

Original Article



The Effect of Implementing a Self-care Program Based on the Orem Model on Health Outcomes in Patients with Heart Failure: A Quasi-Experimental Study

Nasrin Razavi Tazeshari¹, Amin Soheili², Masumeh Akbarbegloo^{2*}

¹ Master of Nursing Student, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

² Department of Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

Article history:

Received: 21 January 2026

Revised: 26 April 2026

Accepted: 06 June 2026

ePublished: 19 June 2026

*Corresponding author:

Masumeh Akbarbegloo, Department of Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

Email: m.akbarbegloo@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: Heart failure is increasing with the aging population and is associated with high mortality. The Orem self-care model, with its emphasis on patient empowerment, can play an important role in improving clinical outcomes. Therefore, this study aimed to determine the effect of implementing Orem's self-care program on health outcomes among patients with heart failure.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted at Khatam al-Anbia Hospital in Salmas, Iran, in 2025. The sample comprised 60 heart failure patients selected using convenience sampling and assigned to two intervention and control groups. Data were collected through demographic questionnaires, the Orem model needs assessment form, and a health outcomes questionnaire at pretest and three months after the intervention. The intervention group received four training sessions based on Orem's educational support system, and the control group received routine nursing care. Data were analyzed using the SPSS software (version 19) with central tendency and dispersion descriptive indices, t-test, chi-square test and Fisher's exact test. The Shapiro-Wilk test was also used to assess the normality of the data.

Results: In the intervention group, significant decreases in blood pressure, low-density lipoprotein, high-density lipoprotein, triglyceride, and glucose levels were observed ($P < 0.001$). In the within-group comparison of the control group, the mean health outcome score decreased; however, the difference was not statistically significant ($P = 0.085$). In the intervention group, health outcomes increased by more than 44 units, a statistically significant change ($P < 0.001$). In the intergroup comparison, no significant difference was found between the mean score of the control group before training and that of the intervention group ($P = 0.075$); however, after training, the difference was significant ($P < 0.001$). The regression coefficient showed a significant, direct correlation between health outcomes before and after the intervention ($r = 0.33$, $P = 0.011$).

Conclusion: Education based on the Orem self-care model improved health outcomes in patients with heart failure. Therefore, structured educational programs based on needs, especially the Orem model, can be an effective strategy to improve the quality of patient care.

Keywords: Heart failure, Health outcomes, Orem, Self-care



Extended Abstract

Background and Objective

Heart failure is one of the most common cardiovascular diseases, and its prevalence is increasing. Given the high costs of healthcare, the need for changes in care approaches has received much attention. One of these approaches is self-care, which can play an important role in disease management. The Orem self-care model is one of the most complete self-care theories, providing an appropriate clinical guide for planning and implementing self-care principles. Evidence has shown that a lack of information and skills necessary for disease management and self-care is one of the most important factors in adverse disease outcomes. Therefore, education is the main pillar for preventing these outcomes. Various studies have been conducted on Orem self-care education among patients with cardiovascular diseases, with different results; however, none have focused on health outcomes. Implementing self-care strategies with a focus on health outcomes is essential for bridging the gap between clinical guidelines and personal care. Therefore, this study aimed to determine the effect of the Orem self-care program on health outcomes in patients with heart failure.

Materials and Methods

This quasi-experimental study was conducted at Khatam al-Anbia Hospital in Salmas, Iran in 2025. The sample comprised 60 heart failure patients selected using convenience sampling and assigned to intervention and control groups. The inclusion criteria included diagnosis of heart failure based on classes II and III, no history of mental illness or physical disability, no history of heart surgery in the past 6 months, no cognitive, hearing, or vision disorders, no education in the medical field, no history of formal education about heart failure, and the ability and willingness to participate in the study. The exclusion criteria included unavailability of telephone contact (three to four times a day for a week) with the patient and his/her family during the research, unwillingness of the patient to continue participating in the study, death of the patient due to illness or any accident, and worsening of the patient's condition. The data collection tools included demographic questionnaires, a needs assessment form containing 30 questions about the needs of patients with heart failure based on the Orem model, which had three dimensions: universal self-care needs, individual care needs regarding growth and development, and health deviations care needs. The

health outcomes questionnaire included two general subscales of physical health and mental health, which had eight dimensions and 12 items. Data were collected at the pretest and three months after the intervention. The intervention group received 4 group training sessions using the lecture method based on the Orem supportive-educational nursing system. The sessions lasted 30-45 minutes every week for one month. Patients in the control group received routine nursing care (such as cardiac monitoring, vital sign control, medication use, and test control) in the ward and were unaware of the intervention group's training program. Data analysis was performed using the SPSS software (version 19) with central and dispersion descriptive indices, t-test, chi-square, and Fisher's exact tests. Shapiro-Wilk test was also used to check the normality of the data.

Results

The distribution of patient demographic characteristics in the intervention and control groups was similar, and the chi-square test did not show a statistically significant difference ($P < 0.001$). The mean systolic and diastolic blood pressure, cholesterol, low-density lipoprotein, high-density lipoprotein, triglycerides, and glucose decreased after the educational intervention ($P < 0.001$). In the within-group comparison of the control group, the mean score of health outcomes decreased; however, the difference was not statistically significant ($P = 0.085$). In the intervention group, there was an increase of > 44 units in health outcomes, which was also statistically significant ($P < 0.001$). In all subscales of health outcomes (general perception of health, physical functioning, physical health, emotional problems, physical pain, social functioning, vitality and energy, and mental health), a statistically significant difference was observed in the mean scores of the intervention group after the education ($P < 0.001$). A significant and direct correlation was observed between health outcomes before and after the intervention ($P = 0.011$, $r = 0.33$).

Conclusion

The findings of this study clearly showed that implementing a self-care program based on the Orem model through a supportive-educational system approach leads to significant improvements in health outcomes in patients with heart failure. Therefore, the use of structured educational programs based on Orem's needs assessment as part of quality of care improvement programs in cardiac wards and outpatient clinics is recommended.

Please cite this article as follows: Razavi Tazehshari N, Soheili A, Akbarbegloo M. The Effect of Implementing a Self-care Program Based on the Orem Model on Health Outcomes in Patients with Heart Failure: A Quasi-Experimental Study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2026; 34(2): 166-178 DOI: 10.53208/ajnm.34.2.166



تأثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر پیامدهای سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی: یک مطالعه نیمه تجربی

نسرین رضوی تازه شهری^۱، امین سهیلی^۲، معصومه اکبربگلو^{۲*}

^۱ دانشگاه علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

^۲ گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

چکیده

سابقه و هدف: نارسایی قلبی با روند سالمندی جمعیت رو به افزایش بوده و با مرگومیر بالا همراه است. الگوی خودمراقبتی اورم با تأکید بر توانمندسازی بیماران، می تواند نقش مهمی در بهبود پیامدهای بالینی ایفا کند. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی اورم بر پیامدهای سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی در بیمارستان خاتم الانبیا سلماس سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه ۶۰ نفر از بیماران نارسایی قلبی بوده که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. داده ها از طریق پرسش نامه های مشخصات جمعیت شناختی، فرم نیازسنجی الگوی اورم و پرسش نامه پیامدهای سلامت در مراحل پیش آزمون و سه ماه پس از مداخله جمع آوری شد. گروه مداخله چهار جلسه آموزشی مبتنی بر سیستم حمایتی-آموزشی اورم دریافت کردند و برای بیماران گروه کنترل مراقبت های معمول پرستاری بخش انجام شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از شاخص های توصیف مرکزی و پراکندگی، آزمون های تی تست، کای دو و دقیق فیشر انجام شد. آزمون شاپیروویک نیز جهت بررسی نرمال بودن داده ها به کار گرفته شد.

