

The Effect of a Cognitive-social Theory-based Empowerment Program on Spiritual Care and Self-efficacy of Caregivers of Patients with Heart Failure

Reza Masoudi¹ , Leila Rabiei^{2*} 

1- Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Public Health, School of Public Health & Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Leila Rabiei; Email: Leila_rabiei@yahoo.com

Article Info

Received: Apr 12, 2025

Received in revised form:

Aug 13, 2025

Accepted: Aug 30, 2025

Available Online: Sep 23, 2025

Keywords:

Cognitive-Social Theory

Empowerment

Heart failure

Self-efficacy

Spiritual care

Abstract

Background and Objective: Since family caregivers of chronic patients, known as hidden patients, endure many challenges, empowering caregivers in the care process leads to better care provision for patients. This study aimed to investigate the effect of a cognitive-social theory-based empowerment program on spiritual care and self-efficacy of caregivers of patients with heart failure.

Methods: This study was a semi-experimental design. The statistical population included caregivers of patients with heart failure. The intervention consisted of five 90-minute sessions held once a week with specific topics. Both the intervention and control groups completed spiritual care and self-efficacy questionnaires before, immediately after, and one month after the intervention. The collected data were analyzed using SPSS version 18. In the present study, all ethical considerations were observed, and the authors reported no conflicts of interest.

Results: The results showed no significant difference in the mean scores related to spiritual care and self-efficacy between the two groups before the intervention. This difference was significant in post-test and three-month follow-up assessments ($P < 0.05$). Repeated measures ANOVA showed a significant difference in the trend of mean scores across the three stages of measurement (before intervention, immediately after intervention, and one month after intervention) ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings, the cognitive-social theory-based empowerment program training increases spiritual care and self-efficacy of caregivers of patients with heart failure.



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.46644>

Please cite this article as: Masoudi R, Rabiei L. The Effect of a Cognitive-social Theory-based Empowerment Program on Spiritual Care and Self-efficacy of Caregivers of Patients with Heart Failure. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(3):61-71. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.46644>

Summary

Background and Objective

Heart failure is a clinical syndrome caused by structural or functional cardiac disorders and is accompanied by such symptoms as dyspnea, fatigue, and edema, which lead to reduced quality of life and decreased lifespan of patients (1, 2). One of the most important pathophysiological

problems in heart failure is the heart's inability to fill and empty the ventricles. Cardiovascular diseases are among the leading causes of global mortality, accounting for 50% of all deaths, and their prevalence increases with age, gender, and unhealthy lifestyle. The incidence of heart failure is also rising, doubling with each decade of age. Besides imposing a physical burden on patients, this disease significantly affects families and their

caregivers who provide financial, emotional, and healthcare support to patients (3, 4).

Family caregivers of chronic patients, often referred to as hidden patients, face numerous challenges, and the lack of adequate support is one of their main problems (5-7). Empowering caregivers and increasing their self-efficacy helps improve patient care and reduce healthcare visits (8-10). The spiritual dimension in nursing care is increasingly recognized, with spiritual care considered a vital aspect of comprehensive patient care. Spiritual care can foster positive emotions and help improve or enhance individuals' health. Most patients value their spiritual well-being and seek to fulfill their spiritual needs. Spiritual care, which lies at the heart of the spiritual care model, can provide better adaptation to conditions considering the social, economic, and individual challenges faced by caregivers and patients, playing an important role in health preservation and promotion (11-14). To achieve this goal, designing and implementing effective and safe programs for caregivers of chronic patients is recommended (15). Successful empowerment programs require the use of theories and models that serve as roadmaps for the educational process, providing guidance for assessment, diagnosis, educational planning, intervention design, and evaluation (16).

Given the importance of family caregivers, this study investigates the effect of a cognitive-social theory-based empowerment program on spiritual care and self-efficacy of caregivers of heart failure patients. The cognitive-social theory explains behavior as a triangle encompassing personal, environmental, and interpersonal factors and emphasizes the role of knowledge, situational perception, and self-efficacy in empowerment.

Methods

Compliance with ethical guidelines: The researcher obtained an introduction letter to the hospital and explained the research objectives to the authorities, obtaining their consent and cooperation while considering ethical considerations before sampling. Initially, the researcher explained to the caregivers eligible for the study that this research was a project with defined goals, duration, and procedures. The participants were assured that their information would remain confidential and their participation was voluntary; they could withdraw at any time.

This quasi-experimental study was conducted with 70 caregivers (35 in control and 35 in intervention groups). The educational intervention consisted of four 90-minute weekly sessions

covering topics such as heart failure education, social support enhancement, spiritual care, and self-efficacy improvement based on cognitive-social theory. Evaluations were performed before, immediately after, and one month after the intervention using spiritual care and self-efficacy questionnaires.

