PAYESH

Volume 22, Issue 6 (November- December 2023)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]

[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

Cardiovascular health self-care program for adults: Findings from six-month follow-up

Farzaneh Maftoon [1*], Motahareh Robab Allameh [2], Afsoon Aeenparast [1], Fatemeh Naghizadeh Moghari [1], Kazem Mohammad [3], Allieh Farahani [2], Fariba Rasooli [1]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
2. Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 7 August 2021
Accepted for publication: 22 August 2023
[EPub a head of print-25 September 2023]
Payesh: 2023; 22(6): 687- 697

Abstract

Objective(s): Awareness of risk factors for cardiovascular diseases is essential for prevention. The current study aimed to assess cardiovascular self- assessment and self-care among Iranian adults before and after an intervention. Self-assessment and self-care play important roles in improving the population health.

Methods: This was a before-after interventional study on a sample of middle-age (30 to 59 years old) samples who randomly were assigned to the intervention and control groups. The intervention group received an educational program while the control grouped received nothing. The study groups completed a self–assessment and a self–care questionnaires at two points in time: once before the study commence and once six months after intervention. The study compared the self–assessment and self–care using Chi square and logistic regression analyses.

Results: In all 1470 participants were studied. About 66% were female, and about 90% were married. In all instances the intervention group showed improvements compared to the control group ($P < 0.05$). For instance, knowledge on cardio vascular health assessment, detecting cardio vascular risk factors and action to prevent risk factors all were improved among intervention group compared to control group($p<0.05$).

Conclusions: The continuous implementation of this health program could play an important role in maintaining and improving the cardiovascular health. Additional studies are needed to assess the long-term effects of the intervention.

Keywords: evaluation, program, cardiovascular self-care, prevention

[*] Corresponding author: Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
E-mail: fmaftoon5@gmail.com

ارزشیابی برنامه خود مراقبتی سلامت قلب و عروق میانسالان: شش ماه پس از مداخله

فرزانه مفتون [1*]، مطهره رباب علامه[2] ، افسون آیین پرست[1] ، فاطمه نقی زاده موغاری[1]، کاظم محمد[3]، عالیه فراهانی[2]، فریبا رسولی[1]

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران، ایران

۲. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی، تهران، ایران

۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۳۱

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳ مهر ۱۴۰۲]

نشریه پایش: ۶۹۷- ۶۸۷ :(۶)۲۲؛ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: نتایج خودمراقبتی برای افراد بیمار شامل کاهش علایم و عوارض بیماری است و در مورد افراد سالم سبب پیشگیری از ابتلا در بسیاری موارد و تشخیص زودرس در سایر موارد می شود که نتایج ارزنده ای به دنبال دارد. در طول دهه‌های اخیر مطالعات وسیعی انجام گرفته و عوامل خطری را که سبب افزایش احتمال ابتلا فرد به بیماری‌های قلبی‌عروقی می شوند را مشخص نموده‌اند. آگاهی از این عوامل خطر و چگونگی کنترل آنها این فرصت را بوجود می آورد که بتوان از بروز این بیماری ها پیشگیری کرده و یا در صورت ابتلا از شدت آن کاست.

مواد و روش کار: این مطالعه یک پژوهش مداخله ای قبل و بعد در دو گروه مداخله و کنترل بود. جمعیت مورد مطالعه افراد میانسال تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی بودند. در هر دو گروه مداخله و کنترل، وضعیت خودارزیابی و خودمراقبتی در زمینه سلامت قلب و عروق سنجیده شد ولی آموزشها فقط برای گروه مداخله داده شد. سپس مجددا شش ماه بعد از مداخله وضعیت هر دو گروه سنجیده شد. نرم افزارSPSS24 جهت ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل استفاده شد.

یافته ها: در مجموع ۱۴۷۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۶۶ درصد زن ، ۳۴ درصد را مرد و ۹۰ درصد متاهل بودند. برخی شاخصها در گروه مداخله عبارت بودند از: " دریافت آموزش در زمینه سلامت قلب و عروق" قبل از اجرای برنامه ۲۹ درصد، که بعد ازآن به ۸۷ درصد افزایش یافت." ارزیابی وضعیت سلامت قلب و عروق" قبل از اجرای برنامه ۶۴ درصد، که بعد از آن به ۸۹ درصد افزایش یافت. " آگاهی از عوامل خطر قلب و عروق و انواع آن" قبل از اجرای برنامه ۸۶ درصد، که بعد از اجرای آن به ۹۶ درصد افزایش یافت. "اقدام جهت حل عامل خطر شناسایی شده" قبل از اجرای برنامه ۴۶ درصد، که بعد از اجرای آن به ۵۶ درصد افزایش یافت. این تغییرات از نظر آماری نیز تفاوت معنی داری داشتند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: تغییرات و بهبودی شاخص ها در گروه مداخله قابل ملاحظه بود. جهت تداوم این بهبودی، استقرار مستمر برنامه آموزشی مورد نیاز است و با توجه به اینکه این شاخصها شامل اثرات کوتاه‌مدت و تا حدودی میان‌مدت این برنامه‌ی آموزشی هستند، پیشنهاد می شود برای ارزیابی اثرات بلندمدت، با فاصله‌ی زمانی بیشتر مطالعات تکمیلی انجام شود.

کلیدواژه ها: ارزشیابی، برنامه، خود مراقبتی قلب و عروق، سلامت و پیشگیری

کداخلاق: IR.TUMS.VCR.REC.1397.1087

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳

E-mail: fmaftoon5@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]

