مجـــلهی توســـعهی آمـــوزش در علـــوم پزشـــکی

دورهی ۴، شماره ۷ ، پاییز و زمستان ۹۰، صفحات ۱۰ تا ۱۷

موانع به کارگیری خود مراقبتی اورم از دیدگاه پرستاران و دانشجویان دکتری پرستاری: تحلیل محتوا

دکترطاهره اشک تراب[۱]، مرضیه پازوکیان [۲]

نویسندهی مسئول: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، دانشکده پرستاری ashktroab@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف : *استفاده از تئوری پرستاری سبب اصلاح کیفیت مراقبت، کاهش هزینه های مراقبت پرستاری می شود. اگرچه مطالعات با رویکرد کمی در مورد به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم در بیماری های مختلف صورت گرفته؛ اما مطالعات کمیّ نمی‌تواند عمق و پیچیدگی ادراکات و نظرات افراد را در مورد خود مراقبتی بیابند. این مطالعه با هدف شناسایی موانع به کارگیری مدل خود مراقبتی باعث به کارگیری مداخلات کارا در زمینهی مراقبت شده و به علاوه دید وسیعی در زمینهی آموزش به پرستاران ارایه نمود.*

روش بررسی: *مطالعهی حاضربا روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شده است. نمونه گیری به صورت هدفمند با ٤ کارشناس ارشد پرستاری داخلی – جراحی و ٤ دانشجوی دکتری پرستاری انجام و داده ها با مصاحبهی نیمه ساختاریافته تا اشباع آن‌ها جمع آوری شدند. برای تأیید دقت و صحت داده ها از شیوه‌های پرسش از همکار و چک توسط اعضا استفاده گردید. داده ها ، نام گذاری داده ها و به دست آوردن کدهای تحلیلی و در نهایت تشخیص تم ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد.*

یافته‌ها: *مشارکت کنندگان در این مطالعه موانع به کارگیری مدل خودمراقبتی را در٦ درون مایه ، شامل عوامل مرتبط با مدل، عوامل جسمی ، عوامل اجتماعی ، عوامل روانی ، عوامل آموزشی و عوامل مرتبط با سیستم مراقبتی بیان کردند.*

نتیجه گیری *: تجارب مثبت و منفی در به کارگیری مدل نشان دهندهی نقش این عوامل در به کارگیری مدل خود مراقبتی است . موانع موجب عدم به کارگیری خود مراقبتی یا ناقص بودن آن شود. آشنایی بیشتر پرستاران با مدل خود مراقبتی بر عملکرد آن‌ها در مورد نقش حرفه‌ای پرستاری به منظور اصلاح وضعیت حاضر پیشنهاد می‌شود.*

واژگان کلیدی: مدل خود مراقبتی اورم، موانع و تحلیل محتوا

مقدمه

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های پرستاری به عنوان یک حرفه‌ی دانشگاهی ،آموزش پرستاری است که با برقراری ارتباط بین تئوری و عمل مشخص می‌گردد(۱). استفاده از تئوری پرستاری سبب اصلاح کیفیت مراقبت ، کاهش هزینه های مراقبت پرستاری و در نهایت اصلاح کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. از میان تئوری های پرستاری که در بیماری های مزمن مورد تحقیق قرارگرفته اند، مدل مراقبت از خود یا چارچوب خود مراقبتی اورم است (۲). الیگود و تومی درکتاب خود از دیدگاه ملیس (۱۹۹۸) می‌نویسند بررسی‌ها نشان می‌دهد که ۳۲ درصد تحقیقات، استفاده حداقل از مدل اورم و در حدود ۵۵ درصد تحقیقات انجام شده استفاده نامناسب از این مدل به چشم می خورد ؛ یعنی این مدل فقط به عنوان چارچوب استفاده شده

۱- دکتری پرستاری ، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- کارشناس ارشد پرستاری داخلی – جراحی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