یافته ها: در گروه مداخله کاهش معنی دار فشار خون، LDL، HDL، تری گلیسیرید و گلوکز مشاهده شد ($P < 0.001$). در مقایسه درون گروهی گروه کنترل، متوسط نمره پیامدهای سلامت کاهش داشت هرچند از نظر آماری اختلاف معنی دار نبود ($P = 0.085$). در حالی که در گروه مداخله بیش از ۴۴ واحد افزایش در پیامدهای سلامت را وجود داشت که از نظر آماری نیز اختلاف معنی دار بود ($P < 0.001$). در مقایسه بین گروهی، اختلاف آماری معنی دار میان متوسط نمره قبل آموزش گروه کنترل با مداخله یافت نشد ($P = 0.075$)، اما بعد از آموزش، اختلاف معنی دار شد ($P < 0.001$). ضریب رگرسیونی هم بستگی معنی دار و مستقیم میان پیامدهای سلامت قبل و بعد از مداخله نشان داد ($t = 0.33$ ، $P = 0.011$).

نتیجه گیری: آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم توانست موجب بهبود پیامدهای سلامت در بیماران نارسایی قلبی شود. لذا به کارگیری برنامه های آموزشی ساختارمند مبتنی بر نیازها، به ویژه الگوی اورم، می تواند به عنوان یک راهبرد مؤثر در برنامه های ارتقای کیفیت مراقبت بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی، اورم، پیامدهای سلامت، نارسایی قلبی.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۰۱

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۱۶

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: معصومه اکبربگلو، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

ایمیل: m.akbarbegloo@yahoo.com

استناد: رضوی تازه شهری، نسرین؛ سهیلی، امین؛ اکبربگلو، معصومه. تأثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر پیامدهای سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، بهار ۱۴۰۵، ۳۴(۲): ۱۶۶-۱۷۸

مقدمه

با توجه به تغییر سبک زندگی و افزایش میانگین سنی جمعیت در بیشتر جوامع، پیش بینی می شود در سال های آینده بار

بهبود پیامدهای سلامت در نارسایی قلبی، یک رویکرد چندوجهی و شخصی‌سازی‌شده است که آموزش پایه (مدیریت دارو، رژیم غذایی و علائم) را با حمایت رفتاری (مبتنی بر نظریه‌هایی مانند اورم) ترکیب می‌کند، مراقب خانوادگی را در برنامه درمانی مشارکت می‌دهد، از تماس‌های تلفنی منظم برای پایش و حمایت استفاده می‌کند و اپلیکیشن‌ها را به‌عنوان ابزار کمکی به کار می‌گیرد [۹].

از آنجاکه هدف اصلی درمان تمام بیماری‌ها افزایش سطح عملکرد و ارتقای کیفیت زندگی رضایت بخش است، این کار فقط با ارائه برنامه خودمراقبتی و جست‌وجوی راه‌حل‌های مناسب در راستای کمک به این امر میسر است. یکی از رسالت‌های پرستاری ارتقای سطح سلامت است و استفاده از الگوهای پرستاری برای ارائه مراقبت پرستاری سبب اصلاح کیفیت مراقبت بیماران می‌شود [۱۱].

با توجه به اینکه نارسایی قلبی یک بیماری مزمن است، تطابق مادام‌العمر با آن ضروری است؛ بیماران نارسایی قلبی درجه I خفیف‌ترین مرحله بیماری را دارند که نیازی به بستری کردن بیمار نیست و فرد در حالت استراحت و فعالیت روزانه مشکلی ندارد ولی در حالت فعالیت سنگین دچار تنگی نفس می‌شود. نارسایی قلبی درجه II بیمار در حالت استراحت مشکلی ندارد ولی فعالیت فیزیکی روزانه باعث بروز علائم می‌شود. نارسایی قلبی درجه III در حالت استراحت مشکلی ندارد اما خیلی زود با شروع فعالیت روزانه علامت ایجاد (تنگی نفس) می‌شود. نارسایی قلبی درجه IV بیمار در حالت استراحت هم علائم نارسایی قلبی را دارد [۱]. بنابراین، انتظار می‌رود بیماران مجموعه‌ای از فعالیت‌های رفتاری را برای مراقبت از خود دنبال کنند. شواهد نشان داده است فقدان اطلاعات و مهارت‌های لازم جهت مدیریت شرایط بیماری و مراقبت از خود یکی از مهم‌ترین عوامل پیامدهای نامطلوب بیماری است. بنابراین آموزش رکن اصلی برای پیشگیری از وقوع این پیامدها است [۱۲]. البته تاکنون مطالعات مختلفی در زمینه آموزش خودمراقبتی اورم در بیماران قلبی انجام شده است که نتایج متفاوتی نیز داشته است. برای مثال در بعضی از این مطالعات کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی بعد از آموزش براساس الگوی اورم، خوب بود، در بعضی دیگر در حد متوسط بود، در بعضی دیگر تأثیرگذار ضعیفی داشته و هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط نبود. بنابراین نیاز به انجام مطالعاتی که انسجام بیشتری داشته باشند احساس می‌شود [۱۳-۱۵]. اما هیچ‌کدام روی پیامدهای سلامت تمرکز نداشتند. اجرای استراتژی‌های خودمراقبتی با تمرکز بر پیامدهای سلامت در پر کردن شکاف بین دستورالعمل‌های بالینی و مراقبت‌های شخصی ضروری است. با تجهیز بیماران به دانش و مهارت‌های ضروری، افراد برای ایفای نقش فعال در مدیریت سلامت خود توانمند می‌شوند، این امر به مشارکت بیمار و پایبندی به شیوه‌های مراقبت از خود کمک می‌کند و درنهایت، باعث بهبود رفاه کلی بیمار در مدیریت نارسایی قلبی و بهبود پیامدهای سلامت و افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۱۶].

بیماری‌های غیرواگیر، به‌ویژه بیماری‌های قلبی، افزایش یابد [۱]. طبق اطلاعات منتشرشده توسط سازمان بهداشت جهانی اولین و مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در سطح جهان، مربوط به بیماری‌های قلبی-عروقی (Cardiovascular diseases/CVDs) است و در سال ۲۰۲۲، حدود ۷۰۲۸۸۰ نفر بر اثر بیماری قلبی جان خود را از دست دادند، این معادل ۱ مورد از هر ۵ مرگ است [۲]. آمار مرگ‌ومیر در ایران نیز نشان می‌دهد ۴۶ درصد کل مرگ‌ها و ۲۷/۲ درصد از سال‌های ازدست‌رفته عمر، ناشی از این بیماری قلبی-عروقی است [۳]. نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی است که شیوع آن در حال افزایش است. میزان بقای یک ساله نارسایی قلبی در موارد خفیف تا متوسط بیماری ۸۰ تا ۹۰ درصد و در نارسایی قلبی شدید ۵۰ تا ۶۰ درصد تخمین زده شده است [۲]. انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ حدود ۸ میلیون نفر مبتلا به نارسایی قلبی شوند که هزینه‌های مرتبط با درمان آن بالغ بر ۵۳ میلیارد دلار خواهد بود [۱]. با توجه به هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی، ضرورت تغییر در رویکردهای مراقبتی بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این رویکردها، خودمراقبتی است که می‌تواند نقش مهمی در مدیریت بیماری‌ها ایفا کند. درواقع، خودمراقبتی شیوه‌ای از مراقبت از سلامت است که در آن فرد بیمار نقش اصلی را در ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و کنترل مؤثر وضعیت خود بر عهده دارد [۴]. بیماران قلبی با یادگیری نحوه مراقبت از خود می‌توانند خطر عوارض و مرگ‌ومیر را کاهش دهند. آموزش خودمراقبتی می‌تواند به بیماران در مورد بیماری‌شان، نحوه مصرف داروها، تغییرات سبک زندگی و علائم هشدار دهنده خطر کمک کند [۵]. الگوی خودمراقبتی اورم یکی از کامل‌ترین نظریه‌های خودمراقبتی است که راهنمای بالینی مناسبی برای برنامه ریزی و اجرای اصول خودمراقبتی در اختیار می‌گذارد [۶]. در الگوی اورم، براساس نیازهای بیماران در هنگام انحراف از سلامتی و نقش پرستار، ۳ نوع سیستم مراقبتی طراحی شده است: سیستم جبرانی کامل، سیستم جبرانی نسبی، سیستم حمایتی-آموزشی. در سیستم جبرانی کامل، پرستار همه برنامه مراقبتی بیمار را انجام می‌دهد [۷].