[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

مقدمه

خود ارزیابی و خود مراقبتی در سیستم سلامت نقش مهمی در ارتقای سلامتی افراد سالم و بیمار دارد. نتایج خود مراقبتی برای افراد بیمار شامل کاهش علایم و عوارض بیماری است و در مورد افراد سالم پیشگیری از ابتلا در بسیاری موارد و تشخیص زودرس در سایر موارد نتایج ارزنده‌ای است که در خود ارزیابی و خودمراقبتی حاصل می شود. مطابق تعریف اورم؛ خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت های آگاهانه، اکتسابی و هدف داری است که افراد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده شان انجام میدهند. و در آن افراد از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می کنند تا مسئولانه از سلامت خود مراقبت کنند [۱]. اجرای برنامه خودمراقبتی در دهه های اخیر مورد توجه سیاستگزاران سلامت قرار گرفته است. بعلاوه خودمراقبتی موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، منطقی شدن استفاده از خدمات (نیاز کمتر به مشاوره ارایه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی، کاهش ویزیت بیماران سرپایی و کاهش استفاده از منابع بیمارستانی) و نیز کاهش هزینه های سلامت می‌شود. در انگلستان، کاهش ویزیت پزشکان عمومی تا ۴۰ درصد، کاهش ویزیت‌های سرپایی تا ۱۷ درصد، کاهش ویزیت های بعدی بیماری ها تا ۵۰ درصد، کاهش بستری شدن در بیمارستان تا۵۰ درصد، کاهش طول دوره اقامت بیمار در بیمارستان تا ۵۰ درصد، کاهش یا تعدیل مصرف داروها و کاهش روزهای غیبت از کار تا ۵۰ درصد گزارش شده است از طرفی مطالعات مختلف نیز اهمیت خودمراقبتی را در درمان و کنترل بیماریهای مختلف از جمله دیابت و انفارکتوس میوکارد نشان داده اند این حقایق بیانگر اهمیت موضوع خودمراقبتی است [۳-۱]. امروزه در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، خود مراقبتی یکی از مهم‌ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریبا ۶۵ تا ۸۵ درصد از فعالیت های مراقبتی توسط خود افراد، اعضای خانواده و بدون کمک پزشک انجام می گیرد [۴]. با این وجود، مشکلات و موانع زیادی در سیستم مراقبت بهداشتی ایران وجود دارد. به عنوان مثال بسیاری از افراد به جای مراجعه به پزشکان عمومی و خانواده، به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند. این موضوع ممکن است بار مالی سنگینی را به سیستم سلامت کشور تحمیل کند [۶-۵]. در بعضی مطالعات برخی پیامدهای نامطلوب هم برای خود مراقبتی عنوان شده است، از جمله اینکه فردی که باید از خود مراقبت نماید ممکن است به طور دقیق ماهیت مشکل خود را درک نکرده باشد و آن را تشخیص نداده باشد. دوم اینکه راه های برخورد با مشکلش را به خوبی نشناسد و سوم آن که انگیزه ای برای خود مراقبتی نداشته باشد بررسی مطالعات مرتبط با خود مراقبتی، نشان داد که خودمراقبتی در برخی از موارد به دنبال نگرش های منفی نظیر احساس بی کسی، نداشتن همدردی و حمایت اجتماعی و اختلاف زیاد بین تقاضا و خدمات در دسترس ایجاد می‌شود و تبعات خاص خود را دارد در هر حال، اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی در افراد جامعه نیازمند فراهم ساختن شرایطی جهت بالفعل شدن این رفتارها می باشد. افزایش آگاهی ها و بهبود نگرش افراد جامعه در خصوص اهمیت انجام این رفتارها و منافع آن از یک سو و فراهم آوردن مکان ها، افراد و سازمان ها و منابع اطلاعاتی معتبر برای توانمند سازی جامعه در اتخاذ این رفتارها ضروری به نظر می رسد [۴]. با توجه به اهمیت خود مراقبتی در نظام ارایه خدمات سلامت و هزینه- اثربخشی مناسب آن استفاده از این رویکرد جزء ضروری و اجتناب‌ناپذیر کلیه برنامه های سلامت در سطح ارایه خدمات خواهد بود و البته شایان ذکر است که خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی نبوده بلکه مکمل آن می باشد و یک سیستم مراقبت از سلامت کاراتر را به دنبال دارد. در واقع خودمراقبتی یکی از عوامل تعیین کننده میزان و نحوه استفاده از خدمات تخصصی ومراقبتهای بهداشتی درمانی است [۷]. چالش مهم قرن ۲۱ اجرای موثر رفتارهای خودمراقبتی و دستیابی به خودکنترلی مطلوب در بیماریهای مزمن می‌باشد [۱]. بنابراین مراقبت از وضعیت مزمن درحال حاضر یک اولویت کلیدی برای بخش سلامت می باشد و حمایت از خودمراقبتی وضعیت های مزمن یک جز ء اساسی این کار است. بیماری‌های قلبی‌عروقی یکی از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان می باشد. درکشور ما بیماریهای قلبی عروقی مسئول ۴۶ درصد از مرگ ها و ۲۰ تا ۲۳ درصد بار بیماری در ایران می‌باشند [۸]. بدلیل بار سنگینی که این بیماری‌ها از لحاظ اقتصادی و سلامت بر جامعه وارد می‌سازند، در طول دهه‌های اخیر مطالعات وسیعی انجام گرفته و عوامل خطری را که سبب افزایش احتمال ابتلا فرد به بیماری‌های قلبی‌عروقی می شوند را مشخص نموده‌اند. آگاهی از این عوامل خطر و چگونگی کنترل آنها این فرصت را بوجود می آورد که بتوان از بروز این بیماری ها پیشگیری کرده و یا در صورت ابتلا از شدت آن کاست [۱۰-۹]. در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، شیوه ی زندگی ارتقاء دهنده ی سلامتی که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]

[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

ابعاد آن شامل ۶ بعد است مورد مطالعه قرار گرفت، در این میان مسئولیت در مورد سلامتی، فعالیت جسمانی و تغذیه با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی داری داشتند در این مطالعه به ارائه دهندگان خدمات، برنامه ریزان و پرستاران بخصوص پرستاران سلامت جامعه توصیه شد که در راستای توانمندسازی بیماران، در راستای مراقبت از خود و داشتن شیوه ی زندگی سالم، تلاش نمایند [۱۱]. مطالعه حاضر در راستای ارزیابی برنامه خود مراقبتی اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۸ به اجرا درآمد. در این مقاله وضعیت خودمراقبتی و خودارزیابی " سلامت قلب و عروق" ارائه شد.

