Design of a Self-Care Educational Program for Post–Cardiac Surgery Patients Based on the Health Action Process Approach (HAPA)

Abstract

Introduction: Patients undergoing open-heart surgery face extensive physical, psychological, and social challenges that negatively impact recovery and quality of life post-discharge. Inadequate self-care and lack of sustained healthy behaviors represent major barriers to optimal therapeutic outcomes. The Health Action Process Approach (HAPA) model, emphasizing self-efficacy, action planning, and coping planning, effectively bridges the intention-behavior gap.

Methods: This descriptive-developmental study designed a structured self-care educational package for post-cardiac surgery patients based on HAPA. Development stages included needs assessment via systematic literature review (2015-2025) and stakeholder consultations, defining knowledge- and skill-based objectives, content formulation aligned with motivational and volitional constructs, selection of delivery methods (face-to-face sessions, workshops, podcasts, booklet), evaluation framework design, and content/structure validation by a multidisciplinary expert panel (cardiac surgery, nursing, anesthesia, psychology).

Findings: The final package comprises phased educational units from pre- to post-operative phases through discharge, covering risk perception, outcome expectancies, action self-efficacy, behavioral intention, action/coping planning, and maintenance/recovery self-efficacy. Integrating in-person, multimedia, and family-involved education ensures individual adaptability, self-regulatory skill enhancement, and clinical feasibility.

Conclusion: The HAPA-based self-care educational package provides a theoretical-practical framework to promote self-care behaviors, reduce complications, and improve quality of life. Future interventional studies should evaluate its behavioral, psychological, and clinical efficacy for broader chronic patient applications.

Keywords: Open-heart surgery; self-care; Health Action Process Approach; patient education; quality of life.

Authors:

Alireza Moradi[1]
Feryal Khamseh[*2]
Hossein Mahmoudi[3]
Ali Moradi[4]

Affiliations

1- Student Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Corresponding Author. Email: khamseh_110@Yahoo.com
3- Nursing Care Research Center, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4- Nursing Care Research Center, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

طراحی برنامه آموزشی خودمراقبتی پس از جراحی قلب بر اساس مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی

چکیده

علیرضا مرادی [۱]
فریال خمسه [۲*]
حسین محمودی [۳]
علی مرادی [۴]

مقدمه: بیماران تحت جراحی قلب باز با مشکلات جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای روبرو هستند که بر بهبود و کیفیت زندگی پس از ترخیص اثر منفی دارد. ناکافی بودن خودمراقبتی و عدم تداوم رفتارهای سالم، موانع اصلی دستیابی به نتایج مطلوب درمانی است. مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی (HAPA) با تمرکز بر خودکارآمدی، برنامه‌ریزی عمل و مقابله‌ای، شکاف قصد-رفتار را پر می‌کند.

روش کار: این پژوهش توصیفی-توسعه‌ای، بسته آموزشی خودمراقبتی ساختاریافته برای بیماران پس از جراحی قلب بر اساس HAPA طراحی کرد. مراحل شامل نیازسنجی (مرور نظام‌مند ۴۹۳۱-۴۰۴۱ و مشورت ذی‌نفعان)، تعریف اهداف دانشی-مهارتی، تدوین محتوا بر سازه‌های انگیزشی-ارادی، روش‌های ارائه (جلسات حضوری، کارگاه، پادکست، کتابچه)، چارچوب ارزیابی و اعتبارسنجی توسط پانل چندرشته‌ای (جراحی قلب، پرستاری، بیهوشی، روان‌شناسی) بود.

یافته‌ها: بسته نهایی، واحدهای مرحله‌ای (پیش/پس از عمل تا ترخیص) پوشش‌دهنده درک خطر، انتظارات، خودکارآمدی اقدام، نیت، برنامه‌ریزی عمل/مقابله و خودکارآمدی نگهداری/بازیابی است. ترکیب آموزش حضوری، چندرسانه‌ای و خانوادگی، انطباق فردی، خودتنظیمی و قابلیت بالینی را تضمین می‌کند.

نتیجه‌گیری: بسته HAPA چارچوبی نظری-عملی برای ارتقای خودمراقبتی، کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی فراهم می‌آورد. پژوهش‌های مداخله‌ای آینده اثربخشی رفتاری، روانی و بالینی را ارزیابی کنند.

کلمات کلیدی: جراحی قلب باز؛ خودمراقبتی؛ مدل رویکرد اقدام بهداشتی؛ آموزش به بیمار؛ کیفیت زندگی.