از آنجاکه نقص در خودمراقبتی، عامل زمینه‌ساز بسیاری از رفتارهای آسیب‌رسان به سلامت محسوب می‌شود، تشخیص زودهنگام و مداخله به‌موقع در اصلاح این کمبودها، نقشی اساسی در پیامدهای سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارند. این تأثیر در ابعاد مختلفی از جمله کیفیت زندگی، توانایی انجام خودمراقبتی، سلامت روان و کاهش بستری مجدد مشاهده شده است [۸]. پیامدهای سلامت، پیامدهایی هستند که از درمان برنامه‌ریزی‌شده، مداخله یا مجموعه‌ای از مداخلات در سیستم مراقبت‌های بهداشتی ناشی می‌شوند [۹]. اندازه‌گیری پیامدهای سلامت به بهبود سلامت جمعیت و تجربه مراقبت از بیمار کمک می‌کند و همچنین هزینه سرانه مراقبت‌های بهداشتی و فرسودگی شغلی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را کاهش می‌دهد [۱۰]. مؤثرترین استراتژی برای

بنابراین نیاز به انجام مطالعاتی که انسجام بیشتری داشته باشند احساس می‌شود. لذا با در نظر گرفتن نکات فوق این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی اورم بر پیامدهای سلامتی در بیماران نارسایی قلبی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان خاتم الانبیا شهر سلماس در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه ۶۰ نفر بیماران واجد شرایط مطالعه بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل تقسیم شدند، به این صورت که لیستی از افرادی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، تهیه شد و به هر یک از افراد یک شماره اختصاص داده شد. این شماره‌ها بر روی کاغذ نوشته و در داخل یک جعبه انداخته شد. سپس پژوهشگر سوم مطالعه که نویسنده مسئول نیز است از داخل جعبه شماره‌ها را به تعداد افراد گروه‌ها قرعه‌کشی کرد و لیست افراد گروه مداخله و کنترل مشخص شد. برای محاسبه دقیق حجم نمونه از مطالعه آقاخانی و همکاران استفاده شد [۱۷]. با توجه به اطلاعات زیر، حجم نمونه برای این مطالعه ۲۸ نفر برای هر گروه تعیین شد که در مجموع، ۵۶ نفر محاسبه شد و با احتمال خطای ریزش تقریباً ۱۰ درصد، ۶۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$1/96, Z_{1-\alpha/2} = 0.05, \alpha = 0.05, SD = 11, \mu_2 = 6\mu_1 = 1/28, Z_{1-\beta} = 0.99$$

$$N = \frac{2\sigma^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{2(5.8)^2 \times (1.96 + 1.28)^2}{(5)^2} = 28$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری نارسایی قلبی براساس کلاس II و III با معرفی پزشک معالج، عدم وجود سابقه بیماری روانی و معلولیت جسمی، عدم وجود سابقه عمل جراحی قلب در ۶ ماه گذشته، عدم ابتلا به اختلالات شناختی، شنوایی و بینایی، عدم تحصیل در گروه پزشکی، فقدان سابقه آموزش رسمی در مورد بیماری نارسایی قلبی، داشتن توان و تمایل شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم دسترسی از طریق تماس تلفنی (۳-۴ بار در روز طی یک هفته) با بیمار و خانواده او در حین اجرای پژوهش، عدم تمایل بیمار به ادامه مشارکت در مطالعه، مرگ بیمار در اثر بیماری یا وقوع هر حادثه و وخیم شدن حال بیمار بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که یکی از محققان بعد از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی خوی به محیط پژوهش

مراجعه کرد و بیماران واجد شرایط را به صورت در دسترس انتخاب نمود. سپس بیماران به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بیماران از اینکه در کدام گروه قرار داشتند، اطلاع نداشتند. آنها از طریق تماس تلفنی جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند. سپس، پیش‌آزمون از شرکت کنندگان جهت نیازسنجی براساس مدل اورم و تعیین پیامدهای سلامتی انجام شد. برنامه خودمراقبتی براساس نیازسنجی طراحی گردید. این برنامه شامل سیستم پرستاری حمایتی-آموزشی (انجام اقدامات مشاوره‌ای و تسهیل کننده) بود. براساس نیازهای مددجویان که از پرسش‌نامه نیازسنجی براساس مدل اورم استخراج شد، مددجویان گروه مداخله، ۴ جلسه آموزش گروهی و یک‌دست و مراقبت‌های پرستاری مربوط به هر نیاز بیمار طبق نیازسنجی (جدول ۱)، به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه، هر هفته، از طریق روش سخنرانی به مدت یک ماه انجام شد [۱۸]. مددجویان آموزش را توسط نویسنده اول مقاله که دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری و پژوهشگر آموزش دیده با سابقه کار ۱۰ سال در بخش مراقبت ویژه قلب بود، دریافت کردند. در صورت ترخیص بیماران از بخش، پژوهشگر با آنها تماس تلفنی برقرار کرده و برای برگزاری جلسات آموزشی بعدی در بیمارستان هماهنگ می‌شدند. پژوهشگر آموزش‌ها را در اتاق خلوتی که قبلاً با هماهنگی مسئولین بیمارستان برای این امر در نظر گرفته شده است، انجام داد. آموزش‌های خود مراقبتی براساس مراقبت‌های پرستاری مدون مندرج در کتابهای پرستاری و نظرات افراد متخصص قلب انجام شد. در طول دوره پیگیری که ۳ ماه بود [۱۹] از بیماران خواسته شد که این مراقبت‌ها را در منزل انجام دهند و در صورتی که نیاز به راهنمایی داشتند، با پژوهشگر تماس گرفته و رفع اشکال نمایند. البته پژوهشگر نیز به فاصله ۲ الی ۳ روز بعد از آموزش در طول هفته با بیماران تماس تلفنی داشتند. به دلیل اینکه گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی باهم تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و براساس معیارهای ورود و خروج در ابتدای مطالعه انتخاب شده بودند در نتیجه، تأثیر عوامل مخدوشگر بر روی پیامدهای سلامت در دو گروه کنترل شده بود. بیماران گروه کنترل مراقبت‌های معمول پرستاری (از قبیل مانیتورینگ قلبی، کنترل علائم حیاتی، مصرف داروها، کنترل آزمایشات) را در بخش دریافت نمودند و همچنین با آموزش‌های مراقبتی روتین حین ترخیص از بخش مرخص شدند و از برنامه آموزشی گروه مداخله بی اطلاع بودند. در طی ۳ ماه اجرای برنامه خود مراقبتی، پژوهشگر نیز تماس‌های تلفنی معمولاً دو هفته یکبار با مشارکت کنندگان داشت، بعد از اتمام دوره پیگیری مجدداً پرسش‌نامه خودمراقبتی و پیامدهای سلامت برای هر دو گروه تکمیل شد (شکل ۱). همچنین پس از اتمام مداخله یک بسته آموزشی شامل کتابچه در مورد بیماری و مراقبت‌های آن در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

جدول ۱. برنامه آموزشی خودمراقبتی براساس نیازسنجی الگوی اورم بر پیامدهای سلامت

تعداد جلسات	برنامه آموزشی اورم	محتوای آموزشی
جلسه اول	برنامه آموزشی-حمایتی الگوی اورم در رابطه با پیامدهای عملکرد فیزیکی	آموزش الگوها و رفتارهای مربوط به تغذیه مناسب و رعایت رژیم غذایی در بیماران نارسایی قلبی، سعی در تغییر حذف عادات غیربهداشتی، آموزش فعالیت‌های جسمانی و ورزشی مناسب برای بیماران.
جلسه دوم	برنامه آموزشی-حمایتی الگوی اورم در رابطه با پیامدهای سلامت و درد جسمانی	آموزش علائم بیماری، انجام آزمایشات دوره‌ای و مراجعه به پزشک، آموزش پایبندی به رژیم درمانی و داوری برای کنترل علائم.
جلسه سوم	برنامه آموزشی-حمایتی الگوی اورم در رابطه با پیامدهای نشاط و انرژی حیاتی	تشویق به داشتن هدف در زندگی، ایجاد احساس آرامش و امیدواری به آینده، تشویق بیمار جهت انجام نیايش و اعمال عبادی جهت تقویت بعد معنوی
جلسه چهارم	برنامه آموزشی-حمایتی الگوی اورم در رابطه با پیامدهای سلامت روانی و عملکرد اجتماعی	آموزش توانایی بیان نگرانی‌ها و مشکلات، آموزش فواید مرتبط با داشتن روابط بین‌فردی مناسب و برخورداری از حمایت اجتماعی، آموزش شناسایی عوامل فشارزای زندگی و راه‌های مقابله با آن.