مواد و روش کار

این مطالعه پژوهش مداخله ای قبل و بعد (before & after) بود. افراد ۳۰ تا ۵۹ ساله در دو گروه مداخله و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. برای هر گروه ۷۰۰ نمونه در نظر گرفته شد که مجموعا ۱۴۰۰ نمونه راتشکیل می دادند با لحاظ احتمال ریزش، ۱۵۰۰فرم جمع آوری داده ها توزیع شد که ۱۴۷۰ مورد آنان تکمیل شد. وضعیت خود مراقبتی گروه کنترل(شاهد) سنجیده شد ولی آموزش‌های مربوط به خود مراقبتی به آنان داده نشد .گروه مورد (مداخله) افرادی بودند که وضعیت خودمراقبتی آنها سنجیده شد و سپس در کلاس آموزشی شرکت نموده و آموزش های مربوط به خودارزیابی و خودمراقبتی را گرفتند. پنج دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران، جیرفت، شیراز و لرستان در پایلوت برنامه خودمراقبتی میانسالان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داشتند. ابتدا در هر دانشگاه دو شهرستان تقریباً مشابه انتخاب شدند. یکی از شهرستان‌های هر دانشگاه مربوط به نمونه‌های گروه مورد (مداخله) بود و شهرستان دیگر مربوط به نمونه‌های کنترل (شاهد) بود.نمونه ها بصورت تصادفی انتخاب شدند.داده های مورد نیاز توسط پرسشگران آموزش دیده جمع اوری شدند. در هر دو گروه، وضعیت خودارزیابی و خودمراقبتی در زمینه ی سلامت قلب و عروق سنجیده شده ولی آموزشها فقط برای گروه مداخله داده شد و سپس مجددا هر دو گروه شش ماه بعد از انجام مداخله ارزیابی شدند. آزمون مقایسه نسبتها و رگرسیون لجستیک استفاده شد. نرم‌افزارSPSS24 جهت ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن استفاده شد. از مشکلات و محدودیتهای اجرایی طرح وقوع بحران کرونا بود که این مرحله نیز به زمان و تلاش خیلی بیشتری نیاز داشت تا ریزش نمونه ها جبران شود.

یافته‌ها

در این طرح ۱۴۷۰ نفر در طی دو مرحله قبل و بعد از مداخله، مورد مطالعه قرار گرفتند. حدود ۶۶ درصد زنان و ۳۴ درصد مردان افراد گروهها را تشکیل دادند و حدود ۹۰ درصد متاهل بودند. بیشترین تحصیلات در سطح دبیرستان بود. شاغلین بیشتر زنان خانه دار، شغل آزاد و کارمند بودند. تمام افراد شرکت کننده در مطالعه شهری بودند. فراوانی ویژگیهای دموگرافیک شامل جنسیت، تاهل، تحصیلات و اشتغال در گروه های مداخله و شاهد قبل و بعد از اجرای برنامه مداخله ای، مشابه بود، در واقع همان افرادی که اطلاعات پایه شان ارزیابی شد در برنامه آموزشی شرکت کردند و اطلاعات همین افراد بعد از اجرای برنامه مجدد ارزیابی شد (جدول ۱). "دریافت آموزش در زمینه سلامت قلب و عروق" در گروه مداخله قبل از اجرای برنامه ۲۹ درصد و بعد از آن ۸۷ درصد و در گروه شاهد قبل از اجرای برنامه ۲۳ درصد و بعد از آن ۴۸ درصد ذکر شد. "ارزیابی وضعیت سلامت قلب و عروق" در گروه مداخله قبل از برنامه ۶۴ درصد و بعد از آن ۸۹ درصد بود در حالیکه گروه شاهد قبل از برنامه ۵۸ درصد و بعد از آن ۶۸ درصد بود. موارد در گروه مداخله بسیار بیشتر بود و نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌دار بود ($P<۰/۰۱$). (جدول ۲ و نمودار ۱).

در گروه مداخله افرادی که "خود ارزیابی" سلامت قلب و عروق را انجام دادند و همچنین افرادی که "خودارزیابی"آنها بهمراه "ارزیابی توسط کارکنان بهداشتی درمانی" انجام شد نسبت به گروه شاهد بسیار بیشتر بودند. مجموع این موارد از حدود ۶ درصد به ۲۳ درصد افزایش یافت، در حالیکه در گروه شاهد مجموع این موارد از ۹/۴ به ۸/۹ کاهش یافت (جدول ۳).

"آگاهی از عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی" در گروه مداخله قبل از برنامه ۸۶ درصد و بعد از آن ۹۶ درصد بود در گروه شاهد قبل از برنامه ۸۵ درصد و بعد از آن ۹۰ درصد افراد مورد مطالعه ذکر نمودند که عامل خطر برای سلامت قلب و عروق را می‌شناسند. "آگاهی از عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی" در گروه مداخله بیشتر است و نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌دار است؛ ($P<۰/۰۱$) (جدول ۴).

"اقدام برای حل عوامل خطر" سلامت قلب و عروق در گروه مداخله قبل از برنامه ۴۶ درصد و بعد از آن ۵۶ درصد بود. در گروه شاهد قبل از برنامه ۳۴ درصد و بعد از آن ۳۳ درصد افراد مورد مطالعه ذکر نمودند که جهت حل عامل خطر برای سلامت قلب و عروق اقدام

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

کردند. اقدام برای حل کـردن "عامـل خطـر در زمینـه سـلامت قلـب و عروق" در گروه مداخله بیشتر اسـت و نسـبت بـه گـروه شـاهد تفـاوت معنی دار است؛ ($P<۰/۰۱$) (جدول ۵) (نمـودار ۲). در برنامـه آموزشـی خودمراقبتی با آزمون رگرسیون مشخص شد که عوامل موثر به بهبودی شاخص "آموزش در زمینه سلامت قلب و عروق" ، گروه مداخله، زمـان بعد از مداخله، دریافت خدمات میانسالی و سفیر بودن بـود (جـدول ۶). عوامل موثر بر بهبودی شاخص "ارزیابی وضعیت سلامت قلب و عـروق" شامل تحصیلات دانشگاهی، گروه مداخله، زمان بعد از مداخله، دریافـت خدمات میانسـالی، سـفیر بـودن و داشـتن بیمـاری بـود (جـدول ۷). و عوامل موثر بر بهبودی شاخص "شـناخت عوامـل خطـر بیمـاری قلبـی عروقی" شامل تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی، زمان بعـد از مداخلـه، دریافت خدمات میانسالی، سفیر بودن و داشتن بیماری بود (جدول ۸).