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران. نویسنده مسئول. پست الکترونیک: khamseh_110@Yahoo.com

۳- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.

۴- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.

مقدمه:

بیماری‌های قلبی-عروقی[1] نه تنها یکی از اصلی‌ترین علل مرگ و میر در جهان هستند، بلکه به عنوان یکی از بزرگ‌ترین بارهای بیماری و ناتوانی، در صدر مسائل سلامت عمومی قرار دارند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالیانه بیش از ۱۷ میلیون نفر در سراسر جهان به دلایل مرتبط با این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند؛ این رقم حدود ۳۱ درصد کل مرگ‌های جهانی را تشکیل می‌دهد. در میان انواع بیماری‌های قلبی، اختلالات عروق کرونر و نارسایی قلبی بیشترین شیوع را دارند(۱, ۲).

جراحی قلب باز، به‌ویژه جراحی بای‌پس عروق کرونری و تعویض یا ترمیم دریچه‌های قلب، از مداخلات درمانی حیاتی به شمار می‌رود که هدف آن بهبود کیفیت و طول عمر بیماران است. اگرچه این جراحی‌ها شانس بقای بیماران را افزایش می‌دهند، اما ماهیت تهاجمی آن‌ها باعث بروز پیامدهای جسمی و روانی متعددی می‌شود که مدیریت این عوارض نیازمند مراقبت و آموزش جامع پس از ترخیص است(۳, ۴). عوارض فیزیکی پس از جراحی قلب شامل محدودیت‌های حرکتی، کاهش قدرت ماهیچه‌ای، دردهای مزمن، عفونت محل جراحی، مشکلات ریوی و دیس‌ریتمی‌های قلبی است که به طور مستقیم به کیفیت مراقبت‌های پس از عمل مرتبط بوده و نیاز به پیگیری مداوم دارد. همچنین، اختلالات روانی رایجی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و کاهش اعتماد به نفس، روند بهبود و بازتوانی بیماران را مختل می‌کند. این مشکلات تأثیر عمیقی بر تعاملات اجتماعی، مدیریت شغل و نقش‌های خانوادگی بیماران دارند و ناتوانی در مراقبت صحیح، ریسک عفونت‌های ثانویه، وخامت وضعیت قلبی و بستری مجدد را افزایش می‌دهد(۵, ۶): ٪.

ضعف در خودمراقبتی و پایبندی به رژیم‌های درمانی از عوامل اصلی بروز عوارض پس از جراحی قلب است که در بیماران متعدد مشاهده می‌شود. خودمراقبتی به مجموعه رفتارهای هدفمند و آگاهانه گفته می‌شود که فرد برای حفظ سلامت و مدیریت بیماری‌های مزمن انجام می‌دهد. ارتقاء این توانمندی‌ها مستلزم آموزش‌های مستمر، سیستمی و مبتنی بر شواهد علمی است تا بیماران بتوانند از عواقب ناشی از غفلت در مراقبت‌های پس از عمل پیشگیری کنند(۷, ۸). اگرچه در نظام‌های بهداشتی دنیا آموزش خودمراقبتی بسیار مورد تأکید است، اما اغلب آموزش‌ها پراکنده، فاقد چارچوب نظری منسجم و برنامه‌ریزی شده هستند که اثربخشی آن‌ها را کاهش می‌دهد. این مشکل در کشور ما که آموزش بیمار به روشی علمی و نظام‌مند هنوز فراگیر نشده، ملموس‌تر است و ضرورت طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نظریه‌های علمی را افزایش می‌دهد(۹, ۱۰).

با توجه به چندوجهی بودن پیامدهای بیماری‌های قلبی، مراقبت‌های صرفاً فیزیکی یا دارویی پاسخگوی تمامی نیازهای بیماران نیست. رویکرد جامع شامل مداخلات آموزشی، روان‌شناختی، اجتماعی و بازتوانی ساختاریافته، می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد، پیروی از درمان را افزایش داده و پیامدهای ناخواسته را کاهش دهد(۱۱). در این راستا، استفاده از مدل‌های روان‌شناختی به طراحی مداخلات هدفمند و پایدار کمک می‌کند. در چند دهه اخیر، شکاف قصد-رفتار به عنوان یکی از چالش‌های اصلی در تغییر رفتارهای سلامت شناخته شده است. این شکاف نشان می‌دهد که نیت قوی برای تغییر به تنهایی کافی نیست و تحت تأثیر عواملی مانند موانع اجرایی، کاهش انگیزش، ضعف خودتنظیمی و شرایط محیطی قرار می‌گیرد. مدل‌های کلاسیک نظیر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، مدل اعتقاد بهداشتی و مدل ارتقای سلامتی پندر، به دلیل تمرکز صرف بر پیش‌بینی نیت، در پر کردن این شکاف ناکام مانده‌اند(۱۲).

مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی[2]، ارائه‌شده توسط رالف شوارتزر[3]، با تمایز میان مراحل انگیزشی (پیش‌ارادی) و ارادی (پس‌ارادی)، و تأکید بر سازه‌های کلیدی مانند خودکارآمدی، برنامه‌ریزی عمل و برنامه‌ریزی مقابله، چارچوبی جامع برای تبدیل نیت به رفتار پایدار فراهم می‌کند(۱۳). این مدل به ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و پس از جراحی قلب، که نیازمند خودمدیریتی بلندمدت هستند، بسیار مناسب است و می‌تواند با تقویت انگیزش و مهارت‌های خودتنظیمی، عوارض پس از عمل را کاهش دهد و کیفیت زندگی را ارتقا بخشد. با وجود شواهد علمی قوی مبنی بر اثربخشی مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی، کاربرد آن در برنامه‌های آموزشی بیماران جراحی قلب، به‌ویژه در ایران، محدود است؛ بنابراین، پژوهش‌های بومی مبتنی بر این مدل برای بهبود مراقبت‌ها و کاهش بار اقتصادی ضروری به نظر می‌رسد(۱۴).

مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی، فرآیند تصمیم‌گیری و اجرای رفتارهای سلامت‌محور را در دو فاز اصلی انگیزشی و اجرایی بررسی می‌کند. فاز انگیزشی شامل ارزیابی ادراک خطر[4]، نتیجه‌نگری[5] و خودکارآمدی آغازین[6] است که منجر به شکل‌گیری قصد رفتاری[7] می‌شود؛ فاز اجرایی بر برنامه‌ریزی عملیاتی[8]، برنامه‌ریزی مقابله‌ای[9] و خودکارآمدی نگهدارنده و

1. Cardiovascular Diseases

2. Health Action Process Approach (HAPA)
3.Ralf Schwarzer
4. risk perception
5. outcome expectancies
6. action self-efficacy
7. behavioral intention
8. action planning
9. coping planning

بازیابی[1] تمرکز دارد که موجب تبدیل قصد به رفتار واقعی و پایدار شدن آن می‌شود(۱۵, ۱۶).از نقاط قوت این مدل می‌توان به تفکیک واضح بین فرایند انگیزشی و اجرایی، تأکید بر مؤلفه‌های روان‌شناختی نوین و قابلیت بومی‌سازی آن اشاره کرد(۱۷). همچنین، مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی قابلیت کاربرد در گروه‌های مختلف جمعیتی و رفتارهای متنوع سلامت را داراست(۱۳, ۱۸).این مدل چارچوب مؤثری برای حمایت از تغییر رفتار در بیماران جراحی قلب است، چرا که تداوم نتایج جراحی وابسته به رفتارهای سالمی چون پایبندی به دارو، رژیم غذایی، فعالیت جسمانی، مراقبت از زخم و مدیریت استرس است. عدم رعایت این رفتارها ریسک عود بیماری، بستری مجدد و مرگ‌ومیر را افزایش می‌دهد(۱۹).

مطالعات مختلف، اثربخشی مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی را در بهبود پیروی دارویی، افزایش فعالیت بدنی، بهبود کیفیت زندگی و بازتوانی بیماران قلبی تأیید کرده‌اند(۲۰, ۲۱). ساختار برنامه‌ریزی و کنترل رفتار این مدل موجب ارتقای خودتنظیمی و پایداری رفتارهای سلامتی می‌شود و فاصله میان قصد و عمل را کاهش می‌دهد(۲۲). در نهایت، به‌کارگیری مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی به‌ویژه همراه با آموزش سیستماتیک، حمایت خانوادگی و پیگیری بالینی، نقش محوری در بهبود کیفیت مراقبت پس از جراحی قلب، کاهش بار بیماری و ارتقای اثربخشی درمان‌های جراحی ایفا می‌کند. طراحی بسته‌های آموزشی مبتنی بر این چارچوب، جایگزین مناسبی برای آموزش‌های پراکنده سنتی بوده و هماهنگی مؤلفه‌های روان‌شناختی مختلف، توجه به پیچیدگی‌های فردی و اجتماعی بیماران را تضمین می‌کند. هدف این مطالعه، طراحی بسته آموزشی خودمراقبتی پس از جراحی قلب مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی است.