متفاوت ۳ تایی و ۵ تایی و برخی گویه‌ها دو ارزشی می‌باشند. نمره کلی ابزار ۱۰۰ است. نمرات بالای ۵۰ نشان دهنده پیامدهای سلامت بهتر است [۲۰].

روایی و پایایی پرسش‌نامه پیامدهای سلامت در مطالعه وار و همکاران (۱۹۹۶) انجام شده است. همسانی درونی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در بعد جسمانی ۰/۶۷ و در بعد روانی ۰/۹۷ بود [۲۰]. در ایران نیز مطالعه علوی زاده و همکاران (۱۳۹۵) همسانی درونی پرسش‌نامه پیامدهای سلامت را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴۱ به دست آوردند [۲۱]. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه فرم نیازسنجی براساس الگوی اورم توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده علوم پزشکی خوی و متخصصین ابزارسازی در این حیطه انجام شد. در روایی صوری با تغییرات جزئی در گویه‌ها تمامی گویه‌های ابزار توسط متخصصین تأیید شد. در روایی محتوایی، نسبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio/CVR) با توجه به تعداد ۱۰ نفر متخصص در مطالعه حاضر، عباراتی که مقدار عددی نسبت یاد شده از عدد جدول لاوشه (۰/۴۲) بزرگ‌تر بودند، می‌توانستند حفظ شوند [۲۲]، در این مطالعه هیچ کدام از گویه‌ها براساس جدول لاوشه حذف نشدند و نسبت روایی محتوا کل ابزار ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین جهت تعیین شاخص روایی محتوا (Content Validity Index/CVI)، نقطه برش ۰/۸ اعمال شد که شاخص روایی محتوایی همه گویه‌ها بالای ۰/۸ بود و برای کل ابزار ۰/۸۷ به دست آمد. جهت تعیین پایایی ابزار از پایایی همسانی درونی به روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد به این صورت که پرسش‌نامه نیازسنجی الگوی اورم توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، تکمیل گردید. ضریب بالای ۰/۸ نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب در نظر گرفته شد [۲۲]. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار مذکور ۰/۹۱ به دست آمد.

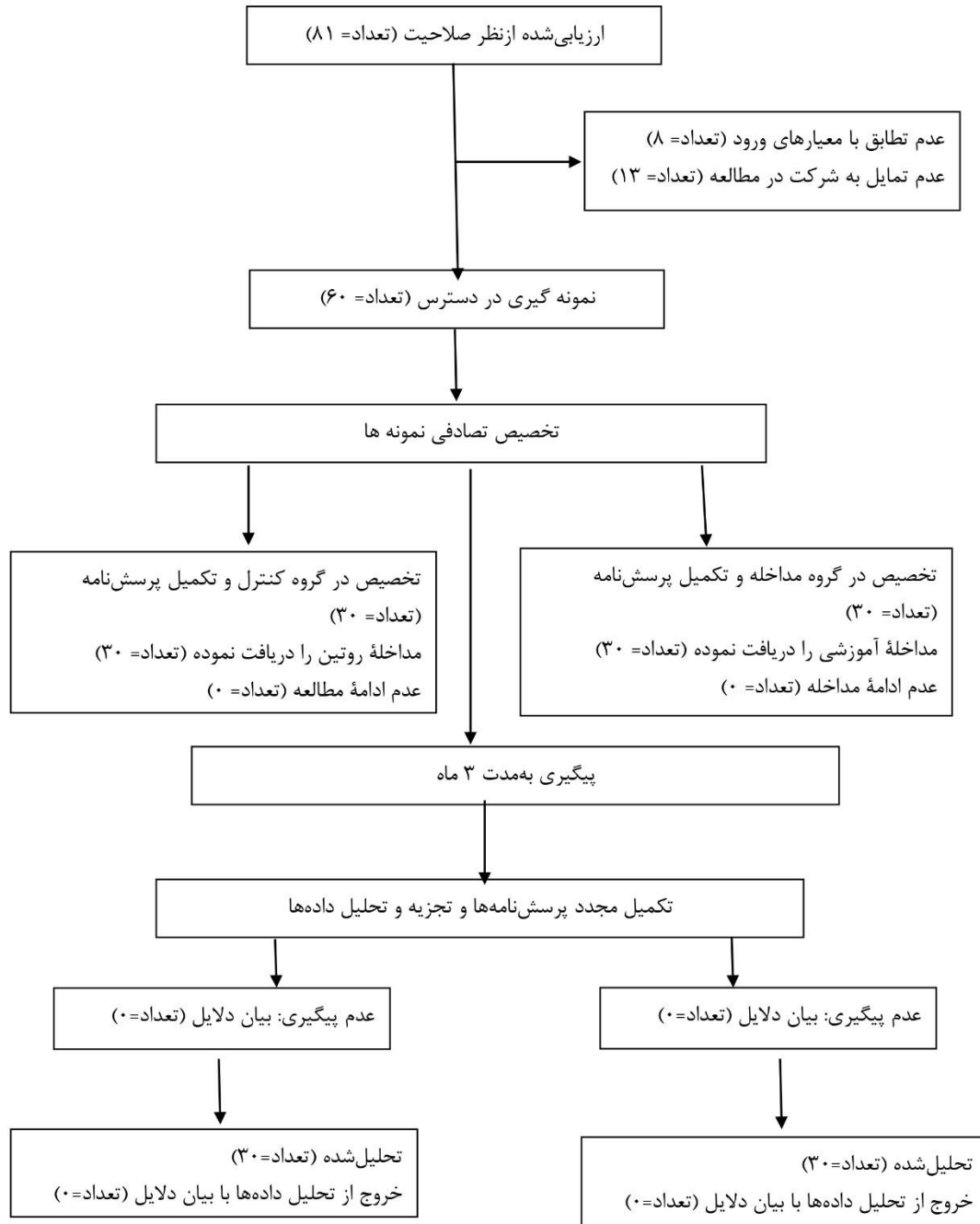
داده‌های گردآوری‌شده از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹ و با کمک شاخص‌های توصیف مرکزی و

داده‌های مطالعه از طریق پرسش‌نامه‌ای که شامل ۳ قسمت بود، جمع آوری شد: بخش اول پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، میزان درآمد، شدت بیماری، سابقه بیماری در خانواده، سابقه بیماری‌های مزمن در فرد، وضعیت بیمه، وضعیت اشتغال، علائم حیاتی و علائم پاراکلینیکی بود. بخش دوم فرم نیازسنجی آموزشی بیماران براساس الگوی خودمراقبتی اورم بود که توسط پژوهشگران براساس مرور متون، مفاهیم و نظریه‌های پرستاری بر طبق نظریه اورم و همچنین مطالعه آقاخانی و همکاران [۱۷] تهیه شد. فرم نیازسنجی شامل ۳۰ سؤال در مورد نیازهای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی براساس الگوی اورم بود که دارای سه بعد نیازهای همگانی مراقبت از خود (۱۴ سؤال)، نیازهای مراقبتی فرد در مورد رشد و تکامل (۷ سؤال) و نیازهای مراقبتی انحراف از سلامتی (۹ سؤال) بود. پاسخ به هر سؤال به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (هیچ وقت=۱ تا همیشه=۵) بود. به صورت قراردادی کسب نمره ۳۰-۷۰ به عنوان زیاد یا وابسته، نمره ۷۰-۱۱۰ به عنوان متوسط یا نیمه وابسته و نمره ۱۱۰-۱۵۰ به عنوان کم یا مستقل از نظر خودمراقبتی منظور شد.