و در بحث و بررسی نتایج مورد استفاده قرار نگرفته است و استفاده مطلوب مدل فقط در ۱۳ درصد تحقیقات مشاهده شده است(۳).فاست در کتاب خود بیان کرده اگرچه تئوری اورم عملیاتی شده و در تحقیق ، بالین و مدیریت مورد استفاده قرار گرفته است و این تئوری یک تئوری درمان گرایانه است و با معیارهای پرستاری بالینی بیشتر مناسبت دارد وکاربرد زیاد در پرستاری دارد ؛ اگرچه استفاده محدودی در عمل پرستاری داشته است (٤). توجه داشتن به مراقبت از خود به عنوان یک سازه‌ی مهم در پرستاری بسیاری از پژوهشگران را به سوی کاراورم سوق داده است. مطالعات متعددی به منظور بررسی مراقبت از خود در انواع موقعیت‌های پرستاری اجرا شده‌اند. مطالعات قابل دسترسی در موردکاربرد تئوری خود مراقبتی برای عملکرد پرستاری وجود دارد . از این مطالعات می‌توان موارد زیر را اشاره کرد . اگرچه در طول زمان تئوری پرستاری به طورسیستماتیک بسیار تکامل یافته ، پیشرفت کمی در تست کردن تئوری پرستاری داشته است و شناسایی واضح و تجربه ی افراد از مدل یا تئوری شرط ضروری برای تست کردن آن است در حالی که تئوری ها و مدل ها به عنوان ابزار در مطالعات به ویژه توصیفی استفاده می‌شوند(۵). حال این سوال مطرح می‌شود که تجربه‌ی اعضای تیم مراقبتی در مورد موانع به کارگیری مدل در بالین چیست؟ اگرچه مطالعات بسیاری با رویکرد کمی در مورد چگونگی به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم در بیماری های مزمن صورت گرفته ، به طور کلی نتایج آن‌ها اثر بخش و باعث بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود . با این وجود همچنان در مراقبت از بیمار و خودمراقبتی بعد از ترخیص مشکلات بسیاری وجود دارد. در واقع می‌توان گفت مطالعات با رویکرد کمی با استفاده از پرسشنامه‌ی محدود نمی‌تواند عمق و پیچیدگی ادراکات و نظرات افراد را در مورد خود مراقبتی بیابند. با استفاده از روش تحقیق کیفی از نوع پدیده شناسی می توان به درک عمیق تجارب پرستاران در زمینه‌ی موانع به کارگیری خود مراقبتی دست یافت. شکیبا زاده و همکاران در مطالعه ی در سال ۱۳۸۸تجارب مبتلایان به دیابت نوع۲ نشان داد که عوامل موثر از دیدگاه بیماران عبارت بودنداز باور به دیابت ، مسوولیت درک شده در برابر خانواده ، باورهای دینی و نظرات افراد مهم دیگر و از نظر کارکنان عبارت بودند از ارتباط صحیح با بیمار، پیگیری و ارایه‌ی آموزش گروهی به بیماران (٦). در این مطالعه اگرچه دیدگاه بیماران و کارکنان در مورد به کارگیری مدل مورد مقایسه قرار گرفته است ولی مطالعه‌ی اخیر موانع به کارگیری از دیدگاه پرستاران در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی و دانشجویان دکتری مورد بررسی قرارداده است که تجربه‌ی به کارگیری مدل‌ها و نظریه‌ها را در آموزش و بالین داشته‌اند. عابدی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۸ عوامل تسهیل کننده و موانع برای مراقبت دریک تحلیل محتوا درمطالعه‌ی خود در۷ طبقه‌ی مفهوم سلامتی ، سبک زندگی ، اعتقادات روحی ، عوامل خانوادگی و شخصی ، عوامل اجتماعی و اقتصادی ، عوامل خدمات بهداشتی و زمینه حمایتی شناسایی کردند (۷).

لذا با توجه به اهمیت خود مراقبتی و در نتیجه ارتقای خود مراقبتی و اینکه تاکنون مطالعات کیفی اندکی در مورد تجارب و ادراکات پرستاران آگاه از مدل و تئوری‌ها در رابطه با موانع در مورد به کارگیری مدل خود مراقبتی با مدل اورم انجام شده است ، مطالعه‌ی اخیرسعی داشت تا با شناسایی موانع به کارگیری تئوری ها به طراحی برنامه‌ها و مداخلات کارا در زمینه‌ی مراقبت کمک و به علاوه دید وسیعی در زمینه‌ی آموزش به پرستاران ارایه نماید.