جدول ۱: فراوانی ویژگیهای دموگرافیک نمونه های مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های مداخله و شاهد (n=۱۴۷۰)

		قبل تعداد (درصد)	بعد تعداد (درصد)
	جنسیت		
مداخله	مرد	۲۵۲(۳۴/۱)	۲۳۹ (۳۳/۰)
	زن	۴۸۸ (۶۵/۹)	۴۸۶ (۶۷/۰)
شاهد	مرد	۲۴۸ (۳۳/۲)	۲۳۴(۳۲/۵)
	زن	۴۹۸ (۶۶/۸)	۴۸۷(۶۷/۵)
	وضعیت تاهل		
مداخله	مجرد	۷۵ (۱۰/۱)	۷۶ (۱۰/۶)
	متاهل	۶۶۹ (۸۹/۹)	۶۴۴ (۸۹/۴)
شاهد	مجرد	۶۶ (۸/۹)	۵۲ (۷/۳)
	متاهل	۶۷۵ (۹۱/۱)	۶۶۲ (۹۲/۷)
	تحصیلات		
مداخله	ابتدایی	۱۱۷ (۱۵/۹)	۱۰۰ (۱۳/۹)
	راهنمایی	۱۷۴ (۲۳/۶)	۱۵۱ (۲۰/۹)
	دبیرستان	۲۶۳ (۳۵/۷)	۲۸۹ (۴۰/۰)
	دانشگاه	۱۸۳ (۲۴/۸)	۱۸۲ (۲۵/۲)
شاهد	ابتدایی	۱۵۵ (۲۰/۸)	۱۳۸ (۱۹/۲)
	راهنمایی	۱۴۷ (۱۹/۷)	۱۵۶ (۲۱/۷)
	دبیرستان	۲۵۷ (۳۴/۵)	۲۵۸ (۳۵/۸)
	دانشگاه	۱۸۷ (۲۵/۱)	۱۶۸ (۲۳/۳)
	وضعیت اشتغال		
مداخله	خانه دار	۳۶۶ (۵۳/۷)	۳۵۸ (۵۵/۱)
	کارمند	۱۰۷ (۱۵/۷)	۱۰۳ (۱۵/۸)
	کارگر	۳۱ (۴/۵)	۲۴ (۳/۷)
	کشاورز	۴ (۰/۶)	۵ (۰/۸)
	آزاد	۱۳۶ (۱۹/۹)	۱۲۳ (۱۸/۹)
	بیکار	۱۲ (۱/۸)	۴ (۰/۶)
	سایر	۲۶ (۳/۸)	۳۳ (۵/۱)
شاهد	خانه دار	۴۱۶ (۵۷/۴)	۳۹۰ (۵۸/۵)
	کارمند	۹۳ (۱۲/۸)	۸۸ (۱۳/۲)
	کارگر	۳۴ (۴/۷))	۴۶ (۶/۹)
	کشاورز	۱۲ (۱/۷)	۸ (۱/۲)
	آزاد	۱۳۹ (۱۹/۲)	۱۰۶ (۱۵/۹)
	بیکار	۹ (۱/۲)	۵ (۰/۷)
	سایر	۲۲ (۳/۰)	۲۴ (۳/۵)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

جدول ۲: فراوانی وضعیت دریافت آموزش و ارزیابی سلامت قلب و عروق به تفکیک گروه های مداخله و شاهد (n=۱۴۷۰)

		قبل تعداد (درصد)	بعد تعداد (درصد)	P Value
دریافت آموزش درباره سلامت قلب و عروق				
مداخله	**بلی**	۲۱۶ (۲۸/۸)	۶۳۴ (۸۷/۴)	۰/۰۰۳
	خیر	۵۳۳ (۷۱/۲)	۹۱ (۱۲/۶)	
شاهد	**بلی**	۱۷۵ (۲۳/۳)	۳۴۷ (۴۷/۹)	<۰/۰۱
	خیر	۵۷۵ (۷۶/۷)	۳۷۸ (۵۲/۱)	
ارزیابی وضعیت سلامت قلب و عروق				
مداخله	**بلی**	۴۷۵(۶۳/۸)	۶۲۵ (۸۹/۲)	<۰/۰۱
	خیر	۲۶۹ (۳۶/۲)	۷۶ (۱۰/۸)	
شاهد	**بلی**	۴۳۱ (۵۷/۵)	۴۸۸ (۶۸/۲)	<۰/۰۱
	خیر	۳۱۹ (۴۲/۵)	۲۲۸ (۳۱/۸)	

جدول ۳: فراوانی فرد ارزیابی کننده سلامت قلب و عروق به تفکیک گروههای مداخله و شاهد

	ارزیابی توسط چه کسی	قبل تعداد (درصد)	بعد تعداد (درصد)
مداخله	**خود ارزیابی**	۱۸ (۳/۹)	۴۲ (۶/۶)
	پزشک یا متخصص	۲۱۴ (۴۶/۵)	۷۷ (۱۲/۱)
	کارکنان بهداشتی درمانی/ مراقب سلامت	۱۵۰ (۳۲/۶)	۲۹۰ (۴۵/۴)
	خود ارزیابی و پزشک مرکز یا متخصص	۹ (۲/۰)	۱۵ (۲/۳)
	خودارزیابی و کارکنان بهداشتی درمانی/ مراقبت سلامت	۹ (۲/۰)	۱۰۵ (۱۶/۴)
	پزشک مرکز یا متخصص و کارکنان بهداشتی درمانی/ مراقب سلامت	۳۵ (۷/۶)	۵۸ (۹/۱)
	سایر ترکیبات گزینه های فوق	۱۳ (۲/۸)	۴۴ (۶/۸)
	سایر موارد	۱۲ (۲/۶)	۸ (۱/۳)
شاهد	**خود ارزیابی**	۳۲ (۷/۵)	۲۰ (۴/۲)
	پزشک یا متخصص	۲۵۱ (۵۸/۵)	۱۷۱ (۳۶/۳)
	کارکنان بهداشتی درمانی / مراقب سلامت	۷۹ (۱۸/۴)	۱۸۵ (۳۹/۳)
	خود ارزیابی و پزشک مرکز یا متخصص	۱۵ (۳/۵)	۴ (۰/۸)
	خودارزیابی و کارکنان بهداشتی درمانی/ مراقبت سلامت	۸ (۱/۹)	۲۲ (۴/۷)
	پزشک مرکز یا متخصص و کارکنان بهداشتی درمانی/ مراقب سلامت	۲۳ (۵/۴)	۴۵ (۹/۶)
	سایر ترکیبات گزینه های فوق	۸ (۱/۸)	۱۵ (۳/۲)
	سایر موارد	۱۳ (۳/۰)	۹ (۱/۹)

جدول ۴: فراوانی وضعیت آگاهی از عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی و انواع آن به تفکیک گروههای مداخله و شاهد (n=۱۴۷۰)

		قبل تعداد (درصد)	بعد تعداد (درصد)	P Value
	آگاهی از عوامل خطر			
مداخله	بلی	۶۳۲ (۸۵/۸)	۶۵۷ (۹۵/۸)	<۰/۰۱
	خیر	۱۰۵ (۱۴/۲)	۲۹ (۴/۲)	
شاهد	بلی	۶۳۱ (۸۵/۳)	۶۴۲ (۹۰/۲)	<۰/۰۱
	خیر	۱۰۹ (۱۴/۷)	۷۰ (۹/۸)	