Results

The study results indicate that most caregivers in the intervention group (35.7%) and control group (35.6%) were aged 30-39 years. The majority of caregivers in the intervention group (76.2%) and control group (84.4%) were female, and most were married (76.2% intervention group and 88.9% control group). There was no significant difference in the mean scores of spiritual care and self-efficacy between the two groups before the intervention; however, this difference was significant in post-test and three-month follow-up assessments based on independent t-test results ($P < 0.05$). Repeated measures ANOVA showed a significant difference in the pattern of mean scores over the three assessment phases (before the intervention, immediately after the intervention, and one month after the intervention) ($P < 0.001$).

Conclusion

This study aimed to assess the effect of a cognitive-social theory-based empowerment program on spiritual care and social support among family caregivers of heart failure patients.

Findings demonstrate the positive impact of cognitive-social theory-based empowerment training on improving spiritual care and self-efficacy among caregivers. Similar studies have shown that spiritual care education reduces caregiver burden and increases caregivers' ability to cope with challenges. High self-efficacy helps caregivers focus on their abilities, better perform caregiving roles, and transform care into growth opportunities. International studies in Italy and China have also confirmed the effectiveness of supportive and targeted training in enhancing caregiving skills and self-efficacy among caregivers of heart failure patients (24, 25).

The results emphasize the importance of designing and implementing cognitive-social empowerment programs to support patient caregivers and improve their care quality and quality of life. Educational programs that boost caregivers' belief in their individual capabilities and provide necessary cognitive and behavioral skills not only improve spiritual care but also offer

psychological support and enhance patients' quality of life.

Limitations of the present study include insufficient control over external educational resources and patients' attendance difficulties in sessions. It is recommended that future studies consider longer follow-up and compare different educational programs to better assess intervention effectiveness.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Research and Technology Deputy of Shahrekord University of Medical Sciences for their financial support for this research.

Ethical considerations

According to the authors, this study was derived from a research project approved by the Ethics Committee of Shahrekord University of Medical Sciences with the ethics code [IR.SKUMS.REC.1398.086](https://doi.org/10.21860/IR.SKUMS.REC.1398.086).

Funding

According to the authors, the financial support for this study was provided by the Research and Technology Deputy of Shahrekord University of Medical Sciences.

Conflict of interest

The authors reported no conflicts of interest regarding this research.

Authors' contribution

Study design and manuscript drafting: First author; study implementation, data collection, and analysis: Second author.

أثر برنامج التمكين المستند إلى النظرية المعرفية - الاجتماعية في الرعاية الروحية والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي لدى مقدمي الرعاية لمرضى قصور القلب

رضا مسعودي^١، ليلي ربيعي^{٢*}

١- قسم الباطنة والجراحة، كلية التمريض والقبالة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٢- قسم الصحة العامة، كلية الصحة والسلامة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتورة ليلي ربيعي؛ البريد الإلكتروني: Leila_rabiei@yahoo.com

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: بما أنّ مقدمي الرعاية المنزلية لمرضى الأمراض المزمنة يُعدّون بمثابة المرضى المخفيين الذين يتحملون أعباء كبيرة، فإنّ تمكينهم في عملية الرعاية يُسهم في تحسين جودة الرعاية المقدّمة للمرضى. ومن هذا المنطلق، هدفت هذه الدراسة إلى تقصي أثر برنامج التمكين القائم على النظرية المعرفية الاجتماعية في الرعاية الروحية والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي لدى مقدمي الرعاية لمرضى قصور القلب.

منهجية البحث: يُعدّ هذا البحث دراسةً شبه تجريبية. تكوّن المجتمع الإحصائي للبحث من مقدمي الرعاية لمرضى المصابين بقصور قلبي، فيما اشتملت التداخلات على خمس جلسات، مدة كلّ منها تسعون دقيقة، عُقدت مرّة واحدة في الأسبوع، وتناولت موضوعات محدّدة. قام كلّ من مجموعتي الشاهد والتدخل بتعبئة الاستبيان في ثلاث مراحل: قبل التدخل، مباشرةً بعده، ثمّ بعد مرور شهر واحد. تمّت معالجة البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS الإصدار ١٨. تمّ في هذا البحث الالتزام بجميع الضوابط الأخلاقية، ولم يُذكر أي تعارض في المصالح من قبل مؤلّفي المقالة.

المعطيات: أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن متوسط درجات الرعاية الروحية والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي بين المجموعتين قبل التدخل لم يكن هناك فرق ذو دلالة إحصائية. وكان هذا الاختلاف في القياس بعد التدخل وقياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر دالاً إحصائياً وفق لاختبار t المستقل ($P < 0.05$). أظهر اختبار تحليل التباين مع تكرار القياسات وجود فرق دلالة إحصائية في مسار تغيّرات متوسط الدرجات عبر المراحل الثلاث للقياس (قبل التدخل، فوراً بعد التدخل، وبعد شهر من التدخل) ($P < 0.001$).