روش بررسی

این پژوهش به صورت یک مطالعه با رویکرد کیفی با روش تحلیل محتوا طراحی و اجرا گردید. پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش، پرستاران کارشناسی ارشد با گرایش داخلی –

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

جراحی و دانشجویان دکتری پرستاری که تجربه به کارگیری مدل خود مراقبتی را به صورت تئوری و بالینی داشتند ، تشکیل می‌دادند که مورد مصاحبه قرارگرفتند و در صورت عدم تمایل به شرکت در مصاحبه در هرزمان از مطالعه خارج شدند. نمونه گیری مطالعه به صورت مبتنی بر هدف یا هدفمندکه بیشترین اطلاعات مورد نظر را در اختیار دارند ، انجام گردید. در این مطالعه، نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها با ۸ شرکت‌کننده ادامه پیدا کرد. روش جمع آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. از شرکت کنندگان جهت مصاحبه در مکان آرام و خلوت و در ساعتی که از نظر کاری برای آنان مناسب بود، دعوت گردید. قبل از شروع مصاحبه، علاوه بر اطلاعات شفاهی مورد نیاز، فرم رضایت آگاهانه در اختیار آنان قرار گرفت و توسط شرکت کنندگان امضا شد. مصاحبه‌ها به طورکامل ضبط گردید و از موارد مهم و کلیدی آن‌ها یادداشت برداری شد. هر مصاحبه بین ۲۰ تا۳۰ دقیقه به طول انجامید. سوالات مصاحبه‌ی به صورت بازپاسخ و بر اساس راهنمای مصاحبه بود. مصاحبه ی شرکت کنندگان همگی حول و حوش محور اصلی پژوهش، که تجارب مشارکت کنندگان از مراقبت براساس مدل خود مراقبتی اورم بود، مطرح گردید. در صورت نیاز از سوالات کاوشی برای برطرف کردن ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده شد. متن مصاحبه ها به طور کامل ضبط گردید. شروع عملیات تحلیل بعد از اولین مصاحبه آغاز و محقق بعد از دو مصاحبه، کار کدگذاری و دسته بندی را آغاز نمود . این کار به محقق کمک می کرد تا بتواند سوالات دیگر مورد نیاز را طراحی و بهتر مسیر مطالعه را هدایت نماید. به این ترتیب، مراحل زیر در تحلیل داده ها به دقت دنبال گردید. مفهوم اصلی جملات معنی دار به صورت کد استخراج شده ، دسته بندی کدها آغاز گردید. به این ترتیب که کد های با مفهوم مشترک تحت یک طبقه قرار داده شده ، نامگذاری گردید. با هر بار مصاحبه جدید، ممکن بود طبقه‌های قبلی بازنگری و حتی ادغام و یا طبقه‌ی جدیدی ایجاد گردد. سپس با نظارت یک ناظر با تجربه در تحلیل داده های کیفی، کار طبقه‌بندی و نام گذاری طبقه‌ها مورد بازنگری قرار گرفت. به این ترتیب، با تشکیل طبقه بندی، تم های اصلی مطالعه استخراج و ارتباط بین طبقه ها مشخص گردید.