جدول ۵: فراوانی وضعیت عوامل خطر سلامت قلب و عروق در افراد مورد مطالعه به تفکیک گروههای مداخله و شاهد

		قبل تعداد (درصد)	بعد تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)	P Value
آیا عامل خطر در زمینه سلامت قلب و عروق دارید؟					
مداخله	بلی	۲۳۴ (۳۱/۸)	۲۱۰ (۲۹/۲)	۴۴۴ (۳۰/۵)	<۰/۰۱
	خیر	۵۰۳ (۶۸/۲)	۵۱۰ (۷۰/۸)	۱۰۱۳ (۶۹/۵)	
	کل	۷۳۷ (۱۰۰/۰)	۷۲۰ (۱۰۰/۰)	۱۴۵۷ (۱۰۰/۰)	
شاهد	بلی	۲۰۷ (۲۷/۷)	۱۳۹ (۱۹/۲)	۳۴۶ (۲۳/۵)	<۰/۰۱
	خیر	۵۴۰ (۷۲/۳)	۵۸۴ (۸۰/۸)	۱۱۲۴ (۷۶/۵)	
	کل	۷۴۷ (۱۰۰/۰)	۷۲۳ (۱۰۰/۰)	۱۴۷۰ (۱۰۰/۰)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]

[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

		قبل تعداد (درصد)	بعد تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)	P Value
آیا برای حل آن اقدامی کرده‌اید؟					
مداخله	بلی	۱۸۳ (۴۵/۹)	۱۸۲ (۵۶/۰)	۳۶۵ (۵۰/۴)	
	خیر	۲۱۶ (۵۴/۱)	۱۴۳ (۴۴/۰)	۳۵۹ (۴۹/۶)	۰/۰۹
	کل	۳۹۹ (۱۰۰/۰)	۳۲۵ (۱۰۰/۰)	۷۲۴ (۱۰۰/۰)	
شاهد	بلی	۱۵۵ (۳۳/۶)	۱۱۳ (۳۳/۰)	۲۶۸ (۳۳/۴)	
	خیر	۳۰۶(۶۶/۴)	۲۲۹ (۶۷/۰)	۵۳۵ (۶۶/۶)	<۰/۰۱
	کل	۴۶۱ (۱۰۰/۰)	۳۴۲ (۱۰۰/۰)	۸۰۳ (۱۰۰/۰)	

جدول ۶: رگرسیون عوامل موثر بر شاخص "آموزش در زمینه قلب و عروق" در برنامه آموزشی خودمراقبتی

نام متغیر	برآورد خطرنسبی	P VALUE	انتظار	فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)
جنسیت (زن.ref)	۰/۰۱۷	۰/۸۷۴	۱/۰۱۷	۰/۸۲۴-۱/۲۵۶
وضعیت تاهل(مجرد.ref)	-۰/۱۷۶	۰/۳۰۶	۰/۸۳۹	۰/۵۹۹-۱/۱۷۴
سطح سواد (ابتدایی.ref)		۰/۶۵۱		
راهنمایی	۰/۰۳۵	۰/۸۱۶	۱/۰۳۶	۰/۷۷۲-۱/۳۹۰
دبیرستان	۰/۱۴۰	۰/۳۰۵	۱/۱۵۱	۰/۸۸۰-۱/۵۰۵
دانشگاهی	۰/۰۱۶	۰/۹۱۵	۱/۰۱۶	۰/۷۵۷-۱/۳۶۳
گروه مداخله (شاهد.ref)	۱/۰۹۱	۰/۰۰۱	۲/۹۷۹	۲/۴۶۳-۳/۶۰۳
فاز بعد (قبل.ref)	۱/۵۵۹	۰/۰۰۱	۴/۷۵۵	۳/۹۲۲-۵/۷۶۶
سفیر سلامت	۰/۶۶۱	۰/۰۰۱	۱/۹۳۸	۱/۵۷۲-۲/۳۸۹
دریافت خدمات میانسالی	۱/۸۷۲	۰/۰۰۱	۶/۴۹۹	۴/۸۳۷-۸/۷۳۲
داشتن بیماری	۰/۰۳۵	۰/۷۷۹	۱/۰۳۵	۰/۸۱۴-۱/۳۱۶

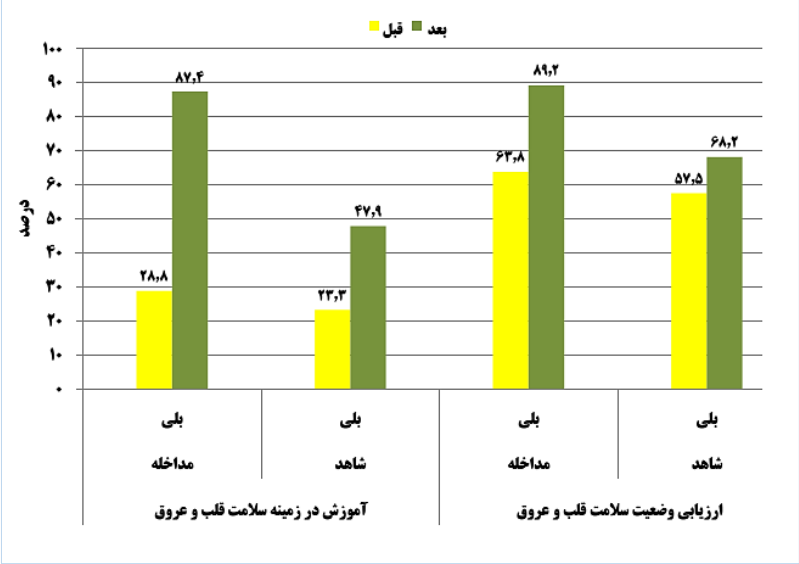
جدول ۷: رگرسیون عوامل موثر بر شاخص "ارزیابی وضعیت سلامت قلب و عروق" در برنامه آموزشی خودمراقبتی

