروهـی و بین‌گروهـی نشـان داد که برنامه سـلامت خـانواده‌محور اثـر معنـاداری بـر افـزایش رفتارهـای خـودمراقبتی در گـروه مداخلـه دارد. اثـر زمـان نیـز معنـادار بـود، بـه ایـن معنـا کـه تغییـرات رفتـاری در طـول مراحـل پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری بـه‌طور چشـمگیری مشـاهده شـد. همچنـین اثـر تعامـل زمان×گـروه تأییـد شـد، کـه بیـانگر تفـاوت رونـد تغییـرات خودمراقبتی بین دو گروه است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه مراحل اندازه‌گیری

متغیر	مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودمراقبتی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۴٫۵۸	۰٫۵۷۵	۰٫۰۰۱
خودمراقبتی	پس‌آزمون – پیگیری	-۰٫۲۸۹	۰٫۶۲۶	۱
خودمراقبتی	پیش‌آزمون – پیگیری	۴٫۲۹	۰٫۶۱۴	۰٫۰۰۱

خودمراقبتی در گروه مداخله داشته است. افزایش رفتارهای خودمراقبتی پس از مداخله در مرحله پیگیری نیز حفظ شده مقایسه‌های زوجی با آزمون بنفرونی نشان داد که اجرای برنامه سلامت خانواده‌محور اثر معناداری بر افزایش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه سلامت خانواده‌محور بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بود. نتایج نشان داد که اجرای این برنامه منجر به افزایش معنادار نمرات خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد و این اثر مثبت تا سه ماه پس از پایان مداخله حفظ گردید. این یافته‌ها بیانگر تثبیت رفتارهای سلامت‌محور در زندگی روزمره بیماران و اهمیت مشارکت خانواده در مدیریت بیماری‌های مزمن قلبی است، موضوعی که با مطالعات پیشین همسو است (فدله و همکاران، ۲۰۲۵؛ اوپادیای و همکاران، ۲۰۲۵). در حالی که بسیاری از پژوهش‌های قبلی محدود به پیگیری کوتاه‌مدت یا ارزیابی کلی خودمراقبتی بودند، مطالعه حاضر با بهره‌گیری از پرسشنامه معتبر خودمراقبتی کان و تحلیل جداگانه خرده‌مقیاس‌های نگهداری، پایش و مدیریت، امکان ارزیابی دقیق تغییرات رفتاری و پایداری اثر مداخله را فراهم کرد و شکاف موجود در شواهد پژوهشی را پر نمود.

تحلیل مکانیسم اثر برنامه نشان داد که اثربخشی آن احتمالاً از طریق چند مسیر مکمل حاصل شده است. آموزش هم‌زمان بیمار و اعضای خانواده موجب همسویی دانش و نگرش آنان نسبت به بیماری و راهبردهای مدیریت آن شد و این هماهنگی شناختی، اجرای توصیه‌های درمانی در محیط خانگی را تسهیل نمود (کواک و همکاران، ۲۰۲۵). مشارکت فعال خانواده در جلسات آموزشی و انجام تکالیف خانگی، سطح حمایت عملی از بیمار را افزایش داد و موانع رایج در پایبندی به رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مصرف دارو را کاهش داد (کوکوری و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، تعامل‌های گروهی و فرصت تبادل تجربه میان شرکت‌کنندگان، انگیزه، احساس تعلق و خودکارآمدی بیماران را تقویت کرد و فرایند تغییر رفتار را تسهیل نمود (بگینی و همکاران، ۲۰۲۵). این ترکیب عوامل شناختی و روانی توضیح می‌دهد که چرا بهبود مشاهده‌شده در خودمراقبتی در طول زمان حفظ شد و اثر برنامه پایدار باقی ماند (نیو و همکاران، ۲۰۲۵؛ دی سوزا و همکاران، ۲۰۲۵).