برای تأیید دقت و صحت داده ها در مورد اعتبار مطالعه از شیوه‌های پرسش از همکار و چک اعضا استفاده گردید . به این ترتیب که نتایج تحلیل و طبقه بندی ها، به تأیید دو نفر از اساتید رسید و علاوه بر آن، از یک محقق با تجربه در تحقیق کیفی نیز نظرخواهی گردید که مورد تأیید قرار گرفت .برای چک اعضا نیز، نتایج تحلیل و کدبندی های حاصل از مصاحبه ، در اختیار چهار نفر از مصاحبه شونده‌ها قرارگرفت که آن‌ها را تأیید نمودند. در مورد انتقال پذیری سعی شد که تمام جزییات تحقیق از نمونه‌گیری گرفته تا فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور کامل شرح داده شود تا در مورد انتقال پذیری، نقطه‌ی مبهمی باقی نماند .در مورد قابلیت اطمینان در مطالعه‌ی حاضر، از یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی استفاده شد که فرآیند جمع آوری داده ها و فرآیند تحلیل را بررسی و تأیید نماید و در نتیجه، قابلیت اطمینان مطالعه حاصل گردید .استفاده از ناظر خارجی که به مواردی از قبیل نوارهای مصاحبه ، متون پیاده شده، یادداشت‌ها، داده‌های تحلیل شده، یافته‌های مطالعه، معانی استخراج شده، کدها، تم ها و طبقه بندی ها، جزییات فرآیند انجام مطالعه، قصد اولیه‌ی مطالعه و پرسشنامه‌ی اولیه، سوالات مصاحبه و در کل تمامی جزییات مطالعه دسترسی داشته باشد، علاوه بر قابلیت اطمینان، سبب تأییدپذیری مطالعه نیز می‌شود(۹و۸).

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان این مطالعه، در محدوده‌ی سنی۲۸ تا ٤٦ سال و ٦ خانم و ۲ آقا با میانگین سابقه‌ی کاری در حدود ٤ سال بودند. از بین شرکت کنندگان ٤ کارشناس ارشد پرستاری و ٤

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

دانشجوی دکتری پرستاری بودند. در تحلیل مصاحبه‌ها، بعد از حذف کدهای تکراری و ادغام موارد مشابه، در نهایت ۳۰ کد به دست آمد که در٦ طبقه یا تم اصلی قرار داده شدند.

این تم ها عبارت بودند از عوامل مرتبط با مدل ، عوامل جسمی ، عوامل اجتماعی ، عوامل روانی ، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیستم مراقبتی.

عوامل مرتبط با مدل

این تم را تقریبا همه‌ی شرکت کنندگان بیان کردند. به عنوان مثال نقل قول شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱:

"من در حیطه‌ی آموزش بالینی در پرستاری دراکثر مواقع از این تئوری استفاده نمی‌کنم زیرا به کارگیری این روش مستلزم توجه به کلیه‌ی مشکلات بیمار است، یعنی باید دیدگاه کل‌نگر به بیمار داشته باشم ".

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۲ نیز بیان کرد:

"در بخش ویژه و در بیماران تحت ونتیلاتور، تمام اقدامات لازم برای برآوردن نیازهای بیمار برعهده‌ی پرستار بوده است ، در بیمارانی که در حال ترخیص بوده‌اند و نیاز به آموزش خود مراقبتی به صورت حمایتی و آموزشی داشتند درباره‌ی پیس میکر ، داروها ، پیگیری در بیماران بستری در بخش‌های ویژه نظیرCCU که مراقبت بیمار نسبی است، لذا معمولا پرستار و بیمار در برآوردن نیازهای بیمار مانند صرف غذا ، رعایت بهداشت فردی همکاری می‌کنند".

عوامل جسمی

بسیاری از شرکت کنندگان در تجربه خود بیان کردند که عوامل جسمی از موانع به کارگیری مدل است که شرایط استرس زا و دردناک در بیمارستان و همکاری بیمار از عوامل جسمی است که روی به کارگیری مدل تاثیرگذاراست. به عنوان مثال نقل قول شرکت کننده‌ی ۱ در این تم :" معمولا بیماران در بیمارستان به واسطه‌ی تجربه‌ی شرایط دردناک و استرس‌آور ناشی از بیماری سطح یادگیری خوبی ندارند و عملا آماده‌ی آموزش خود مراقبتی نیست".

عوامل روانی

مواردی از تجربیات مربیان و دانشجویان در مورد عوامل روانی موثر در به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم استرس ناشی از بیماری و محیط بیمارستان ،فقدان انگیزه‌ی بیمار،وجود نگرش مثبت ،مقاومت در برابر تغییر بود. به عنوان مثال نقل قول شرکت کننده‌ی ۵ در این رابطه این بود:

"ازآنجایی که این مدل بسیار کاربردی و عملی است ، مهم‌ترین عامل تسهیل کننده وجودنگرش مثبت در پرستاران است" .