نام متغیر	برآورد خطرنسبی	P VALUE	انتظار	فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)
جنسیت (زن.ref)	-۰/۰۶۵	۰/۵۰۶	۰/۹۳۷	۰/۷۷۳-۱/۱۳۵
وضعیت تاهل(مجرد.ref)	-۰/۰۴۹	۰/۷۵۶	۰/۹۵۲	۰/۶۹۷-۱/۲۹۹
سطح سواد (ابتدایی.ref)		۰/۰۲۴		
راهنمایی	۰/۱۸۲	۰/۱۹۶	۱/۱۹۹	۰/۹۱۱-۱/۵۷۹
دبیرستان	۰/۱۱۴	۰/۳۶۶	۱/۱۲۱	۰/۸۷۵-۱/۴۳۶
دانشگاهی	۰/۴۰۴	۰/۰۰۴	۱/۴۹۷	۱/۱۳۷-۱/۹۷۲
گروه مداخله (شاهد.ref)	۰/۶۶۴	۰/۰۰۱	۱/۹۴۳	۱/۶۲۶-۲/۳۲۱
فاز بعد (قبل.ref)	۰/۷۷۱	۰/۰۰۱	۲/۱۶۲	۱/۷۸۶-۲/۶۱۸
سفیر سلامت	۰/۴۳۷	۰/۰۰۱	۱/۵۴۸	۱/۲۴۵-۱/۹۲۵
دریافت خدمات میانسالی	۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۱/۶۷۱	۱/۳۵۴-۲/۰۶۳
داشتن بیماری	۰/۶۴۰	۰/۰۰۱	۱/۸۹۷	۱/۴۸۴-۲/۴۲۵

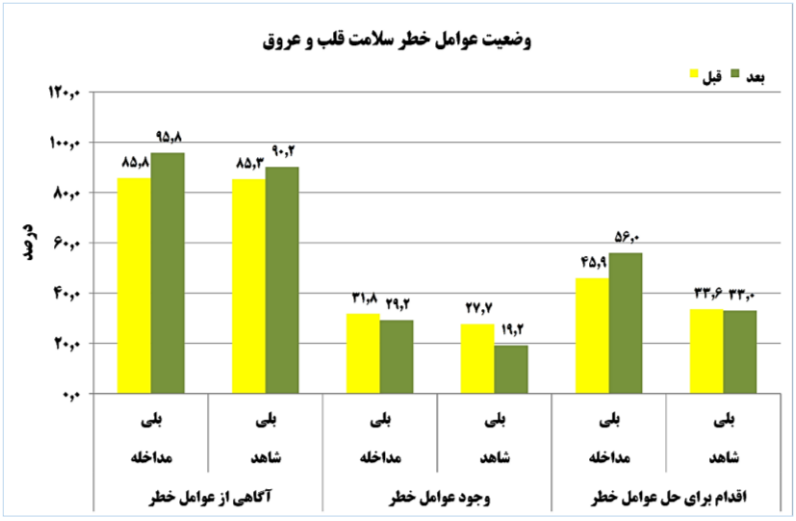
جدول ۸: رگرسیون عوامل موثر بر شاخص "شناخت عوامل خطر بیماری قلبی عروقی" در برنامه آموزشی خودمراقبتی

نام متغیر	برآورد خطرنسبی	P VALUE	انتظار	فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)
جنسیت (زن.ref)	-۰/۱۰۴	۰/۴۶۰	۰/۹۰۱	۰/۶۸۴-۱/۱۸۸
وضعیت تاهل(مجرد.ref)	-۰/۲۷۳	۰/۲۸۷	۰/۷۶۱	۰/۴۶۰-۱/۲۵۸
سطح سواد (ابتدایی.ref)		۰/۰۰۱		
راهنمایی	۰/۲۶۰	۰/۱۴۱	۱/۲۹۶	۰/۹۱۷-۱/۸۳۲
دبیرستان	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱	۱/۹۷۳	۱/۴۱۹-۲/۷۴۳
دانشگاهی	۱/۵۱۰	۰/۰۰۱	۴/۵۲۸	۲/۸۹۵-۷/۰۸۳
گروه مداخله (شاهد.ref)	۰/۱۶۵	۰/۲۰۹	۱/۱۷۹	۰/۹۱۲-۱/۵۲۵
فاز بعد (قبل.ref)	۰/۷۰۲	۰/۰۰۱	۲/۰۱۸	۱/۵۰۷-۲/۷۰۱
سفیر سلامت	۰/۵۶۱	۰/۰۰۲	۱/۷۵۲	۱/۲۳۴-۲/۴۸۹
دریافت خدمات میانسالی	۰/۴۱۶	۰/۰۰۶	۱/۵۱۵	۱/۱۲۹-۲/۰۳۴
داشتن بیماری	۰/۳۷۴	۰/۰۳۶	۱/۴۵۴	۱/۰۲۶-۲/۰۶۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]



نمودار ۱: فراوانی وضعیت آموزش و ارزیابی سلامت قلب و عروق به تفکیک گروه های مداخله و شاهد