بخش سوم شامل پرسش‌نامه خودارزیابی پیامدهای سلامت ۱۲ گویه‌ای (12-item medical outcomes study short form) است. این پرسش‌نامه توسط وار و همکاران (۱۹۹۶) در ایالت ماساچوست آمریکا و به زبان انگلیسی طراحی شد و شامل دو زیرمقیاس کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی و ۸ بعد و ۱۲ گویه است. ابعاد پرسش‌نامه شامل درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان است. سلامت جسمی جمع ابعاد درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی و درد جسمانی است و سلامت روانی جمع ابعاد مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی، سلامت روان است. گویه‌های این ابزار دارای طیف لیکرت

آزمون‌های تی تست مستقل برای مقایسه بین گروهی و تی تست زوجی برای مقایسه درون گروهی، کای دو و دقیق فیشر استفاده شد. و سطح معنی‌داری، $P < 0.05$ بود.

پراکندگی توصیف شد. آزمون شاپیروویک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها به کار گرفته شد که نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌ها بود ($P > 0.05$). جهت مقایسه گروه‌ها از نظر خصوصیات فردی و بیماری از آزمون‌های



شکل ۱. فلوچارت مراحل انجام مطالعه

قرار داشتند. ۸۸٪ بیماران متأهل بودند. توزیع بیماران از نظر ویژگی‌های مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل مشابه بوده و آزمون کای اسکوتر اختلاف آماری معنی‌دار نشان نداد ($P < 0.001$). از نظر ویژگی‌های بالینی، شدت بیماری ۳۴٪ (۵۷٪) نفر در کلاس II و ۲۶٪ (۴۳٪) نفر در کلاس III بودند. در حدود ۳۲ نفر (۵۳٪) از

نتایج
در این مطالعه، ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی شهر سلماس شرکت کردند که بیشتر آنها در گروه سنی ۶۱-۷۰ قرار داشتند. از نظر جنسیتی دو سوم بیماران مرد بودند. حدود ۹۰٪ بیماران تحصیلات تا سطح دیپلم داشتند. ۷۳٪ بیماران در گروه کم‌درآمد

آموزشی کاهش داشت ($P < 0/001$). سایر تغییرات در ویژگی‌های بالینی بیماران در جدول ۲ نشان داده شده است.

بیماران سابقه بیماری‌هایی همچون دیابت، بیماری کلیوی و فشارخون را داشتند. میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، کلسترول، اچ‌دی‌ال، ال‌دی‌ال، تری گلیسیرید و گلوکز بعد از مداخله

جدول ۲. مقایسه درون گروهی و بین گروهی میانگین ویژگی‌های بالینی مشارکت‌کنندگان قبل و بعد از مداخله.

ویژگی	بازه زمانی	کنترل	مداخله	آماره تی (معنی‌داری)
نبض	قبل	$75/20 \pm 6/29$	$72/67 \pm 6/71$	$1/51 (0/137)$
	بعد	$74/23 \pm 5/63$	$74/67 \pm 7/03$	$-0/26 (0/793)$
		$0/91 (0/368)$	$-1/38 (0/179)$	-
فشار خون سیستول	قبل	$127/66 \pm 17/26$	$152/67 \pm 13/18$	$-6/31 (<0/001)$
	بعد	$128 \pm 15/12$	$118/03 \pm 13/46$	$2/70 (0/009)$
		$-0/15 (0/885)$	$10/29 (<0/001)$	-
فشار خون دیاستول	قبل	$78/67 \pm 10/08$	$87 \pm 6/51$	$-3/80 (<0/001)$
	بعد	$80/33 \pm 5/56$	$74/53 \pm 9/29$	$2/94 (0/005)$
		$-1/15 (0/258)$	$6/67 (<0/001)$	-
HDL	قبل	$34/20 \pm 6/62$	$32/27 \pm 4/78$	$1/30 (0/200)$
	بعد	$56/47 \pm 80/33$	$48/10 \pm 4/04$	$0/57 (0/573)$
		$-1/53 (0/138)$	$-16/45 (<0/001)$	-
LDL	قبل	$129/50 \pm 28/50$	$130/93 \pm 21/78$	$-0/22 (0/828)$
	بعد	$126/10 \pm 26/36$	$91/30 \pm 19/38$	$5/83 (<0/001)$
		$3/06 (0/005)$	$11/40 (<0/001)$	-
تنفس	قبل	$18/27 \pm 0/64$	$18/30 \pm 0/60$	$-0/21 (0/835)$
	بعد	$29/03 \pm 41/04$	$18/43 \pm 0/63$	$1/41 (0/168)$
		$-1/44 (0/160)$	$-0/81 (0/423)$	-
درجه حرارت	قبل	$36/88 \pm 0/23$	$36/93 \pm 0/17$	$-1/08 (0/283)$
	بعد	$36/91 \pm 0/18$	$36/94 \pm 0/21$	$-0/53 (0/597)$
		$-0/67 (0/508)$	$-0/12 (0/908)$	-
گلوکز	قبل	$161/13 \pm 46/74$	$142/93 \pm 50/23$	$1/45 (0/152)$
	بعد	147 ± 49	$103/80 \pm 20/42$	$4/46 (<0/001)$
		$2/24 (0/033)$	$5/55 (<0/001)$	-
تری گلیسیرید	قبل	$230/10 \pm 63/62$	$240/43 \pm 29/62$	$-0/81 (0/425)$
	بعد	$224/37 \pm 52/91$	$144/30 \pm 26/69$	$7/40 (<0/001)$
		$0/74 (0/467)$	$16/35 (<0/001)$	-

($P = 0/075$) اما برای بعد از آموزش، اختلاف معنی‌دار ($P < 0/001$) بود. در همه زیرمقیاس‌های پیامدهای سلامت (درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی، سلامت روان) نیز بعد از آموزش اختلاف آماری معنی‌دار در متوسط نمرات گروه مداخله مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتایج جدول ۳ نشان داد در مقایسه درون گروهی گروه کنترل، متوسط نمره پیامدهای سلامت بعد از آموزش کاهش داشت، هرچند از نظر آماری اختلاف معنی‌دار نیست. درحالی‌که در گروه مداخله بیش از ۴۴ واحد افزایش در پیامدهای سلامت را شاهد بودیم ($P < 0/001$). در مقایسه بین گروهی، اختلاف آماری معنی‌دار میان متوسط نمره قبل آموزش گروه کنترل با مداخله یافت نشد.

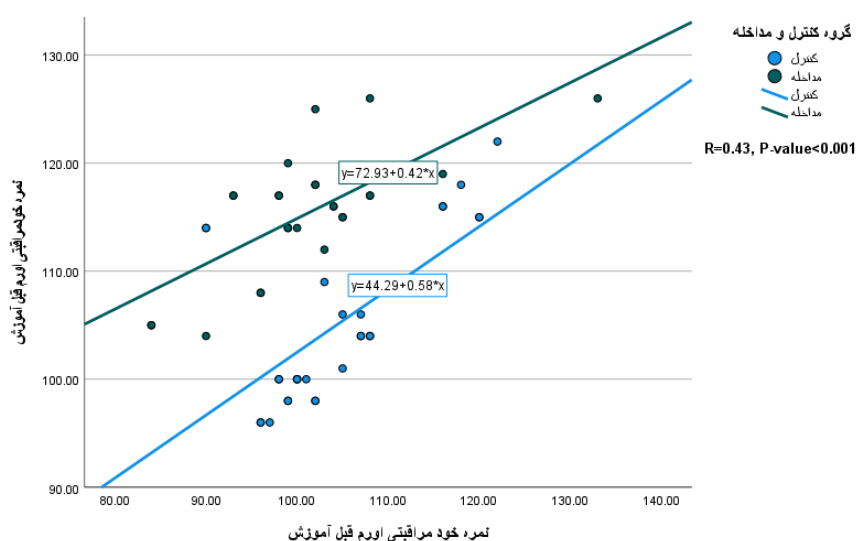
جدول ۳. مقایسه درون گروهی و بین گروهی پیامدهای سلامت و زیرمقیاس‌های آن قبل و بعد از مداخله.