" عدم وجود سیستم تشویق کننده در به کارگیری تئوری خود مراقبتی با توجه به نیازهای بیمار، ترس از ازدحام کارهای پرستاران و متوقف شدن کارهای بخش و شکست مدیران در اداره‌ی بخش مانع به کارگیری مدل می شود".

عوامل اجتماعی

مصاحبه شوندگان مواردی از عوامل اجتماعی موثر برموانع به کارگیری مدل خود مراقبتی ، همسان بودن زمینه های فرهنگی اعتقادی بیمار و پرستار وآگاهی و تحصیلات بیمار و خانواده وی بیان کردند . به عنوان نمونه شرکت کننده‌ی ۲ در تجارب خودبیان کرد:" از آنجایی که آموزش به بیمار در انجام فعالیت خودمراقبتی دارای مزایای زیادی است ، ازجمله افزایش توانمندی و انگیزه‌ی بیمار در برآوردن نیازهای خود ، کاهش هزینه های ناشی از بستری شدن مجدد و استقلال وی ، لذا مدیران می توانند از طریق آموزش کارکنان پرستاری ، آن‌ها را با این مقوله آشناکنند، برای تنظیم یک برنامه‌ی خود مراقبتی تیمی از مدیر پرستاری ، پرستار ، پزشک و بیمار و یکی از اعضای خانواده‌اش تشکیل شود تا برنامه‌ی مناسبی متناسب با نیازهای بیمار، زمینه‌ی فرهنگی ، ارزشی و آموزشی تدوین گردد".

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

عوامل سیستم آموزشی

همه‌ی شرکت کنندگان در تجربه‌ی خود اشاره کردند که عوامل مربوط به سیستم آموزشی یکی از مهم‌ترین راهبردها می باشد که در به کارگیری مدل خود مراقبتی موثراست . به عنوان مثال شرکت کننده‌ی ۵ اظهار کرد:

" به نظرم اگر پرستاران بالینی با این مدل به صورت عملی و کاربردی آشنا شوند (یعنی مدرسی با تحصیلات کارشناسی ارشد روی بیمار برنامه‌ریزی خود مراقبتی طبق تئوری اورم را پیاده کند) می‌تواند تا حدی کمک کننده باشد . ضمن اینکه اگر تناسب تعدد بیماران با پرستاران برقرار شود می تواند گامی موثر باشد و مهم‌تر اینکه تصمیم‌گیری در خصوص روندهای ارایه ی مراقبت به صورت منسجم و توسط نیروهای پرستاری آشنا با مدل‌ها و الگوهای مراقبتی صورت گیرد و برای اجرای تداوم آن سیستم پایش و ارزشیابی طراحی و اجرا گردد".

عوامل مرتبط با سیستم مراقبتی

مواردی از تجربیات مربیان و دانشجویان در مورد موانع مرتبط با به کارگیری مدل خود مراقبتی در ارتباط با سیستم مراقبتی بود. درواقع ویژگی‌های سیتم مراقبتی برچگونگی ارایه‌ی مراقبت به بیمار تاثیر می‌گذارد.به عنوان نمونه شرکت کننده‌ی ٦ در این ارتباط ببان کرد:

"اگرچه ما بیشترین زمان را با بیمار در مراقبت به سرمی بریم ولی واقعا با این حجم کار زیاد و نبود پرسنل کافی فرصتی برای آموزش نداریم و اصلا در سیستم، قدرت تصمیم گیری در مراقبت از بیمارنداریم و فقط به بیماری اخیر توجه می کنیم به جای اینکه تمام جنبه ها را در خود مراقبتی در نظر بگیریم.