نمودار ۲: فراوانی وضعیت عوامل خطر سلامت قلب و عروق در افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های مداخله و شاهد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که تغییرات و بهبودی شاخص ها در گروه مداخله واضح بود و در مواردی که در هر دو گروه شاهد و مداخله بهبودی شاخص ایجاد شده، بهبودی و افزایش شاخص در گروه مداخله بسیار بیشتر بود. بیانیه علمی انجمن قلب آمریکا برای متخصصان مراقبت های بهداشتی، ضمن بیان اهمیت خودمراقبتی و چشم‌انداز ایجاد زندگی سالم، عاری از بیماری های قلبی عروقی و سکته قلبی، از رفتارهای خاص خودمراقبتی مانند رژیم غذایی و ورزش، رفع موانع خودمراقبتی (افسردگی، خودکارآمدی ضعیف، زوال شناختی، و چند بیماری) و اثربخشی خودمراقبتی در بهبود پیامدها حمایت می‌کند. شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد خودمراقبتی در دستیابی به درمان مؤثر است و نمی توان آن را نادیده گرفت. رویکردهای توسعه مهارت برای بهبود مراقبت از خود، موثرتر از رویکردهای صرفا آموزشی هستند [۱۳-۱۲]. مطالعات نشان دادند که آموزش بیماران با نارسایی قلبی و مدیریت خودمراقبتی می‌تواند منجر به انطباق بیشتر با رژیم‌های درمانی شود و در نتیجه نرخ بستری مجدد در بیمارستان کاهش یابد. مطالعه‌ای در سنگاپور نشان داد برای اینکه آموزش به بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر باشد، برنامه آموزشی باید به گونه ای داده شود که گروه‌ها و افراد مختلف را پاسخگو باشد. همچنین توسعه مطالب آموزشی و برنامه ای برای بیماران متناسب با سطح تحصیلات و بیماری های زمینه‌ای مورد نیاز می باشد [۱۴]. در طرح حاضر اطلاعات در زمینه‌ی بیماریهای قلب و عروق با تاثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی، در گروه مداخله افزایش یافت و به بیش از ۹۰ درصد رسید و میزان تحصیلات نیز از عوامل اثرگذار بود. "برنامه ملی آموزش کلسترول"، در مورد خطرات مرتبط با سطوح بالای کلسترول سرم به مردم هشدار می داد. در نتیجه تعداد افرادی که به دنبال مشاوره رژیم غذایی بودند افزایش قابل ملاحظه ای یافت و سوالاتی را در مورد بهترین رویکرد یا روش آموزش ایجاد کرد. در مطالعه دیگری، بررسی اثربخشی دو رویکرد آموزش تغذیه (آموزش گروهی رژیم غذایی و آموزش رژیم غذایی خود- هدایت شده (خودمراقبتی)) انجام شد. گروه رژیم غذایی، کاهش قابل توجهی در کلسترول تام سرم داشتند (۱۱/۲٪). در حالی که گروه خودمراقبتی کاهش قابل توجهی در کلسترول تام (۱۷/۶٪) و نیز نسبت کلسترول تام به HDL (۱۲/۶ ٪) نشان دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که یک رویکرد خودمراقبتی که به خوبی طراحی شده، می‌تواند جایگزین مناسبی برای آموزش گروهی رژیم غذایی باشد [۱۵]. مطالعه دیگری در آمریکا؛ شیوه های غذایی سالم را برای بزرگسالان ۶۰ تا ۹۰ سال با هدف خودمراقبتی قلب سالم و کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی ترویج کرد. هدف مطالعه، بهبود عادات غذایی با برنامه خودمراقبتی بود. پس از اجرای برنامه خودمراقبتی، ۴۷/۸ درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش کردندکه غذاهای کم چرب را بیشتر انتخاب کردند [۱۶]. همچنین مطالعه‌ای در جامعه میانسال مالزی به منظور تعیین خودارزیابی طبقه بندی خطر مرتبط به قلب و عروق انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۵ درصد از پاسخ دهندگان میانسال، در معرض خطر متوسط تا بالا برای حوادث قلبی عروقی با عوامل متعدد مرتبط با عادات سبک زندگی ناسالم و عوامل محیطی بودند. علاوه بر عوامل غیرقابل تغییر مانند جنسیت و سن، عوامل اجتماعی جمعیت شناختی (سطح تحصیلات و شغل)، عوامل مهمی برای تعیین خطر بیماریهای قلبی و عروقی بودند [۱۷]. در مطالعه حاضر نیز ۲۹ درصد افراد مورد مطالعه ذکر کردند که عامل خطری برای سلامت قلب و عروق داشتند که ۶۶/۴ درصد آنان جهت حل آن، اقدام نمودند و میزان تحصیلات نیز از عوامل اثرگذار بود.

مطالعات بسیاری نشان داد که آموزش خودارزیابی قلبی عروقی توسط افراد [۲۱-۱۸] یا آموزش ارزیابی قلبی عروقی توسط کادر درمان [۲۳-۲۲] در ارزیابی وضعیت قلب و عروق اثربخش بود. همچنین در مطالعه حاضر ۵۸ درصد افراد مورد مطالعه ذکر کردند که وضعیت قلب و عروق خود را ارزیابی نمودند. بررسی خودارزیابی قلب و عروق توسط انگلستان بصورت آنلاین نشان داد که تقریباً ۵۰٪ و ۷۹٪ به ترتیب مقادیر فشار خون یا کلسترول خود را نمیدانند یا ثبت نکردند. نتایج این مطالعه حاکی از سطح بالایی از علاقه عمومی به ارزیابی خود از خطر قلبی عروقی بود، اگرچه تعداد زیادی از کاربران از عوامل خطر قلبی عروقی خود، آگاهی نداشتند [۲۴]. نتایج رگرسیون در مطالعه ی حاضر نشان داد که عوامل موثر به بهبودی شاخص "آموزش در زمینه سلامت قلب و عروق" شامل گروه مداخله، زمان بعد از مداخله، دریافت خدمات میانسالی و سفیر بودن بود. عوامل موثر بر بهبودی شاخص "ارزیابی وضعیت سلامت قلب و عروق" شامل تحصیلات دانشگاهی، گروه مداخله، زمان بعد از مداخله، دریافت خدمات میانسالی، سفیر بودن و داشتن بیماری بود. عوامل موثر بر بهبودی شاخص "شناخت عوامل خطر بیماری قلبی عروقی" شامل تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی، زمان بعد از مداخله،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

دریافت خدمات میانسالی، سفیر بودن و داشتن بیماری بود. مطالعه میرصفایی و همکاران نشان داد که مداخلات آموزش خودمراقبتی در بیماران قلبی در حد زیاد اثربخش بوده یا به عبارتی تأثیرات مفیدی بر رفتارهای خودمراقبتی افراد داشت [۲۶-۲۵]. عوامل موثر بر اثربخشی آموزش شامل هفت عامل؛ آموزش پذیری، کنترل فردی، فعالیت بدنی، تغذیه، کنترل هیجانات، خوش بینی و پیگیری مستمر بود [۲۵]. همچنین مطالعات نشان دهنده ی ارتباط معنی داری بین خودمراقبتی با سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و وضعیت بیماری‌ها بود[۲۷]. همچنین رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای مستقل سن و دفعات بستری قبلی، ارتباط آماری معنی دار و معکوس داشت. با متغیرهای جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، طول مدت بیماری، بیماری های مزمن دیگر و درصد برون ده قلب، ارتباط آماری مستقیم و معنی داری را نشان دادند [۲۸]. همینطور بین مدت بیماری و برون ده قلبی با خودمراقبتی ارتباط معنی دار وجود داشت [۲۹]. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر اثرات برنامه آموزشی خودمراقبتی پس از شش ماه اندازه گیری شد پیشنهاد می شود مطالعات بعدی در زمینه اثرات درازمدت خودمراقبتی نیز طراحی و اجرا شود.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: مجری طرح، طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تدوین گزارش و نگارش مقاله

مطهره علامه: همکاری در طراحی مطالعه، هماهنگی جهت اجرای طرح

افسون آیین پرست: همکاری در اجرای طرح و نگارش مقاله

فاطمه نقی زاده موغاری: همکاری در اجرای طرح، ورود و پردازش داده ها، تهیه گزارش و مقاله

کاظم محمد: مشاور آماری مطالعه و همکاری در طراحی مطالعه

عالیه فراهانی: همکاری در اجرای طرح

فریبا رسولی: همکاری در ورود داده ها

تشکر و قدردانی

این طرح پژوهشی به سفارش و پشتیبانی مالی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس و اداره میانسالان اجرا شده است. از تمامی همکاران گرامی این واحدها و نیز همکاران دانشگاههای علوم پزشکی مربوط، تشکر و تقدیر می شود.