الاستنتاج: وفقاً للنتائج المستخلصة، فإنّ تطبيق برنامج التمكين القائم على النظرية المعرفية - الاجتماعية يؤدي إلى تحسين الرعاية الروحية والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي لدى مقدمي الرعاية للمرضى المصابين بقصور القلب.

معلومات المادة

الوصول: ١٣ شوال ١٤٤٦

وصول النص النهائي: ١٩ صفر ١٤٤٧

القبول: ٦ ربيع الأول ١٤٤٧

النشر الإلكتروني: ٣٠ ربيع الأول ١٤٤٧

الكلمات الرئيسية:

التمكين

الدعم الاجتماعي

الكفاءة

قصور القلب

النظرية المعرفية - الاجتماعية

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Masoudi R, Rabiei L. The Effect of a Cognitive-social Theory-based Empowerment Program on Spiritual Care and Self-efficacy of Caregivers of Patients with Heart Failure. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(3):61-71. <https://doi.org/10.22037/jrnh.v11i3.46644>

تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی بر مراقبت معنوی و خودکارآمدی مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

رضا مسعودی^۱ ID، لیلی ربیعی^۲ ID*

۱- گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر لیلی ربیعی؛ رایانامه: Leila_rabiei@yahoo.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۸ اردیبهشت ۱۴۰۴

دریافت متن نهایی: ۱۸ تیر ۱۴۰۴

پذیرش: ۲۸ مرداد ۱۴۰۴

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۴

واژه‌های کلیدی:

توانمندسازی

خودکارآمدی

مراقبت معنوی

نارسایی قلبی

نظریه شناختی - اجتماعی

چکیده

سابقه و هدف: از آنجایی که مراقبان خانگی بیماران مزمن به‌عنوان بیماران پنهان، مشکلات زیادی را متحمل می‌شوند، توانمندسازی مراقبان در فرایند مراقبت موجب مراقبت بهتر از بیماران خواهد شد. این مطالعه با هدف تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی بر مراقبت معنوی و خودکارآمدی مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است. جامعه آماری پژوهش شامل مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود. مداخله شامل پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک بار در هفته با موضوعات مشخص بود. قبل، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد مجدداً هر دو گروه شاهد و مداخله پرسش‌نامه مراقبت معنوی و خودکارآمدی را تکمیل کردند. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸، تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمرات میانگین مراقبت معنوی و خودکارآمدی بین دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. این تفاوت در سنجش پس‌آزمون و سنجش پیگیری سه‌ماهه، بر اساس آزمون تی مستقل معنی‌دار بود ($P < 0/05$). آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات تفاوت معنی‌داری در روند تغییرات نمرات میانگین در سه مرحله سنجش (قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله) نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، آموزش برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی موجب افزایش مراقبت معنوی و خودکارآمدی مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شود.

استناد مقاله به این صورت است:

Masoudi R, Rabiei L. The Effect of a Cognitive-social Theory-based Empowerment Program on Spiritual Care and Self-efficacy of Caregivers of Patients with Heart Failure. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2025;11(3):61-71. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.46644>

مقدمه

نارسایی قلبی یک نشانگان بالینی است که به دلیل اختلالات ارثی یا اکتسابی ساختمانی یا عملکردی قلب رخ می‌دهد و به صورت مجموعه‌ای از علائم (تنگی نفس و خستگی) و نشانه‌ها (ادم و رال) ظاهر می‌شود و در نهایت موجب افت کیفیت زندگی و کوتاه‌شدن سالیان امید به زندگی می‌شود (۱). مشکل عمده پاتوفیزیولوژی نارسایی قلبی این است که قلب نمی‌تواند بطن‌ها را پر و خالی کند (۲). بیماری‌های قلبی - عروقی ۵۰٪ کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص داده است. شیوع اختلالات قلبی ۳۰٪ است که با عواملی مانند سن بالا، جنس مذکر و سبک زندگی ارتباط دارد (۳). شیوع نارسایی قلبی در حال افزایش است؛ به طوری که نزدیک به ۱۵ میلیون نفر در جهان مبتلا به این بیماری هستند. با هر دهه افزایش سن، بروز بیماری قلبی دوبرابر می‌شود (۴). نارسایی قلبی همچنین منجر به موارد متعدد بستری بیمار می‌شود (۴).