بحث:

تجارب پرستاران و دیدگاه های آن‌هایی که مدل را درک کرده‌اند و آن را در مراقبت از بیمار به کاربرده‌اند حاکی از این است که موانع بسیاری در به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم وجود دارد که تاثیر به سزایی در بهبود مراقبت از بیمار دارند که در مطالعات با رویکردکمی اصلا به آن‌ها توجه نمی‌شود. تجربه‌ی شرکت کنندگان این بود که عوامل آموزشی از عمده ترین مانع به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم بودند که همه شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

عابدی و همکاران نیز در یک مطالعه‌ی کیفی تحت عنوان" درک سالمندان و دیدگاه آن ها در مورد فاکتورهای تسهیل کننده و مانع در مراقبت های بهداشتی در ایران" در سال۲۰۱۰ در تحلیل داده ها نشان دادند که ۷ تم اصلی روی مراقبت در سالمندان تاثیر می گذاردکه شامل سلامتی ، سبک زندگی ، اعتقادات روحی و فاکتورهای مربوط به خانواده و شخص ، فاکتورهای اقتصادی اجتماعی ، فاکتورهای خدمات بهداشتی و زمینه حمایتی است(۷). شکیبا زاده و همکاران نیز در مطالعه ای تحت عنوان "مقایسه‌ی دیدگاه‌های بیماران دیابتی نوع۲ با کارکنان تخصصی دیابت در مورد عوامل موثر بر خود مراقبتی : یک مطالعه کیفی " در تحلیل داده‌ها ۵ مانع اساسی را در مراقبت از خود نشان دادند. موانع جسمی، موانع روانی، موانع آموزشی، موانع اجتماعی و موانع سیستم مراقبت. در کنار موانع ذکر شده، برخی عوامل نیز به عنوان عوامل انگیزه بخش شناسایی شدند. این موارد از نظر بیماران عبارت از باور به دیابت، مسوولیت درک شده در برابر خانواده، باورهای دینی و نظرات افراد مهم دیگر و از نظر کارکنان عبارت بودند از ارتباط‌گیری صحیح با بیمار، پیگیری و ارایه‌ی آموزش گروهی به بیماران بود(۸).

می توان گفت در مقایسه با مطالعه‌ی حاضر ، به نظر می‌رسد عوامل مرتبط با سیستم مراقبتی یکی از موانع مهم در به کارگیری مدل خود مراقبتی است .فوس و هافوس نیز در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۱۰ تحت عنوان" تجربه‌ی اشخاص سالمند درباره‌ی فرآیند ترخیص از بیمارستان" نشان دادند که برخلاف پیشرفت سن بیماران ترجیح بیشتری برای شرکت نشان می‌دهند. به هرحال همبستگی مهمی بین خواست بیمار برای شرکت و فرصت تجربه شده برای تصمیم‌گیری وجود ندارد.

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

قدرت شنیدن فاکتور مهمی است که روی شرکت دربرنامه ها تاثیرگذار است، درحالی که فاکتورهای اقتصادی اجتماعی روی های به دست آمده نقش بسزایی در به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم دارند.

عوامل مرتبط با مدل : با توجه به اینکه مدل خود مراقبتی اورم دیدگاه کلی‌نگر به بیمار و نیازهای وی دارد و قابل استفاده در تمام بیماران در همه شرایط چه در بیمارستان و چه در مراقبت از منزل را دارد ، نقش دانشگاه ها در آموزش به کارگیری مدل‌ها در همان دوره‌ی کارشناسی ضروری به نظر می‌رسد(٤).

عوامل جسمی : به علت محدودیت منابع ، به خصوص در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران ، پرداختن به عوامل جسمی از جمله ناتوانی های بیمار در مراقبت از خود علی الخصوص در بیماری های مزمن ، فرصتی برای تامین سریع رضایت بیمار و ارتقای مراقبت می باشد(۱۱).عوامل روانی: مطالعات نشان دادند که عدم آگاهی بیماران در مراقبت از خود به ویژه بعد از ترخیص ، منجر به این شده که بیماران استرس بیشتری تجربه کنند(۱۲) . همین عوامل روانی موجب نگرش منفی نسبت به مراقبت شده و انگیزه‌ی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱۱).