منابع

1. Maftoon F, Sharifan M, Farzadi F, Ayeenparast A, Naghizadeh F, Riazi F, Rasouli F. Examining the dimensions of self-care in the health service delivery system. Academic Center for Education, Culture and Research 2018 [Persian]
2. Heshmati H, Alizadeh siuki H, Adib-Moghaddam S, Khajavi S, Rafiei N, Behnampour N. self- care pattern related to life style and its related factors among female high school students in Gorgan in 2013. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2014; 2: 40-48 [Persian]
3. Hamadzadeh S, Ezate G. A determination of self-care performance among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran. Iranian Journal of Nursing Research 2014; 8: 11-18 [Persian]
4. Bahrami N, Pajohideh SZ, Mohammadi Shosi Koshte S, Maraghi E. Attitude and Practice towards Self-care in Women Referred to Health Centers in Dezful. Community Health 2015; 1: 130 [Persian]
5. Eftekhar H, Tavafian S, Mirkarimi K, Ramezanzadeh A. The Perceived of Self Care among General People Living in South of Tehran, Iran. Iranian Journal of Epidemiology 2009; 5: 13 [Persian]
6. Mirkarimi S K, Aryaie M, Kamran A, Farid H. Knowledge, attitude and practice of women referred to health centers of Gorgan on the determining factors of self-care. Jorjani Biomedicine Journal 2014; 2: 58-[Persian]
7. Maftoon F, s.M., Naghizadeh Moghari F, Self-care in health system: Prevention and management dimensions. Payesh (Health Monitor) Journal 2018; 17: 361-370 [Persian]
8. Sarrafzadegan N, M.N. Cardiovascular Disease in Iran in the Last 40 Years: Prevalence, Mortality, Morbidity, Challenges and Strategies for Cardiovascular Prevention. Archives of Iranian Medicine 2019; 22: 204-210
9. Imanipour M, Bassampour S, Haghani H. Relationship between Preventive Behaviors and Knowledge Regarding Cardiovascular Diseases. Journal of Hayat 2008; 14: 41-49 [Persian]
10. Rezabeigi davarani E, Iranpour A, Khanjani N, Mohseni M, Nazari Robati F. Cardiovascular

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]

Diseases Risk Factors and the Relationship between Knowledge Level and Preventive Behaviors forCardiovascular Diseases among Women in Kerman. Health_Based Research 2016; 2: 119-132
11. Saadati S, F.M., Bozorgnezhad M, Haghani H, Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Self-Care Behaviors in Patients With Heart Failure. Journal of Client-Centered Nursing Care 2019; 5: 15-24
12. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, Lennie TA, Lindenfeld J, Mitchell JE, Treat-Jacobson DJ, Webber DE. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Journal of the American Heart Association 2017; 31; 6: e006997
13. Katch H, Mead H. The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs. Patient Intelligence 2010; 2: 33-44
14. Zeng W, Chia SY, Chan YH, Tan SC, Low EJ, Fong MK. Factors impacting heart failure patients' knowledge of heart disease and self-care management. Proceedings of Singapore Healthcare 2017; 26: 26-34
15. Johnston JM, Jansen GR, Anderson J, Kendall P. Comparison of group diet instruction to a self-directed education program for cholesterol reduction. Journal of Nutrition Education 1994; 26: 140-5
16. Mayeda C, Anderson J. Evaluating the effectiveness of the" Self-CARE for a Healthy Heart" program with older adults. Journal of Nutrition for the Elderly 1994; 13: 11-22
17. Lee SK, Chua AL, Fong CH, Ban BC, Ng WL, Kong JF, Chew YL, Liew KB. Self-Assessment of INTERHEART Risk Stratification among the Middle-Aged Community in Malaysia. Nutrients 2023; 15: 2382
18. Sakakibara BM, Kim AJ, Eng JJ. A systematic review and meta-analysis on self-management for improving risk factor control in stroke patients. International Journal of Behavioral Medicine 2017; 24: 42-53
19. Davis AJ, Parker HM, Gallagher R. Gamified applications for secondary prevention in patients with high cardiovascular disease risk: a systematic review of effectiveness and acceptability. Journal of Clinical Nursing 2021; 30: 3001-10
20. Coorey GM, Neubeck L, Mulley J, Redfern J. Effectiveness, acceptability and usefulness of mobile applications for cardiovascular disease self-management: Systematic review with meta-synthesis of quantitative and qualitative data. European Journal of Preventive Cardiology 2018; 25: 505-21
21. Shi W, Ghisi GL, Zhang L, Hyun K, Pakosh M, Gallagher R. A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: impact on psychological outcomes. European Journal of Cardiovascular Nursing 2022; 21: 643-54
22. Santschi V, Chiolero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Archives of Internal Medicine 2011; 171: 1441-53
23. Al-Mallah MH, Farah I, Al-Madani W, Bdeir B, Al Habib S, Bigelow ML, Murad MH, Ferwana M. The impact of nurse-led clinics on the mortality and morbidity of patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. Journal of Cardiovascular Nursing 2016; 31: 89-95
24. Patel RS, Lagord C, Waterall J, Moth M, Knapton M, Deanfield JE. Online self-assessment of cardiovascular risk using the Joint British Societies (JBS3)-derived heart age tool: a descriptive study. BMJ Open 2016; 6: e011511
25. Mirsafaei, L. and H. Kaviani, Explaining Factors Affecting the Effectiveness of Self-Care Education Interventions in Cardiac Patients. Payavard Salamat 2020; 13: 476-491 [Persian]
26. De los Ángeles Rodríguez-Gázquez M, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial1. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2012; 20: 296-306
27. Mansouri K, F. Hasavari, and M. Sedghi Sabet, Self-Care Status and its Related Factors in Patients with Heart Failure. Journal of Health and Care 2018; 19: 232-241 [Persian]
28. Fatemeh Shojaei, et al. Self- care behaviors in patients with heart failure. Payesh (Health Monitor) Journal 2009; 8: 361-369 [Persian]
29. Zahra Farghadani, et al., Self-care behaviors and its related factors in patients with heart failure. Payesh (Health Monitor) Journal 2018; 17:371-379 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.6.2.1]
[DOI: 10.61186/payesh.22.6.687]