ویژگی	بازه زمانی	کنترل	مداخله	آماره تی (معنی‌داری)
مقیاس برون دادهای سلامت (H)	قبل	$39/19 \pm 19/46$	$40/82 \pm 19/72$	$1/82 (0/075)$
	بعد	$31/68 \pm 11/22$	$84/81 \pm 7/88$	$-11/32 (<0/001)$
		$-1/78 (0/085)$	$-36/71 (<0/001)$	-
۱- زیرمقیاس درک کلی از سلامت خود	قبل	$45/83 \pm 14/80$	$43/97 \pm 10/89$	$0/55 (0/584)$

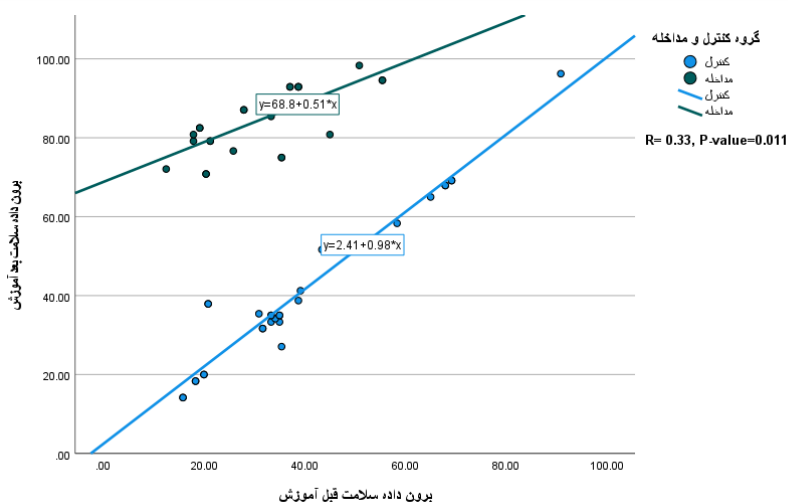
بعد	$50/83 \pm 15/37$	$70/69 \pm 15/04$	$-5/01 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	$-1/99 (<0/056)$	$-12/58 (<0/001)$	-
قبل	$88/33 \pm 53/63$	$69/97 \pm 47/08$	$1/47 (<0/046)$
بعد	$88/33 \pm 52$	$164/48 \pm 47/18$	$-5/89 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	$0/0 (<0/001)$	$-15/15 (<0/001)$	-
قبل	$33/33 \pm 71/11$	0 ± 0	$2/57 (<0/016)$
بعد	$33/33 \pm 71/11$	200 ± 0	$-12/84 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	-	-	-
قبل	$43/33 \pm 72/79$	$17/24 \pm 46/82$	$1/64 (<0/007)$
بعد	$43/33 \pm 72/79$	$189/66 \pm 30/99$	$-10/10 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	-	$-17/60 (<0/001)$	-
قبل	$53/50 \pm 23/97$	$56/90 \pm 22/06$	$-0/57 (<0/0574)$
بعد	$56/67 \pm 20/69$	$85/35 \pm 12/53$	$-6/41 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	$-1/71 (<0/097)$	$-10/55 (<0/001)$	-
قبل	$50/87 \pm 25/74$	$48/28 \pm 28/54$	$0/37 (<0/0715)$
بعد	$55/33 \pm 25/01$	$78/62 \pm 15/05$	$-4/35 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	$-1/30 (<0/0205)$	$-9/86 (<0/001)$	-
قبل	$46 \pm 19/05$	$43/44 \pm 15/18$	$0/57 (<0/0572)$
بعد	$48/67 \pm 19/42$	$69/65 \pm 21/79$	$-3/91 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	$-1/68 (<0/0103)$	$-6/38 (<0/001)$	-
قبل	$109/07 \pm 33/63$	$101/38 \pm 34/20$	$0/87 (<0/0388)$
بعد	$113/33 \pm 31/66$	$159/31 \pm 24/78$	$-6/20 (<0/001)$
آماره تی (معنی داری)	$-1/67 (<0/0106)$	$-10/43 (<0/001)$	-

نتایج نمودار ۲ مشخص کرد که خط رگرسیونی پیامدهای سلامت گروه مداخله شیب تندتری از گروه کنترل دارد و تأثیر آموزش را نشان می‌دهد. هم‌بستگی معنی‌دار و مستقیم میان پیامدهای سلامت قبل و بعد از مداخله گزارش می‌شود ($r=0/33$, $P=0/011$).

نتایج نمودار ۱ مشخص کرد خطوط رگرسیونی نیازسنجی خودمراقبتی اورم بصورت موازی است. به عبارت دیگر، نمرات قبل و بعد از آموزش در هر دو گروه افزایشی است. هم‌بستگی خطی میان داده‌های قبل و بعد از آموزش مستقیم و معنی‌دار است ($r=0/43$, $P<0/001$).



نمودار ۱. پراکندگی نمرات نیازسنجی خودمراقبتی اورم در گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش به همراه هم‌بستگی و خط رگرسیون به تفکیک گروه‌ها.



نمودار ۲. پراکندگی نمرات پیامدهای سلامت در گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش به همراه همبستگی و خط رگرسیون به تفکیک گروه‌ها.

دیگر مطالعه محسوب می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر مشخص کرد همه ابعاد پیامدهای سلامت بعد از مداخله بهبودی قابل توجه و معنی‌داری داشتند. بین ابعاد پیامدهای سلامت، بعد سلامت جسمانی وضعیت بهتری داشت در حالی که کمترین میانگین در میان بعد عملکرد اجتماعی و بعد نشاط و انرژی حیاتی بود. مطالعه آل-راویلی (Al-Ruwayli) و همکاران (۲۰۲۴) با هدف تأثیر مداخلات خودمراقبتی به‌رهبری پرستار بر پیامدهای سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد پیامدهای سلامت در ابعاد سلامت روانی و فعالیت اجتماعی دارای بیشترین میانگین بوده‌اند و کمترین میانگین مربوط به ابعاد فعالیت جسمی و محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی بوده است. این یافته‌ها از مداخلات پرستاری به‌عنوان یک استراتژی مناسب برای بهبود پیامدهای سلامت در مدیریت نارسایی قلبی حمایت می‌کنند، و درنهایت، باعث کاهش بستری‌شدن در بیمارستان، افزایش کیفیت زندگی و توانمندسازی کلی بیمار در مدیریت سلامت خود می‌شود [۳۱]. یکی از دلایل تفاوت نتایج مطالعه حاضر و بهبود بعد سلامت جسمانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌تواند ناشی از اهمیت معیارهای بالینی اولیه برای بیماران باشد، بدترشدن وضعیت سلامت جسمانی منجر به بستری‌های مکرر بیماران و تحمیل هزینه‌های زیاد و صرف وقت و انرژی بیماران می‌گردد که همه آنها با خودمراقبتی ضعیف، عدم پایبندی به دارو یا عدم آگاهی در مورد تغییرات سبک زندگی مرتبط باشد. لذا بیماران اهمیت بیشتری به بعد سلامت جسمانی نشان دادند.

ژو (Zhou) و همکاران (۲۰۲۱) مطالعه‌ای برای ارزیابی تأثیر مدل خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی و توانبخشی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام دادند. نتایج نشان‌دهنده اثربخشی جامع مدل خودمراقبتی اورم در بهبود همه ابعاد مختلف از جمله سلامت جسمی، عملکرد فیزیولوژیکی، درد جسمی، نشاط، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روان در گروه مداخله بود [۳۲]. به‌رغم وجود مشابهت‌هایی در یافته‌های ژو و همکاران با مطالعه حاضر، دلیل وجود تناقضات در زمینه اولویت بعضی ابعاد از جمله