بیماری‌های مزمن مانند نارسایی قلبی نه تنها بر بیمار بلکه بر خانواده نیز تأثیر قابل توجهی دارد. در واقع، خانواده مراقبت، حمایت مالی و عاطفی و خدمات بهداشتی را برای بیمار خود فراهم می‌کند (۵). خانواده‌ها نقش مهمی در بهبودی بیماران خود دارند (۶). حمایتی که بیمار از خانواده دریافت می‌کند در افزایش توان سازگاری او مؤثر است (۶). نبود حمایت مناسب از مراقبان، یکی از مشکلات اساسی آنان است (۷). در هر برنامه آموزشی جهت ارتقای سطح خودمراقبتی و خودکارآمدی در بیماران، توجه به حمایت خانواده می‌تواند در موفقیت برنامه مفید باشد (۸). شناسایی عوامل مؤثر بر افزایش خودکارآمدی می‌تواند به دادن اطلاعات و آموزش‌های مناسب به مددجویان و خانواده منجر و موجب کاهش مشکلات ناشی از ماهیت بیماری و عوارض آن شود (۸، ۹). سازمان بهداشت جهانی گزارش می‌کند که در پرستاری تمامی اقدامات متمرکز بر درمان شخص با تمامی ابعاد است اما با وجود این، بُعد معنوی بُعدی است که بیشتر از آن غفلت می‌شود. با توجه به اهمیت پیدا کردن بُعد معنوی، امروزه با مفهوم مراقبت معنوی روبه‌رو هستیم. درحقیقت، مراقبت معنوی جزء اساسی عملکرد پرستاری است. مقصود، آن دسته از مداخلات پرستاری است که به منظور برآورده‌سازی نیازهای معنوی بیماران به کار برده می‌شود. در هر نظامی که سعی دارد مراقبت جامع ارائه کند، مراقبت معنوی بخش ضروری و حیاتی مراقبت‌دهنده است. مراقبت معنوی موجب ایجاد عواطف مثبت می‌شود و بدین

ترتیب اگر فرد بیمار باشد به بهبودی او کمک می‌کند و اگر سالم باشد موجب ارتقای سلامتی او می‌شود (۱۰).

بیشتر مراجعان به بیمارستان‌ها معتقدند که سلامت معنوی به اندازه سلامت جسمی اهمیت دارد و علاقه‌مند به سؤال درباره نیازهای معنوی‌شان هستند. در الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم، هسته اصلی مراقبت، بیمار و خانواده است (۱۱، ۱۲). توجه به مشکلات فردی، اجتماعی و اقتصادی مراقبت معنوی موجب تطابق بهتر با مشکلات در بیماران و مراقبان آنان خواهد شد (۱۳). هدف پرستاری حفظ و ارتقای سلامت است؛ بنابراین، مراقبت معنوی سهم قابل توجهی در دستیابی به این هدف دارد (۱۱). مراقبان خانگی بیماران مزمن به‌عنوان بیماران پنهان، مشکلات زیادی متحمل می‌شوند (۱۴)؛ از این رو توانمندسازی مراقبان و افزایش خودکارآمدی در فرایند مراقبت موجب ارائه بهتر مراقبت از بیماران و کاهش بستری‌شدن و مراجعه به مراکز درمانی خواهد شد (۱۵). جهت تحقق این هدف، طراحی و اجرای برنامه‌های مؤثر و ایمن برای مراقبان بیماران مزمن توصیه می‌شود (۱۵). برای اجرای موفق برنامه توانمندسازی استفاده از نظریه‌ها و الگوها ضرورت دارد. نظریه‌ها و الگوها دیدگاه‌های نظام‌مند از وقایع و موقعیت‌ها ارائه می‌دهند و فرایند منظم برای تجزیه و تحلیل وقایع هستند و به‌عنوان نقشه فرایند آموزش، راهنمایی لازم را برای بررسی، تشخیص و برنامه‌ریزی آموزشی، طراحی مداخلات و ارزشیابی فراهم می‌کنند (۱۶). توانمندشدن مراقبان بیماران نارسایی قلبی نه تنها به بُعد فردی و سبک زندگی شخصی افراد بلکه به بُعد بین‌فردی و محیط نیز بستگی دارد که در این مطالعه با توجه به هدف پژوهش که توانمندساختن مراقبان بیماران نارسایی قلب است، از نظریه شناختی - اجتماعی استفاده شد. چون یکی از مهم‌ترین مزیت‌های این نظریه، تشریح رفتار به صورت علیت مثلثی‌شکل شامل محیط، عوامل شخصی و عوامل بین‌فردی یا اجتماعی است؛ بنابراین طبق این نظریه برای توانمندسازی مراقبان بیماران قلبی می‌توان عامل محیطی مثل بار مراقبتی و عامل شخصی مانند مراقبت معنوی و خودکارآمدی را بررسی و تشریح کرد. از مزایای دیگر این نظریه داشتن سازه دانش و درک موقعیت است که می‌توان از این طریق اطلاعات را به مراقبان بیماران نارسایی قلبی منتقل کرد و همچنین سازه‌هایی چون خودکارآمدی است که امکان استفاده از این سازه در جهت افزایش کارایی مراقبان جهت توانمندسازی آنان است (۱۷).

تعلق می‌گیرد. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵، گزینه موافقم نمره ۴، گزینه نظری ندارم نمره ۳، گزینه مخالفم نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۲۳ و حداکثر نمره ۱۳۸ است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات گذشته تأیید شده است (۱۸).

پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی از شوارتز و جروسالم^۲ (۱۹۸۲) اقتباس شده است. در ایران، روایی و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی در مطالعات متعددی بررسی شده است که اعتبار بالای این ابزار را نشان می‌دهد. برای نمونه، اصغرزاد و همکارانش در مطالعه‌ای درباره نوجوانان پناهنده افغانستانی، پایایی مناسبی با ضریب آلفای کرونباخ گزارش کرده‌اند (۱۹). همچنین چگینی در پژوهشی با نمونه کارکنان ایرانی، روایی و پایایی این پرسش‌نامه را تأیید کرده است. این دو مطالعه با استفاده از تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ، کیفیت روان‌سنجی پرسش‌نامه را در نمونه‌های ایرانی اثبات کرده‌اند (۲۰).

فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و فرم رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه از بیماران دریافت شد و سپس هر دو گروه پرسش‌نامه‌های سنجش مراقبت معنوی و خودکارآمدی را تکمیل کردند. برای مراقبانی که قادر به تکمیل پرسش‌نامه نبودند، پژوهشگر این کار را انجام داد. بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد مجدداً هر دو گروه شاهد و مداخله پرسش‌نامه را تکمیل کردند. مداخله شامل چهار جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک بار در هفته برگزار شد و بر اساس مثلث نظریه شناختی - اجتماعی، نیازسنجی اولیه و مروری بر مطالعات تنظیم شد. مباحث هر جلسه بر اساس مثلث نظریه شناختی - اجتماعی عبارت است از:

جلسه اول: دادن اطلاعات درباره نارسایی قلب؛

جلسه دوم: ارتقای حمایت اجتماعی (یکی از سازه‌های نظریه شناختی - اجتماعی)؛ در این جلسه از اعضای خانواده و دوستان بیماران دعوت شد که در این برنامه آموزشی حضور داشته باشند. هدف از برگزاری این جلسه افزایش ابعاد حمایت اجتماعی بود که شامل حمایت احساسی و عاطفی، حمایت ابزاری و فیزیکی، حمایت اطلاعاتی و حمایت در ارزیابی و شناخت است.

جلسه سوم: افزایش مراقبت معنوی؛ در این جلسه درباره تأثیر دعا و نیایش در روحیه انسان و اینکه مراقب چگونه می‌تواند مراقبت معنوی داشته باشد، بحث شد و همچنین

با توجه به ضرورت اهمیت به مراقبان این بیماران، این مطالعه با هدف تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی بر مراقبت معنوی و خودکارآمدی در مراقبان خانوادگی بیماران نارسایی قلبی انجام شد.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: محقق پس از ارائه معرفی‌نامه به بیمارستان و توضیح درباره اهداف پژوهش به مسئولان آن و جلب موافقت و همکاری آنان؛ و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی اقدام به نمونه‌گیری کرد. در ابتدا محقق برای مراقبانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، توضیح داد که این پژوهش یک طرح تحقیقاتی است و اهداف پژوهش، مدت زمان و اقدامات صورت‌گرفته را شرح داد و به افراد اطمینان داد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و شرکت در مطالعه اختیاری است و شرکت‌کنندگان هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی است. جامعه آماری مراقبان بیماران نارسایی قلبی بودند که بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۷۰ نفر (۳۵ نفر در گروه شاهد و مورد) از افرادی که به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. نمونه‌های نهایی به شکل تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل وارد شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن دست‌کم ۱۸ و حداکثر ۷۰ سال، مراقب اصلی و خانوادگی بودن، داشتن دست‌کم سابقه چندین ماه مراقبت از بیمار، مستقل برای انجام فعالیت خودمراقبتی، رضایت برای شرکت در مطالعه، توانایی فهم سؤالات و شرکت‌نداشتن مراقب در هیچ برنامه رسمی آموزش خودمراقبتی. معیارهای خروج از مطالعه نیز وجود یک اختلال ذهنی یا شناختی، تکمیل ناقص پرسش‌نامه و تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس مراقبت معنوی مک شری^۱ و پرسش‌نامه خودکارآمدی بود.

مقیاس مراقبت معنوی مک شری و همکاران (۱۹۷۰) شامل ۲۳ سؤال به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل گزینه‌های «کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم» است که برحسب پاسخ به هر گزینه، نمره‌ای بین ۵-۱ به آن