روش کار

طراحی بسته آموزشی خودمراقبتی پس از جراحی قلب مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی در قالب یک مطالعه توصیفی- توسعه‌ای انجام شد که طی چند مرحله سیستماتیک و منسجم شکل گرفت. این فرآیند بر پایه چارچوب‌های معتبر طراحی آموزشی و روش‌شناسی نوین توسعه برنامه‌های آموزش سلامت تنظیم شده است. مراحل اصلی به شرح زیر است:

۱. تحلیل نیازها و پیش‌زمینه پژوهشی

در گام نخست، با مرور کلی و کاملاً نظام‌مند متون علمی مرتبط با خودمراقبتی در بیماران جراحی قلب و کاربرد مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی در مداخلات آموزش سلامت، نیازهای آموزشی و خصوصیات فردی، اجتماعی و بالینی بیماران شناسایی و مورد تحلیل قرار گرفت. پایگاه‌های علمی بین‌المللی مانند PubMed, Scopus, Web of Science و ScienceDirect به همراه منابع فارسی SID و Magiran با استراتژی جستجوی کلیدواژه‌های مرتبط از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ به صورت دقیق کاوش شدند تا مبنای علمی محتوا و المان‌های آموزشی استخراج شود. در مراحل بررسی مقالات، پس از جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های مذکور، در مجموع ۹۷ رکورد بازیابی شد؛ پس از حذف ۱۸ مورد تکراری، عنوان و چکیده ۵۱ مطالعه بر اساس معیارهای ورود و خروج غربال شد که در نهایت ۳۳ مطالعه برای مرور نهایی و استخراج نیازهای آموزشی انتخاب گردید. مطالعاتی که بر جمعیت غیرجراحی قلب، مداخلات غیرآموزشی، یا مدل‌های نظری نامرتبط متمرکز بودند، به دلیل عدم انطباق با هدف پژوهش کنار گذاشته شدند و روند غربالگری در قالب دیاگرام PRISMA گزارش گردید. هدف این مرحله، شناخت عمیق از موانع و چالش‌های بیماران، نقاط قوت و ضعف آموزش‌های گذشته و تعیین اولویت‌های آموزشی بر اساس سازه‌های مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بود. نتایج این تحلیل نیازهای فرایندی و شناختی بیماران را در قالب موضوعات قابل آموزش دسته‌بندی نمود.

۲. تعیین اهداف آموزشی

با توجه به یافته‌های مرحله نخست و مبتنی بر اهداف کلی ارتقاء سلامت بیماران پس از جراحی قلب، اهداف رفتاری و تخصصی آموزشی تدوین شد. این اهداف در دو سطح کلی (افزایش دانش و مهارت‌های خودمراقبتی) و جزئی (شامل آگاهی از علائم هشدار، روش‌های مدیریت درد، پایبندی دارویی، تغذیه سالم، مدیریت استرس و...) تعریف گردید. تعیین اهداف به گونه‌ای بود که پوشش کامل سازه‌های انگیزشی و ارادی مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی را تضمین کند.

۳. طراحی محتوای آموزشی و ساختار برنامه

مطالب آموزشی بر اساس دسته‌بندی سازه‌های مدل به دو بخش انگیزشی (آگاهی از خطرات، پیامدهای مثبت مراقبت صحیح، قصد رفتاری) و ارادی (برنامه‌ریزی اقدام، مقابله با موانع، حفظ و تکرار رفتار) تقسیم شد. سپس محتوا برای هر سازه با تلفیق منابع معتبر علمی، کتب مرجع تخصصی و مطالعات بالینی طراحی گردید.

ساختار برنامه شامل جلسات آموزشی حضوری و کارگاهی، همراه با پادکست‌های صوتی چند دقیقه‌ای برای مرور و تقویت آموزش‌ها بود تا دسترسی و یادگیری بیماران ساده و اثربخش شود. در کنار این، کتابچه آموزشی جامع برای استفاده پژوهشگر و آموزش دهنده تهیه شد.

٤. انتخاب روش‌ها و رسانه‌های آموزشی

مسیرانتخاب روش‌های آموزشی بر اساس مشخصات جمعیت هدف، امکانات موجود و هدف آموزشی تعیین شد. آموزش

1. maintenance & recovery self-efficacy

حضوری به صورت پرسش و پاسخ، کارگاه‌های گروهی برای تقویت مهارت‌های عملی و ارائه پادکست‌های صوتی کوتاه برای مرور یادگیری در نظر گرفته شد. رسانه‌های متنوع (کتابچه راهنما، فایل‌های صوتی) برای انعطاف برنامه در شرایط مختلف در نظر گرفته شدند. این رسانه‌ها به منظور پوشش بهتر سبک‌های یادگیری مختلف بیماران می توانند طراحی شوند.