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی اورم بر پیامدهای سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. این مطالعه با تکیه بر یکی از الگوهای پرستاری، یعنی نظریه خودمراقبتی اورم به بررسی این سؤال پرداخت که آیا تقویت مهارت‌های خودمراقبتی می‌تواند پیامدهای بالینی بیماران نارسایی قلبی را بهبود بخشد یا خیر.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر افزایش معنادار نمره نیازسنجی خودمراقبتی در گروه مداخله بود که با نتایج بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین همسو است. پژوهش‌هایی چون صالحی و همکاران (۲۰۲۲) و یلدیز (Yildiz) و همکاران (۲۰۲۰) نیز گزارش کرده‌اند آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم یا مداخلات مشابه، سبب ارتقای توانایی بیماران در شناسایی نیازهای مراقبتی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی می‌شود [۲۴، ۲۳]. همچنین یافته‌های پژوهش افزایش معنادار نمره پیامدهای سلامت در گروه مداخله را نشان داد که با نتایج مطالعات مشابه در زمینه مراقبت بیمار و پیامدهای سلامتی هم‌خوانی دارد [۲۵-۲۷]. نتایج مطالعات دسی (Dessie) و همکاران (۲۰۲۱) و نیاملانگ (Niamlaong) و همکاران (۲۰۲۱) در حوزه بیماران قلبی و مبتلایان به بیماری‌های مزمن نیز نشان می‌دهد مداخلات آموزش‌محور، آگاهی و تبعیت مراقبتی بیماران را افزایش داده و پیامدهای بالینی را بهبود می‌بخشد [۲۸، ۲۹]. یافته‌های مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد مراقبت بیمار محور بر توانایی بیمار در مدیریت شرایط شخصی تأثیرگذار بوده و از این طریق رضایتمندی بیمار، پیامدهای سلامتی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد [۳۰]. همسویی این مطالعات با یافته‌های حاضر نشان می‌دهد آموزش ساختارمند و نیازمحور، همان‌گونه که در مدل اورم مورد تأکید است، نقش مؤثری در ارتقای تشخیص نیازهای مراقبتی و آمادگی بیمار برای پذیرش مسئولیت مراقبت از خود دارد. از طرفی، تبدیل مفاهیم انتزاعی اورم (مانند نظام حمایتی-آموزشی) به پروتکل‌های بالینی عینی و قابل اجرا برای بیماران از مزیت‌های

دسترس و افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک گردد. توجه به این محدودیت‌ها می‌تواند مسیر پژوهش‌های آتی را روشن‌تر سازد و زمینه‌ساز طراحی مطالعات عمیق‌تر و چندمرکزی در آینده باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی اورم در مبتلایان به نارسایی قلبی باعث بهبود پیامدهای سلامت می‌شود. لذا گنجاندن برنامه‌های آموزش خودمراقبتی در فرایندهای روتین مراقبتی می‌تواند بخشی از راهبردهای مؤثر برای بهبود نتایج بیماران قلبی، کاهش بار مراقبتی، و ارتقای کیفیت زندگی آنان باشد. از منظر عملی، این مطالعه توصیه می‌کند که تیم‌های مراقبتی و سیاست‌گذاران حوزه سلامت، آموزش خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم را به‌عنوان یک مداخله استاندارد و هدفمند در برنامه‌های توانبخشی و پایش بیماران قلبی مدنظر قرار دهند تا همگام با مراقبت‌های پزشکی، مهارت‌های خودمراقبتی بیماران نیز تقویت شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی خوی و تمامی مشارکت‌کنندگان در بیمارستان خاتم الانبیاء سلماس به‌جهت همکاری پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله تعارض منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیستی دانشگاه علوم پزشکی خوی (IR.KHOY.REC.1404.005) و کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی انجام شد. جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش، اهداف مطالعه به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه اخذ گردید. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج حاصل از مطالعه بدون ذکر اطلاعات شخصی آنها منتشر خواهد شد و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسش‌نامه‌ها نبود. مشارکت‌کنندگان حق کناره‌گیری از مطالعه را در هر مرحله از پژوهش داشتند.

سهم نویسندگان

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی-جراحی با کد (۴۰۳۰۰۰۴۸) در دانشکده علوم پزشکی خوی است که با مشارکت نویسندگان در تمام مراحل پژوهش انجام شده است.

حمایت مالی

این مطالعه حمایت مالی دریافت نکرده است.

کاهش عملکرد اجتماعی و نشاط و انرژی در بیماران را می‌توان براساس شرایط مزمن بیماری نارسایی قلبی و مواردی مانند محدودیت فیزیکی، خستگی زودرس، کاهش اشتها، افسردگی، انزوای اجتماعی در این بیماران توجیه کرد [۳۳].

از نظر ویژگی‌های بالینی مقایسه گروه‌ها نشان داد رابطه میان فشارخون سیستول و دیاستول، اچ‌دی‌ال، ال‌دی‌ال، گلوکز و تری‌گلیسرید با متوسط نمره پیامدهای سلامت از نوع غیر مستقیم بود و با افزایش در اندازه این متغیرها، از نمره پیامدهای سلامت کاسته شد. همسو با نتایج مطالعه، پژوهش‌های سلیمانی مقدم و همکاران (۲۰۱۸) و فارسی و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند پس از اجرای برنامه آموزشی مدیریت استرس، تمرین ملایم ورزشی و رژیم غذایی گیاهی و کم‌چرب، در هر دو جنس نمایه توده بدنی، فشارخون، سطح استرس، کلسترول و ال‌دی‌ال کاهش یافت [۳۵].

[۳۴]. یکی از دلایلی که می‌تواند باعث بهبود پیامدهای بالینی بیماران بعد از مداخله آموزشی اورم در مطالعه حاضر شود تأثیر آموزش‌های خودمراقبتی انحراف از سلامتی براساس تئوری اورم (ازقبیل تغذیه، ورزش، داروها) باشد. لذا بهبود پیامدهای بالینی با افزایش دانش و مهارت در بیماران قلبی تبیین شود که باعث افزایش تبعیت از درمان، اصلاح سبک زندگی، کاهش استرس می‌شود.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به استفاده از الگوی پرستاری در آموزش بیماران اشاره نمود. ازطرفی، هرچند در بیماران قلبی و عروقی روش‌های مختلف آموزشی برای خودمراقبتی بیماران صورت گرفته است اما آنچه باید مد نظر گیرد ماهیت برنامه‌ها است که اگر برگرفته از نیازهای بیماران باشد، انگیزه و شور و اشتیاق را برای مراقبت در در بیمار و خانواده افزایش می‌دهد و آنها را توانمند می‌سازد. اگر چه این مطالعه به نتایج ارزشمندی دست یافت با محدودیت‌هایی هم روبرو بود. نخست آنکه مطالعه در بیمارستان خاتم‌الانبیاء سلماس انجام شد بنابراین امکان تعمیم نتایج به تمامی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سایر مناطق را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، بخش عمده داده‌ها از طریق ابزارهای خودگزارشی گردآوری شد که می‌تواند تحت‌تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، خطای حافظه یا تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه پاسخ‌های اجتماعی پسند قرار گیرد. پژوهشگران سعی کردند از طریق روش‌هایی مانند تضمین ناشناس‌بودن و محرمانگی پاسخ‌ها، سوگیری تمایل اجتماعی را کاهش و میزان پاسخ‌دهی را در شرکت‌کنندگان بالا ببرند. همچنین عوامل روانی-اجتماعی همچون حمایت اجتماعی یا تفاوت‌های فردی در انگیزش و یادگیری به‌طور کامل قابل کنترل نبودند و این موضوع ازجمله عوامل غیرقابل کنترل در طراحی مداخله محسوب می‌شود. اگرچه در تحلیل داده‌ها تلاش شد برخی متغیرهای مخدوش‌کننده کنترل شود. محدودیت دیگر روش نمونه‌گیری در دسترسی است که موجب سوگیری نمونه شده و ممکن است نمونه نماینده واقعی جمعیت هدف نباشد. که سعی گردید از طریق نمونه‌گیری در زمان‌های متفاوت برای کاهش سوگیری