^۱) Mc sherry

^۲) Michael Schwarzer & Ralf Jerusalem

از یک روحانی نیز به عنوان سخنران دعوت شد. جلسه چهارم: افزایش خودکارآمدی که یکی از سازه‌های نظریه شناختی - اجتماعی و شامل فن‌های زیر است: فن اول: برنامه‌ریزی عملکرد منظم در جلسات آموزشی: با استفاده از بحث گروهی و انجام مشاوره فردی تلاش خواهد شد تا هر فرد بتواند با توجه به روال روزمره زندگی خود، برنامه مراقبتی خود را طرح‌ریزی کند و درباره زمان، مکان و نحوه فعالیت مراقبتی بیماران توضیح داده شد. برای نمونه روش‌های مدیریت زمان جهت فعالیت مراقبتی شرح داده شد. فن دوم: تنظیم شرح وظایف گام‌به‌گام و درجه‌بندی شده روش کار، آغاز کردن با کارهای ساده و سپس پیش‌رفتن با گام‌های کوچک به سوی کارهای دشوارتر است تا اینکه شخص احساس تسلط بر تمامی پیچیدگی مسائل را تجربه کند. تجارب موفقیت‌آمیز خود را در انجام فعالیت روزمره و مراقبتی و چگونگی دستیابی به آنها را برای سایر شرکت‌کنندگان بیان کند و بحث و بارش افکار به‌سوی چگونگی تنظیم و انجام برنامه مراقبتی در قالب مراحل کوچک و دست‌یافتنی جهت افزایش حس خودکارآمدی هدایت شد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، نمرات میانگین مراقبت معنوی بین دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت؛ این تفاوت در سنجش پس‌آزمون و سنجش پیگیری سه‌ماهه، بر اساس آزمون تی مستقل معنی‌دار بود ($P < 0/05$). آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات تفاوت معنی‌داری را در روند تغییرات نمرات میانگین در سه مرحله سنجش (قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله) نشان داد ($P < 0/001$) (جدول شماره ۲).

جدول متغیرهای جمعیت‌شناختی دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه آزمون (تعداد= ۳۵)	گروه کنترل (تعداد= ۳۵)
درصد فراوانی	درصد فراوانی	
۲۰-۲۹	۱۵(۵)	۱۲(۴)
۳۰-۳۹	۳۵/۷(۱۳)	۳۵/۶(۱۲)
۴۰-۴۹	۲۵(۹)	۲۸(۱۰)
۵۰ سال به بالا	۲۴/۳(۸)	۲۴/۴(۹)
جنسیت	زن	۸۴/۴(۳۰)
	مرد	۱۵/۶(۵)
وضعیت تأهل	متاهل	۸۸/۹(۳۱)
	مجرد	۱۱/۱(۴)
میانگین ساعت مراقبت در هفته	۲۳(ساعت)	۲۵(ساعت)

برای ارزیابی اطلاعات استنباطی از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بیشتر مراقبان در گروه مداخله

جدول ۲) میانگین، انحراف معیار، تی مستقل و تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات متغیر مراقبت معنوی در گروه‌های آزمون و کنترل در سه مرحله سنجش

مراقبت معنوی	گروه کنترل (تعداد= ۳۵)	میانگین	انحراف معیار	گروه آزمون (تعداد= ۳۵)	میانگین	انحراف معیار	تی مستقل
قبل از مداخله	۱۰۲/۴۴	۵/۴۱	۱۱۱/۵۶	۴/۷۸	۱۰۲/۴۴	۵/۴۱	t=۰/۴۱ P=۰/۶۸
بلافاصله پس از مداخله	۱۰۱/۲۳	۵/۹۶	۱۲۳/۸۷	۴/۵۵	۱۰۱/۲۳	۵/۹۶	t=۳/۳۲ P<۰/۰۰۱
یک ماه پس از مداخله	۱۰۲/۵۳	۴/۵۶	۱۲۱/۵۴	۴/۱۶	۱۰۲/۵۳	۴/۵۶	t=۳/۱۱ P<۰/۰۰۱
آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات	F=۲۱/۴۴ P<۰/۰۰۱						

بود ($P < 0.05$). آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات تفاوت معنی‌داری را در روند تغییرات نمرات میانگین در سه مرحله سنجش (قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله) نشان داد ($P < 0.001$).

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات میانگین خودکارآمدی بین دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. این تفاوت در سنجش پس‌آزمون و سنجش پیگیری سه‌ماهه بر اساس آزمون تی مستقل معنی‌دار

جدول ۳) میانگین، انحراف معیار، تی مستقل و تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات متغیر خودکارآمدی در گروه‌های آزمون و کنترل در سه مرحله سنجش

تی مستقل	گروه آزمون (تعداد = ۳۵)		گروه کنترل (تعداد = ۳۵)		خودکارآمدی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$t=0.56$ $P=0.47$	۴/۷۸	۲۵/۹۸	۵/۴۱	۲۵/۲۱	قبل از مداخله
$t=3.11$ $P<0.001$	۴/۵۵	۳۲/۸۷	۵/۹۶	۲۶/۳۴	بلافاصله پس از مداخله
$t=3.19$ $P<0.001$	۴/۱۶	۳۴/۶۷	۴/۵۶	۲۷/۵۹	یک ماه پس از مداخله
$F=17.21$ $P<0.001$					آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات

مشاهدات نشان داد که بین میانگین نمره خودکارآمدی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مطالعه در گروه آزمون تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. در همین زمینه، مطالعه چنگ^۲ و همکارانش نشان می‌دهد که مداخلات حمایتی در مراقبان غیررسمی موجب افزایش خودکارآمدی آنان می‌شود (۲۲). مراقبان با احساس خودکارآمدی بالا با تمرکز بر توانمندی‌هایشان در مقابل نقاط ضعف و شکست‌ها، از خطر پیامدهای منفی مراقبت محافظت می‌شوند. به‌علاوه ممکن است به عهده گرفتن نقش و وظایف مربوط به مراقبت در کنار نقش‌های دیگر زندگی از نظر این افراد چالشی جهت رشدیافتن به نظر برسد (۲۳).