۱. طراحی نظام ارزشیابی و بازخورد

برای اطمینان از اثربخشی آموزش‌ها، معیارهای ارزشیابی محتوا و سازگاری برنامه تدوین شدند. این نظام شامل ارزیابی تخصصی اولیه و پیگیری مستمر در طول آموزش است. همچنین خودارزیابی بیماران و سنجش مواردی مانند سطح دانش، انگیزه و مهارت اجرای خودمراقبتی مد نظر قرار گرفت.

۲. اعتباربخشی محتوا و برنامه

سازماندهی نهایی برنامه در قالب پیش‌نویس کامل به ۱۱ نفر از متخصصان در حوزه‌های جراحی قلب (۲ نفر)، بیهوشی قلب (یک نفر)، مراقبت ویژه قلب (۲ نفر)، پرستاری (۵) و روانشناسی (یک نفر) ارائه شد. متخصصان با ارزیابی دقیق از نظر علمی، عملی و کاربردی بودن مطالب، ساختار و روش‌ها، اصلاحات تخصصی خود را ارائه دادند و بر این اساس بازنگری‌های لازم صورت گرفت تا بسته نهایی با سطح بالای اعتبار علمی و عملیاتی تهیه شود.

۳. برنامه‌ریزی اجرای برنامه آموزشی

طرح کلی اجرای برنامه مشتمل بر مدت زمان، تعداد جلسات حضوری و کارگاهی، زمان‌بندی پخش پادکست‌ها و شیوه آموزش به شرکت‌کنندگان تدوین شد. برنامه مکمل آموزشی برای همراهان بیمار نیز طراحی گردید تا نقش حمایتی آنها در فرایند مراقبت بهبود یابد. این روش طراحی آموزشی، با بهره‌گیری از چارچوب نظری مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی فرایندی علمی، جامع و مرحله‌ای را دنبال می‌کند که قابلیت انطباق با نیازهای بیماران و شرایط بالینی واقعی را داراست. پیگیری اجرای برنامه و ارزیابی‌های کمی و کیفی در پژوهش‌های آینده می‌تواند اثربخشی این بسته آموزشی را تأیید نماید.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله با کد IR.BMSU.BAQ.REC.۱۴۰۳,۱۴۵ از نظر اخلاقی تایید شد.

یافته ها

بسته آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی شامل هفت گام اصلی توسعه یافت: نیازسنجی از طریق مرور نظام‌مند ادبیات (۱۳۹۴ – ۱۴۰۴) و مشورت با ذی‌نفعان، تعریف اهداف آموزشی در سطوح دانشی و مهارتی، تدوین محتوای آموزشی متناسب با سازه‌های انگیزشی (درک ریسک، انتظارات نتیجه، خودکارآمدی اقدام) و ارادی (نیت رفتاری، برنامه‌ریزی عمل، برنامه‌ریزی مقابله، خودکارآمدی نگهداری/بازیابی)، انتخاب روش‌های ارائه متنوع (جلسات رو در رو، کارگاه‌ها، پادکست‌ها و کتابچه جامع)، طراحی چارچوب ارزیابی با ابزارهای معتبر، اعتبارسنجی محتوا و ساختار توسط پنل متخصصان چندرشته‌ای (جراحی قلب، پرستاری، بیهوشی و روان‌شناسی) و تدوین طرح اجرایی برای بیماران و مراقبان. این بسته رویکردی یکپارچه برای تقویت خودکارآمدی، برنامه‌ریزی عمل و استراتژی‌های مقابله ارائه می‌دهد و با استفاده از منابع چندرسانه‌ای و اعتبارسنجی متخصصان، قابلیت کاربرد بالینی بالا، تطبیق‌پذیری با نیازهای فردی و امکان‌پذیری در شرایط واقعی را تضمین می‌کند. طراحی و اجرای برنامه‌ای برای خودمراقبتی بیماران پس از جراحی قلب، بر پایه مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی، می‌تواند راهکاری تازه و هدفمند برای رویارویی با دشواری‌های مراقبت پس از عمل باشد. این برنامه با تکیه بر فرایندهای انگیزشی و توانایی خودتنظیمی بیماران، فاصله میان «قصد» و «عمل» را کم می‌کند و راه پایبندی به رفتارهای سالم را هموارتر می‌سازد. یافته مشابهی را شوارتزر و همیلتون در سال ۲۰۲۰ در زمینه تغییر رفتار بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با بهره‌گیری از مدل HAPA گزارش کرده‌اند(۱۳). همچنین نتایج ما با مطالعه تله‌کی همکاران در سال ۲۰۲۲ هم‌خوانی دارد که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی تا چه اندازه می‌تواند خودکارآمدی و فعالیت فیزیکی بیماران قلبی را بر اساس این مدل تقویت کند(۲۱).