REFERENCES

1. Saki N, Karandish M, Cheraghian B, Heybar H, Hashemi SJ, Azhdari M. Prevalence of cardiovascular diseases and associated factors among adults from southwest Iran: Baseline data from Hoveyze Cohort Study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2022;**22**(1):309. PMID: 35804295 DOI: 10.1186/s12872-022-02746-y.
2. Deaths from cardiovascular disease surged 60% globally over the last 30 years: Report.2023 [Internet] Link
3. Derakhshan S, Khalili D, Etemad K, Hashemi Nazari S S, Kavousi A, Hadavand F, et al . Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Men and Women Referred to Health Centers in the Four Cities of the Irpen Pilot Program, 2016-2017. *Iran J Endocrinol Metab*. 2021;**23**(1):9-20. Link
4. Akbarbegloo M, Sanaeefar M, Karimi M, Hoseini M. Self protective health care in childhood cancer survivors from the perspective of survivors, parents, and professionals: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2024;**23**(1):1349. PMID: 39501270 DOI:10.1186/s12913-024-11730-5
5. Bahrami M, Ahrari Sh, Jahandideh M, Esmaeelzadeh M, Soleimanian Asl M. Relationship between Self-efficacy and Adherence to Treatment Regimen in Patients with Coronary Heart Disorders: A Correlational Study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025;**33**(1):35-44 DOI: 10.32592/ajnmcc.33.1.35.
6. Alligood M. Nursing theorists and their work. *Elsevier Health Sci*. 2021. Link
7. Marriner-Tomey A, Alligood MR. (Eds.). Nursing theorists and their work. 11th ed. *Elsevier*.2025. Link
8. Hudiawati D, Nur Rosyid F, Pratiwi A, Sulastri S, Kartinah K. The effect of structured education and telemonitoring on self-care, self-efficacy and quality of life in heart failure patients: A randomized controlled trial. *EBCJ*. 2023;**13**(3):7-16. DOI: 10.22038/EBCJ.2023.69805.2819.
9. Jebeli SSH, Hadian M, Souresrafil A. Study of health resource and health outcomes: Organization of economic corporation and development panel data analysis. *J Educ Health Promot*. 2019;**8**(1):70. PMID: 31143787 DOI: 10.4103/jehp.jehp_101_18.
10. Missiou A, Lionis Ch, Evangelos Evangelou E, Tatsioni A. Health outcomes in primary care: a 20-year evidence map of randomized controlled trials. *Family Pract*. 2023;**40**:128–137. PMID: 35809039 DOI: 10.1093/fampra/cmab067.
11. Imani E, Hoseini Teshnizi S, Dehghan N. Application of Orem's Self-Care Model in Patients with Multiple Sclerosis in Iran: A Systematic Review. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025;**33**(4):348-361 Link
12. Park HC, Oh J. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors in Patients with Cardiovascular Disease. *Healthcare (Basel)*. 2021;**9**(1):60. PMID: 33435583 DOI: 10.3390/healthcare9010060.
13. Shohani M, Mohammadyari E, Balavandi F, Tavan H. Self-care behaviors in Iranian patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Payesh* 2024;**23**(3):353-363 DOI:10.61186/payesh.23.3.353
14. Tamannaifar MR, Mansourinik A, Ahmadpoursamani S. Relationship between Personality Traits and Quality of Life in Heart Failure Patients: The Mediating Role of Self-Care Behaviors. *Health Psychol*. 2023;**12**(47):33-46. DOI: 10.30473/hpj.2024.64156.5552.
15. Khezerlou Z., Aghakhani N., Cheraghi R., Alinejad V. Effect of self-care education via distance learning and the reversal method on self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure: A quasi-experimental study. *J Nurs Adv Clin Sci*. 2024;**2**(2):63-70. DOI: 10.32598/JNACS.2411.1079
16. Zlotoff DA, Ho JE. Chronic and End-Stage Heart Failure. *Springer*. 2020:517-33. DOI:10.1007/978-3-030-45792-1.
17. Aghakhani N, Alizadeh S, Hemmati MM, Alinejad V, Khademvatan K. Study of the effect of self-care program model based on Orem's pattern on the quality of life in patients with heart failure. *Pharmacophore*. 2017;**8**(6s):1-11. Link.
18. Rostami M, Baraz PS, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on ON Ederies Quality of Life in Health Care Centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *J Arak Uni Med Sci*. 2009;**12**(2):51-59. Link
19. Mo PK, Wong EL, Yeung NC, Wong SY, Chung RY, Tong AC, et al. Differential associations among social support, health promoting behaviors, health-related quality of life and subjective well-being in older and younger persons: a structural equation modelling approach. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;**20**(1):38. PMID: 35246166 DOI: 10.1186/s12955-022-01931-z
20. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;**34**(3):220-33. PMID: 8628042 DOI: 10.1097/00005650-199603000-00003.
21. Alavizade M, Nasiripour AA, Jadidi R. The Relationship between Patient-Centered Care and Health Outcomes in a Hospital: Tehran. *Nurs Dev Health*.2016;**7**(2):17-25. Link.
22. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. *Wolters Kluwer*. 2021. Link
23. Salehi S. Effect of Implementing Orem Self-Care Model on health-promoting behaviors of mothers having children with leukemia referring to the pediatric ward of Seyed Al-Shohada Hospital in Isfahan City (Iran) in 2021. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2022;**30**(1):72-80. Link.
24. Yildiz FT, Kaşıkçı M. Impact of training based on orem's theory on self-care agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *J nurs res*. 2020;**28**(6):e125. PMID: 33017328 DOI: 10.1097/JNR.0000000000000406.
25. Rakhshani T, Afroozeh S, Kashfi SM. The effect of education of self-care behaviors on the quality of life and resilience of multiple sclerosis patients. *BMC Neurol*. 2024;**24**:264. PMID: 39080600 DOI: 10.1186/s12883-024-03777-y.
26. Alsaad SM, Almalki MF, Alotaibi MA, Alaraik EF, AlSaif HI, Alrasheed AA, et al. Improving Clinical Patient Activation and Strengthening Health Outcomes: Findings from a Quasi-Experimental Study. *J Clin Med*. 2026;**15**(1):301. DOI: 10.3390/jcm15010301
27. Abu Jasser NF, Hayajneh FA, Abdalrahim MS. The Effect of Educational Programs on Self-Care Behaviors Among Patients with Heart Failure: An Integrative Literature Review. *SAGE Open Nurs*. 2026;**16**:12:23779608251410981. PMID: 41552798 DOI:10.1177/23779608251410981.
28. Niamlaong K. Effect of Health Promotion on Self-Care Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension. *Health Sci J Thai*. 2021;**3**(1):50-61. Link
29. Dessie G, Burrowes S, Mulugeta H, Haile D, Negess A, Jara D, et al. Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021;**21**:1-11. PMID: 34344316 DOI: 10.1186/s12872-021-02170-8.
30. Heidari M, Aazami S, Sayehmiri K, Taghinejad H. The Effect of Implementing Orem's Self-Care Model on the Quality of Life of Patients with Myocardial Infarction: A Quasi-Experimental Study. *J Teh Univ Heart Ctr*. 2024;**19**(S1):32-39. PMID: 40979851 DOI: 10.18502/ithc.v19is1.18477
31. Huang Z, Liu T, Gao R, Chair SY.. Effects of Nurse-Led Selfcare Interventions on Health Outcomes among People with Heart Failure. *J Clin Nurs*. 2024;**20**(S3):352-358. DOI: 10.1111/jocn.16947.
32. Zhou T, Liu H, Han A, Gu H, Li X. Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life. *Am J Transl Res*. 2021;**13**(4):2752. PMID: 34017438
33. Fallah M H, Hossieni H, Fallahzadeh H, Mirzaei M. The

- Relationship between Depression, Anxiety, Stress, and Physical Activity with Cardiovascular Disease Risk, Using Structural Equation Modeling in Adults in Yazd City. *TB*. 2021; **20**(3):59-74 [DOI:10.18502/tbj.v20i3.7465](https://doi.org/10.18502/tbj.v20i3.7465)
34. Soleimani Moghadam R, Mohammadi Sh, Kargar Kakhki N, Mohammadi M, Ghadimifar A, Ahmadnejad A, et al. Evaluation The Predictors in Patients With Cardiovascular Disease Based on Walker Health-Promoting Lifestyle. *IJDID*. 2018;**17**(3):157-164. [Link](#).
35. Farsi Z, Chehri M, Zareiyan A, Soltannezhad F. The effect of a caring program based on Pender's Model on health promoting behaviors and self-care in patients with heart failure: A single-blind randomized controlled trial. *Hayat*. Tehran University of Medical Sciences. 2019;**25**(2):106-123. [Link](#).