تحلیل خرده‌مقیاس‌ها نشان داد که برنامه سلامت خانواده‌محور در همه حوزه‌های خودمراقبتی اثر مثبت و معنادار داشته است. در خرده‌مقیاس نگهداری، بیماران رفتارهای پیشگیرانه مانند رعایت رژیم غذایی، پایبندی به مصرف دارو و فعالیت بدنی ایمن را بهبود بخشیدند. در خرده‌مقیاس پایش، توانایی رصد علائم بیماری و پایش تغییرات جسمانی و رفتاری افزایش یافت و در خرده‌مقیاس مدیریت، مهارت‌های تصمیم‌گیری، حل مسئله و کنترل عوامل تنش‌زا ارتقا یافت. این نتایج نشان می‌دهد که اثر برنامه تنها محدود به بهبود کوتاه‌مدت یا افزایش دانش نظری نبوده، بلکه تثبیت رفتارهای خودمراقبتی در طول زمان نیز حاصل شده است که امری حیاتی در بازتوانی بیماران قلبی و کاهش احتمال عود بیماری میباشد.

از منظر کاربردی، پژوهش حاضر با تمرکز بر مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه، شواهد تجربی قوی درباره پایداری اثر مداخلات خانواده‌محور ارائه می‌دهد. بسیاری از مداخلات آموزشی کوتاه‌مدت بدون درگیر کردن خانواده، به بهبودهای موقت منجر می‌شوند که پس از مدتی کاهش می‌یابد، در حالی که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد مشارکت خانواده می‌تواند تغییرات رفتاری را تثبیت و اثر مداخله را طولانی‌مدت سازد. همچنین اندازه اثرهای بالای مشاهده‌شده نشان‌دهنده قدرت عملی برنامه در محیط‌های بالینی واقعی و قابلیت تأثیرگذاری معنادار آن است.

با وجود یافته‌های مثبت، مطالعه محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. حجم نمونه محدود و انتخاب شرکت‌کنندگان از یک مرکز درمانی، امکان تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و مراکز درمانی را محدود می‌کند. کوتاه بودن است. در مقابل، تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود، که بیانگر پایداری اثر مداخله در طول دوره پیگیری سه‌ماهه است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

دوره پیگیری، امکان بررسی اثرات بلندمدت مداخله را محدود می‌سازد و تمرکز صرف بر مردان دامنه کاربرد یافته‌ها را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی خودمراقبتی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی اجتماعی قرار گیرد.

با توجه به این محدودیت‌ها، توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و شامل زنان و گروه‌های سنی متنوع انجام شوند و اثرات طولانی‌مدت برنامه‌های خانواده‌محور، به ویژه بیش از شش ماه، مورد بررسی قرار گیرد. همچنین ارزیابی همزمان شاخص‌های بالینی، کیفیت زندگی و خودمراقبتی می‌تواند مسیرهای اثرگذاری برنامه را روشن‌تر ساخته و به توسعه مدل‌های جامع بازتوانی قلبی کمک نماید.

در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که برنامه سلامت خانواده‌محور رویکردی مؤثر و پایدار برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب است. مشارکت فعال خانواده، آموزش ساختاریافته و حمایت روان‌اجتماعی مستمر، سه مؤلفه کلیدی این برنامه هستند که می‌توانند در کنار درمان‌های دارویی، پیامدهای بالینی بیماران را بهبود بخشیده و کیفیت زندگی آنان را ارتقا دهند. این نتایج بر ضرورت ادغام مداخلات خانواده‌محور در مراقبت‌های جامع قلبی تأکید می‌کند و نشان می‌دهد سیاست‌گذاران و مدیران مراکز درمانی باید زمینه اجرای نظام‌مند این رویکرد را فراهم کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش، روش اجرا، محرمانگی اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی ارائه کردند. اطلاعات افراد به‌صورت محرمانه نگهداری شد و داده‌ها تنها برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت.

قدردانی

پژوهشگر ضمن قدردانی از تمامی بیماران و اعضای خانواده آنان که با انگیزه و همکاری فعال خود، امکان انجام این مطالعه را فراهم آوردند، از پرسنل بیمارستان امام حسین (ع) و تیم درمانی بخش قلب نیز تشکر می‌کند. حمایت بی‌دریغ آنان در زمینه فراهم کردن شرایط مناسب برای اجرای جلسات آموزشی، جمع‌آوری داده‌ها و پیگیری شرکت‌کنندگان، نقش حیاتی در موفقیت این پژوهش داشته است.

reference

Alsaqer, K., Kawafha, M., Al-Maghaireh, D., Sheyab, H., Al Kofahi, A., & Saleh, M. (2026). Arabic version of the Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index v2: A psychometric evaluation. Journal of Cardiovascular Nursing, 41(1), E11–E17.