مطالعه پوکسیارلی^۳ و همکارانش (۲۴) در ایتالیا نشان داده که آموزش مبتنی بر انگیزش مصاحبه‌ای (MI) به مراقبان بیماران نارسایی قلبی کمک کرده است تا مهارت‌های حل مسئله و باورهای خودکارآمدی خود را افزایش دهند که این امر منجر به بهبود کیفیت زندگی مراقبان و کاهش بار مراقبتی شده است. علاوه بر این، مطالعات در چین مانند پژوهش یانگ^۴ و همکارانش (۲۵)، از برنامه‌های آموزش خانواده با هدف تعیین اهداف شخصی مراقبت و توسعه طرح‌های مراقبتی خاص خانواده حمایت می‌کند که موجب

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی بر مراقبت معنوی و حمایت اجتماعی در مراقبان خانوادگی بیماران نارسایی قلبی انجام شده است. نتایج مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات مراقبت معنوی و خودکارآمدی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد. برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی دارای تأثیر قابل توجهی در افزایش مراقبت معنوی و خودکارآمدی مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مراقبت معنوی به‌عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی در کاهش بار مراقبتی و ایجاد مهارت‌های سازگاری و افزایش رفتار مراقبتی مراقبان دارد. نتایج مطالعه هودگ^۱ و همکارانش نشان داده است که آموزش مراقبت معنوی فشار مراقبتی مراقبان را کاهش می‌دهد و می‌تواند عامل کمک‌کننده در مقابله با مشکلاتی باشد که در مراقبت از این بیماران وجود دارد (۲۱).

بین میانگین نمره خودکارآمدی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار

²) Cheng

³) Pucciarelli

⁴) Yang

¹) Hodge

شهرکرد با کد اخلاق [IR.SKUMS.REC.1398.086](https://doi.org/10.21860/IR.SKUMS.REC.1398.086) آن را تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

طراحی مطالعه و نگارش مقاله: مؤلف اول و اجرای مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات: مؤلف دوم.

References

1. Knowles KA, Xun H, Jang S, Pang S, Ng C, Sharma A, et al. Clinicians for CARE: a systematic review and Meta-Analysis of interventions to support caregivers of patients with heart disease. *Journal of the American Heart Association*. 2021;10(24): e019706.
2. Masodi R, Soleymani MA, Alhani F, Rabei L, Bahrami N, Esmaili SA. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self-concept of multiple sclerosis patients care givers. *Koomesh*. 2013;14(2):240-8. (Full Text in Persian)
3. Seniwati T, Wanda D, Nurhaeni N. Effects of patient and family-centered care on quality of care in pediatric patients: a systematic review. 2023;13(1):68-84.
4. Rabiei L, Eslami AA, Abedi H, Masoudi R, Sharifirad GR. Caring in an atmosphere of uncertainty: perspectives and experiences of caregivers of peoples undergoing haemodialysis in Iran. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2016;30(3):594-601. (Full Text in Persian)
5. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *Journal of Translational Medical Research*. 2010;17(2):87-97. (Full Text in Persian)
6. Motamedifard S, Movahedimoghadam F, Motamed F, Begjani J. The Effect of Family-Centered Empowerment Training on the Perception of Family-Centered Care by Parents of Hospitalized Children. *Int Journal Med Invest* 2024; 13(4): 128-35. (Full Text in Persian)

بهبود مشارکت مراقبان در مراقبت از بیماران و تقویت خودکارآمدی شده است. نتایج این مطالعات با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش برنامه توانمندسازی مبتنی بر نظریه شناختی - اجتماعی موجب افزایش مراقبت معنوی و خودکارآمدی مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شود. همچنین به برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در جهت اتخاذ برنامه‌های مداخلاتی مؤثر از سوی نظام مراقبت‌های بهداشتی که موجب افزایش مهارت‌های مراقبتی و درنهایت ارتقای کیفیت زندگی مراقبان می‌شود، کمک می‌کند. این‌گونه برنامه‌های توانمندسازی، با افزایش باور به توانمندی‌های فردی مراقبان و فراهم کردن مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم، موجب ارتقای مراقبت معنوی می‌شود که کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی را بهبود می‌بخشد و از جنبه روانی نیز مراقبان را حمایت می‌کند. این یافته‌ها اهمیت طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی شناختی - اجتماعی را در مراکز درمانی جهت حمایت از مراقبان و ارتقای کیفیت مراقبت تأکید می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کنترل‌نکردن دقیق واحدهای پژوهش در آموزش از سایر منابع و رسانه‌ها و مشکلات بیماران برای حضور در جلسات اشاره کرد.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه با طول مدت پیگیری بیشتری انجام شود. همچنین این برنامه آموزشی با سایر الگوهای آموزشی جهت ارتقای مراقبت معنوی و خودکارآمدی مراقبان مقایسه شود.