از نقاط قوت این پژوهش، بهره‌گیری از چارچوب نظری مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی است که برنامه را بر اساس سازه‌های علمی روشنی طراحی کرد. این نگاه با مطالعه لیل‌جروس و همکاران در سال ۲۰۱۷ هم‌سوست که مداخلات روانی–آموزشی دوطرفه را برای بیماران قلبی سودمند یافت(۲۳)؛ هرچند در مطالعه حاضر، بر خودمراقبتی فردی و خانوادگی تأکید بیشتری شده است. اعتباربینی محتوای آموزشی توسط متخصصان مربوطه، کیفیت علمی و عملی برنامه را بالا برده و بهره‌گیری از روش‌های چندرسانه‌ای آموزش، قابلیت اجرای آن را افزایش داده است. این امر با نتایج پژوهش اوگاندبی و همکاران در سال ۲۰۲۰ که بهبود پایبندی به دارو در حوزه پیشگیری از بیماری‌های قلبی- عروقی را نشان می‌دهد، سازگاری دارد(۲۲). افزون بر این، آموزش همراهان بیماران در قالب برنامه‌ای تکمیلی، با آنچه استیوارت و همکاران در سال ۲۰۲۳ درباره شناسایی موانع توانبخشی قلبی گزارش کرده‌اند هم‌سو است(۲۴).

با این حال، برخی مطالعات اخیر محدودیت‌های مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی را در زمینه‌های بالینی خاص برجسته

کرده‌اند. برای نمونه، ژانگ و همکاران در سال ۲۰۲۳ در مطالعه‌ای مقطعی بر بیماران کلیوی مزمن، ارتباط ضعیف‌تری میان خودکارآمدی ارادی و پایبندی واقعی به رفتارها گزارش کردند و بر نیاز به عوامل زمینه‌ای فرهنگی تأکید نمودند(۱۴). همچنین، خِرا و همکاران در سال ۲۰۲۲ نشان دادند که در زیرگروه‌های ژنتیکی خاص بیماری عروق کرونر، سازه‌های انگیزشی HAPA به تنهایی نمی‌توانند تغییرات رفتاری پایدار ایجاد کنند و مداخلات چندعاملی ضروری است(۵).این یافته‌های غیرهمسو، لزوم بومی‌سازی و آزمون تجربی برنامه طراحی‌شده در بافت ایران را دوچندان می‌سازد.

با وجود اینکه این مطالعه به بررسی اثربخشی برنامه نپرداخته است، نتایج مطالعات پیشین مهر تأییدی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی در بهبود خودمراقبتی، کیفیت زندگی و کاهش عوارض در بیماران قلبی دارند که اجرای برنامه طراحی شده را پشتیبانی می‌کند. مطالعات بعدی نیازمند ارزیابی کامل اثرات آموزش بر جنبه‌های رفتاری، روانی و کلینیکی بیماران پس از جراحی قلب هستند تا مسیرهای بهبود و نقاط ضعف برنامه به صورت مستند مشخص شود.

بعلاوه، اهمیت آموزش همراهان بیماران در قالب برنامه مکمل طراحی‌شده، می‌تواند با حمایت روانی و عملی خانواده، نقش کلیدی در حفظ و تعمیق رفتارهای خودمراقبتی بیماران ایفا نماید. این موضوع به ویژه در فرهنگ‌های جمع‌گرای جامعه ایران اهمیت مضاعف دارد و می‌تواند به بهبود نتایج مراکز درمانی در نتیجه درمان و کاهش بار اقتصادی ناتوانی کمک کند.

در نهایت، برنامه طراحی‌شده می‌تواند به عنوان یک مدل آموزشی الگو برای سایر گروه‌های بیماران مزمن نیز قابل تطبیق و توسعه باشد و به گسترش فرهنگ خودمراقبتی در نظام سلامت منجر شود.