Beghini, A., Sammartino, A. M., Papp, Z., Von Haehling, S., Biegus, J., Ponikowski, P., … & Tomasoni, D. (2025). 2024 update in heart failure. ESC Heart Failure, 12(1), 8–42.

D'Souza, P. J., Lewis, M. S., Paramasivam, G., Noronha, J. A., Kusumavathi, P., Devasia, T., & George, L. S. (2025). Factors associated with self-care behavior among heart failure patients in India: A systematic review. Journal of Education and Health Promotion, 14(1), 344.

Fedele, D., Casuso Alvarez, M., Maida, A., Vasumini, N., Amicone, S., Canton, L., … & Pizzi, C. (2025). Prevention of atrial fibrillation with SGLT2 inhibitors across the spectrum of cardiovascular disorders: A

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

meta-analysis of randomized controlled trials. European Heart Journal–Cardiovascular Pharmacotherapy, 11(5), 441–450.

Kitsiou, S., Gerber, B. S., Buchholz, S. W., Kansal, M. M., Sun, J., & Pressler, S. J. (2025). Patient-centered mHealth intervention to improve self-care in patients with chronic heart failure: Phase 1 randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 27, e55586.

Kokori, E., Patel, R., Olatunji, G., Ukoaka, B. M., Abraham, I. C., Ajekiigbe, V. O., … & Aderinto, N. (2025). Machine learning in predicting heart failure survival: A review of current models and future prospects. Heart Failure Reviews, 30(2), 431–442.

Kwak, H., Lee, E., & Karki, R. (2025). DNA sensors in metabolic and cardiovascular diseases: Molecular mechanisms and therapeutic prospects. Immunological Reviews, 329(1), e13382.

Lee, C. S., & Riegel, B. (2025). Psychometric testing of the updated Self-Care of Heart Failure Index version 8.0 using item response theory. Journal of Cardiovascular Nursing, 10–1097.

Longhini, J., Gauthier, K., Konradsen, H., Palese, A., Kabir, Z. N., & Waldréus, N. (2025). The effectiveness of nursing interventions to improve self-care for patients with heart failure at home: A systematic review and meta-analysis. BMC Nursing, 24(1), 286.

Moccia, F., Totaro, A., Guerra, G., & Testa, G. (2025). Ca^{2+} signaling in cardiac fibroblasts: An emerging signaling pathway driving fibrotic remodeling in cardiac disorders. Biomedicines, 13(3), 734.

Niu, Q., Ma, W., Lin, Y., & Dong, Y. (2025). Cognition, mood, self-care, and medication adherence in hospitalized patients with heart failure: A cross-sectional study. Scientific Reports, 15(1), 24210.

Qiu, C., Yu, D. S. F., Li, P. W. C., & Riegel, B. (2025). Psychometric evaluation of the traditional Chinese version of the Self-Care of Heart Failure Index version 7.2. Journal of Cardiovascular Nursing, 40(4), 304–311.

Stastna, M. (2025). Post-translational modifications of proteins in cardiovascular diseases examined by proteomic approaches. The FEBS Journal, 292(1), 28–46.

Upadhyay, R. K., Kumar, K., Vishwakarma, V. K., Singh, N., Narang, R., Parakh, N., … & Yadav, H. N. (2025). Delineating the NOX-mediated promising therapeutic strategies for the management of various cardiovascular disorders: A comprehensive review. Current Vascular Pharmacology, 23(1), 12–30.

Widaryati, W., Prihatiningsih, D., & Ramdani, W. F. (2025). Factors affecting self-care in heart failure patients: A cross-sectional study. Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology, 36(2–3), 165–173.

Wu, Y. R., Su, W. S., Lin, K. D., & Lin, I. M. (2025). Effect of heart rate variability biofeedback on cardiac autonomic activation and diabetes self-care in patients with type II diabetes mellitus. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 50(3), 315–327.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]