قدردانی

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به دلیل حمایت‌های مالی از این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی است که کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی

7. Hemmatipour A, Rokhafrooz D, Rasouli Ghahfarokhi M, Mirmoghtadaie Z. Effect of Family-Centered Empowerment Model Using Mobile Learning on the Quality of Life in Children with Thalassemia: A Quasi-Experimental Study. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2024 January; 13(1):e138139. (Full Text in Persian)
8. Knowles KA, Xun H, Jang S, Pang S, Ng C, Sharma A, et al. Clinicians for CARE: a systematic review and Meta-Analysis of interventions to support caregivers of patients with heart disease. *Journal of the American Heart Association*. 2021;10(24): e019706.
9. Durante A, Younas A, Cuoco A, Boyne J, Rice BM, Juarez-Vela R, et al. Burden among informal caregivers of individuals with heart failure: A mixed methods study. *Plos one*. 2023;18(11):e0292948.
10. Mishra S, Gulia A, Satapathy S, Gogia A, Sharma A, Bhatnagar S. Caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients on chemotherapy: A prospective observational study. *Indian journal of palliative care*. 2021;27(1):109.
11. Khajehpoor MH, Shahrababaki PM, Nouhi E. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life among the elderly: a clinical trial study. *BMC palliative care*. 2023;22(1):130. (Full Text in Persian)
12. Locatelli G, Rebora P, Occhino G, Ausili D, Riegel B, Cammarano A, et al. The impact of an intervention to improve caregiver contribution to heart failure self-care on caregiver anxiety, depression, quality of life, and sleep. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023; 38(4):361-9.
13. Hu X, Dolansky MA, Su Y, Hu X, Qu M, Zhou L. Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: a randomized controlled study. *International journal of nursing studies*. 2016; 62:11-21.
14. Khaninezhad L, Valiee S, Moradi Y, Mahmoudi M. The effect of a caring program based on the Pender's health promotion model on caregiver burden in family caregivers of patients with chronic heart failure: A quasi-experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2024;13(1):303. (Full Text in Persian)
15. Puspitadewi TR, Nugraheni WT, Ariyanti I. Family empowerment in efforts to prevent high-risk pregnancy based on family-centered empowerment. *Journal of Medical Sciences*, 2023; 11(24): 41-46.
16. Nayak MG, George A. Effectiveness of multicomponent intervention on quality of life of family caregivers of cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2021; 22(9):2789.
17. Pandey A, Segar MW, Singh S, Reeves GR, O'Connor C, Piña I, et al. Frailty status modifies the efficacy of exercise training among patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction: an analysis from the HF-ACTION trial. *Circulation*. 2022;146(2):80-90.
18. Mahdavi B, Fallahi KM, Mohammadi F, Hosseini M. The effect of group spiritual care on quality of life in family caregivers of elders with Alzheimer's disease. 2015;10(1):24.
19. Asgharnejad T, Ahmadi DM, Farzad VE, KHodapanahi MK. Psychometric properties of sherer's general self-efficacy scale. 2006;10(3):262-274
20. Chegini AA. Validity and reliability of the General Self-Efficacy Scale in Iranian employees. *Ravan Rahnama*. 2019;(12):45-53. (Full Text in Persian)
21. Hodge DR. Understanding spiritual assessment and intervention in China: A roadmap for addressing client spirituality in an ethical and professional manner. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2022;32(5):603-17.
22. Cheng Q, Zhang X, Chen H, Wang Y, Liu J, Huang Y, Fan L, Liu M, Guo X. Co-occurring self-efficacy, anxiety, and depression in caregivers of patients with heart failure: A prospective cohort study. *BMC Nurs*. 2025 Mar 31;24(1):24.
23. Magliano L, Fiorillo A, Magliano C. Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine setting: Impact of patients clinical status and social functioning and on relatives burden and resources. *Epidemiology of psychiatry* 2006;15(3):219-27.
24. Pucciarelli G, Occhino G, Locatelli G, Baricchi M, Ausili D, Rebora P, et al. The effectiveness of a motivational interviewing intervention on mutuality between patients with heart failure and their caregivers: a secondary outcome analysis of the MOTIVATE-HF randomized controlled trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2024;39(2):107-17.
25. Yang W, Sun L, Hao L, Zhang X, Lv Q, Xu X, et al. Effects of the family customised online FOCUS programme on patients with heart failure and their informal caregivers: a multicentre, single-blind, randomised clinical trial. *E Clinical Medicine*. 2024; 23(1):56-65.