نتیجه‌گیری

طراحی و اعتباربخشی برنامه آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر مدل رویکرد اقدام بهداشتی، گامی کلیدی در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پس از جراحی قلب است که توانسته است بر اساس چارچوبی علمی، جامع و تلفیقی، نیازهای آموزشی بیماران را در مواجهه با چالش‌های جسمی و روانی پس از عمل برآورده سازد. این برنامه ضمن در نظر گرفتن موانع و عوامل روانی مرتبط با فرایند تغییر رفتار، بیماران را تشویق می‌کند تا با خودتنظیمی و برنامه‌ریزی دقیق، مراقبت‌های خود را بهبود بخشند و کیفیت زندگی‌شان را ارتقا دهند. با توجه به مشارکت تیم تخصصی برای اعتباربخشی و استفاده از روش‌های چندرسانه‌ای، این آموزش‌ها قابلیت اجرا در محیط‌های عملیاتی و بالینی واقعی را دارند. با این حال، به منظور اثبات قطعی اثربخشی و پایداری این مداخلات، پژوهش‌های آینده باید با اجرا و ارزیابی‌های کمی و کیفی، تأثیر برنامه آموزشی بر رفتار، سلامت روان و نتایج پزشکی بیماران ارزیابی شود. در مجموع، این بسته آموزشی می‌تواند الگویی مؤثر برای بهبود استانداردهای آموزشی و مراقبتی بیماران جراحی قلب باشد و افزون بر کاهش عوارض، به مدیریت مقرون‌به‌صرفه‌تر مراقبت در بخش‌های قلب کمک نماید. توصیه می‌شود نظام سلامت ایران و سایر مراکز درمانی به جهت ارتقای سطح آموزش و توانمندسازی بیماران، از این مدل بهره ببرند و آن را در سایر حوزه‌های سلامت نیز توسعه دهند.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مراتب تشکر خود را از کلیه همکاران مشارکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

پیوست: **نگاهی بر برنامه آموزشی طراحی شده مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی:**

ردیف	عنوان و فاز مداخله	زمان اجرا	زمان	هدف اصلی	محل اجرا	روش اجرا
1	ایجاد آگاهی و درک خطر	زمان مشاوره جراحی قلب	30	افزایش آگاهی درباره بیماری، جراحی و عوارض احتمالی عدم مراقبت	بخش بستری	آموزش چهره به چهره
2	تقویت قصد انجام رفتار	شب قبل از جراحی	30	تقویت نیت و انگیزه بیمار برای پیروی از مراقبت‌ها	بخش بستری	مباحثه و گفتگو دوطرفه
3	ارزیابی خودکارآمدی عمل	قبل از ورود به اتاق عمل	15	شناسایی و تقویت باور بیمار نسبت به توانایی‌های خود	سالن انتظار اتاق عمل	آموزش چهره به چهره
4	آموزش خانواده (حین جراحی)	حین جراحی بیمار	45	توانمندسازی مراقب اصلی برای ارائه مراقبت‌های پس از ترخیص	دفتر اتاق عمل	سخنرانی
5	برنامه ریزی اقدام و مقابله	روز پس‌از عمل (در ICU)	45	برنامه‌ریزی عملی برای مراقبت و مقابله با موانع اولیه	ICUOH	سخنرانی و آموزش عملی
6	کنترل اقدام (ترخیص)	روز بعد از انتقال به بخش	30	پایش اجرای مراقبت‌ها و تقویت انگیزه برای تداوم	بخش بستری	آموزش چهره به چهره
7	کنترل اقدام	روز ترخیص	15	برنامه‌ریزی جامع برای مراقبت در منزل (رژیم، دارو، فعالیت)	بخش بستری	آموزش چهره به چهره ارائه پادکست
8	پیگیری حضوری (فاز نگهداری)	هفته دوم پس از عمل (درمانگاه)	15	ارزیابی پیشرفت و پاسخ به سؤالات	درمانگاه قلب	مباحثه و گفتگو دوطرفه
9	پیگیری تلفنی (فاز نگهداری)	هفته چهارم پس از عمل	15	پایش مستمر و ارائه مشاوره و حل مسئله از راه دور	مرکز تماس	تماس تلفنی
10	پیگیری تلفنی (فاز نگهداری)	هفته ششم پس از عمل	15	پایش مستمر و ارائه مشاوره و حل مسئله از راه دور	مرکز تماس	تماس تلفنی

References

1.Victor G, Shishani K, Vellone E, Froelicher ESJJoCN. The Global Burden of Cardiovascular Disease in Adults: A Mapping Review. 2024:10.1097.

2.Chong B, Jayabaskaran J, Jauhari SM, Chan SP, Goh R, Kueh MTW, et al. Global burden of cardiovascular diseases: projections from 2025 to 2050. 2024:zwae281.

3.Bloom DE CD, Jané-Llopis E, Prettner K, Stein A, Feigl A. From burden to "Best Buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases. World Health Org, Geneva, Switzerland. 2011 Oct.

4.Vervoort D, Lee G, Ghandour H, Guetter CR, Adreak N, Till BM, et al. Global cardiac surgical volume and gaps: trends, targets, and way forward. 2024;2(2):320-4.

5.Khera AV, Wang M, Chaffin M, Emdin CA, Samani NJ, Schunkert H, et al. Gene sequencing identifies perturbation in nitric oxide signaling as a nonlipid molecular subtype of coronary artery

disease. 2022;15(6):e003598.
6.Göçer S, Artiran M, Ilkeli E, Sapancı AJTIJoAO. The implications of integrating positive psychological frameworks into clinical practice in cardiac surgery. 2025:03913988251331469.
7.Mahdavi M, Abbasi I, Mohammadi N. Effect of Cardiac Rehabilitation Program on Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery %J Internal Medicine Today. 2015;21(2):67-74.
8.Tabatabaei S, Sarmadi G, Safarian MJTJoT. The Effect of Lifestyle Education on the Quality of Life of Patients with Ischemic Heart Disease. 2023.
9.Sepehri A, Beggs T, Hassan A, Rigatto C, Shaw-Daigle C, Tangri N, et al. The impact of frailty on outcomes after cardiac surgery: a systematic review. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2014;148(6):3110-7.
10.Seyam S, Hidarnia AR, Tavafian SSJJoIMS. Self-care Education through Coping Style for Patients after Heart Surgery. 2011;29(135).
11.Liljeroos M. Caring Needs in Patient-Partner Dyads Affected by Heart Failure An Evaluation of the Long-Term Effects of a Dyadic Psycho-Educational Intervention: Linkopings Universitet (Sweden); 2017.
12.Liao YK, Liu Y-Y, Wu W-Y, Chi H-K, Huang K-C, Vuong B-HJFiP. Synthesizing comprehensive models for health behavior studies: connecting dots and revealing links on health enhancement through a meta-analysis approach. 2025;16:1518834.
13.Schwarzer R, Hamilton KJThobc. Changing behavior using the health action process approach. 2020;2:89-103.
14.Kraemer LV, Mueller-Weinitschke C, Zeiss T, Baumeister H, Ebert DD, Bengel JJBo. Effectiveness of a web-based behavioural activation intervention for individuals with depression based on the Health Action Process Approach: protocol for a randomised controlled trial with a 6-month follow-up. 2022;12(1):e054775.
15.Schwarzer R. Health action process approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change. Actualidades en Psicología. 2016;30(121):119-30.
16.Zhang Z, Zhou X, Deng L, Jin K, Xiong X, Su X, et al. The association between serum soluble Klotho and chronic kidney disease among us adults ages to years: Cross-sectional study. 2023:248.
17.Bierbauer W. Theory-Based Determinants of Health Behaviors within Individuals: Dynamics in Self-Regulation: University of Zurich; 2021.
18.Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska AJRp. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). 2011;56(3):161.
19.Organization WH. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 global survey: World Health Organization; 2023.
20.Stewart C, Ghisi GLdM, Davis EM, Grace SL. Cardiac rehabilitation barriers scale (crbs). International Handbook of Behavioral Health Assessment: Springer; 2023. p. 1-57.
21.Teleki S, Zsidó AN, Lénárd L, Komócsi A, Kiss EC, Tiringer IJAPH, et al. Role of received social support in the physical activity of coronary heart patients: The Health Action Process Approach. 2022;14(1):44-63.
22.Ogungbe O, Himmelfarb CRD, Commodore-Mensah YJJoCN. Improving medication adherence in cardiovascular disease prevention: what's new? 2020;35(1):6-10.
23.Liljeroos M, Ågren S, Jaarsma T, Stromberg AJBo. Dialogues between nurses, patients with heart failure and their partners during a dyadic psychoeducational intervention: a qualitative study. 2017;7(12):e018236.
24.Stewart JC, Patel JS, Polanka BM, Gao S, Nurnberger JI, MacDonald KL, et al. Effect of modernized collaborative care for depression on depressive symptoms and cardiovascular disease risk biomarkers: eIMPACT randomized controlled trial. 2023;112:18-28.