عوامل اجتماعی : تیلسون و همکاران هم نشان دادند که اگر توصیه های درمانی در مراقبت با باورهای افراد هماهنگ نباشد ، دوستان و خانواده تاثیر منفی بر مراقبت می‌گذارند. بنابراین توجه به فرهنگ و ارایه‌ی اطلاعات مناسب در خود مراقبتی طبق مدل‌ها ضروری به نظر می‌رسد(۱۳).

عوامل سیستم آموزشی: رفتارهای مربی ، پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی به ویژه در دوران کاروزی نقش به سزایی در یادگیری دانشجویان و عملکرد آن‌ها در آینده دارد . همین شکاف بین تئوری و عمل است که مانع بکارگیری مدل ها برطبق چیزی که در تئوری آموخته می‌شود ، می باشد.(١٤).

احتمال شرکت در فرآیند ترخیص تاثیر نمی‌گذارند(۱۰).

نتایج تجربه و تحلیل داده ها نشان داد که تم عوامل مرتبط با سیستم مراقبتی : دغدغه‌ی اصلی پرستاری همیشه کمبود پرسنل پرستاری، زمان و دیگر منابع وحتی استقلال و قدرت تصمیم‌گیری در سیستم های مراقبتی است که نقش مهمی را در به کارگیری مراقبت براساس مدل‌ها ایفا می کند.به طور کلی می توان گفت : از آنجایی که خود مراقبتی یکی از جنبه های مهم زندگی فردی است. هر فردی اعتقاد دارد که انجام رفتاری برای او سودمند است. در واقع فرد رفتاری را انتخاب می کند که بیشترین سود را برای او دربر داشته باشد(سود فردی ، خانوادگی ، اجتماعی و....) و نیز در دسترس هم باشد. همچنین جنبه های منفی بالقوه وجود دارند که مانع انجام رفتار خواهند شد، مانند هزینه و اثرات جانبی (دردناک بودن ، ناراحت کننده و وقت گیر بودن و ..) بر انجام رفتار تاثیر می گذارند. داشتن درک صحیح از منافع انجام رفتارهای خود مراقبتی و موانع انجام آن می تواند بیماران را علی الخصوص بیماران مبتلا به بیماری های مزمن را هرچه بیشتر به انجام این رفتارها برانگیزاند. پس بسیار مهم است که بیماران و فراهم کنندگان مراقبت های بهداشتی ، اهمیت انجام صحیح و مناسب رفتارهای خود مراقبتی و منافع و موانع درک شده را بهتر بشناسند. فراهم کنندگان مراقبت های بهداشتی به ویژه پرستاران با اطلاعات و آگاهی بهتر می توانند برنامه های آموزشی موثرتری را جهت تسهیل رفتار خود مراقبتی بیماران طراحی کنند تا این امر بتواند به کاهش وقوع ناتوانی ، هزینه های درمانی ، خطرات مرگ و ناخوشی و نهایتا وضعیت سلامت و کیفیت زندگی این بیماران کمک کند. شاید یکی از دلایل استفاده کم از تئوری خور مراقبتی اورم عدم اطلاعات و آگاهی کافی در زمینه‌ی بیماری و فعالیت خود مراقبتی در بیماران است و به این دلیل بیماران از انگیزه و مهارت کافی در انجام فعالیت های خود مراقبتی بهره‌مند نیستند.از طرف دیگر بیشتر پرستاران

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

که در بیمارستان از بیماران مراقبت می‌کنند در مقطع کارشناسی هستند و در مورد تئوری خود مراقبتی اورم دانش و آگاهی کافی ندارند تا آن را به کار ببرند. یکی از محدودیت های این مطالعه این است که با توجه به اینکه این مطالعه ، کیفی است و تجارب افراد را ازموانع به کارگیری مدل بیان می‌کند، ممکن است تعمیم پذیری نتایج را با مشکل مواجه سازد، چرا که هر موسسه یا دانشگاهی ممکن است تمایل به بروز رفتارهای خاصی درباره بکارگیری مدل داشته باشد. به عبارت دیگر مطالعات کیفی هرچند در توصیف پدیده ،قوی و زمینه ساز تئوری و فرضیه هستند، ولی از نظر تعمیم پذیری محدودیت دارند.

جدول ۱: تم های اصلی و فرعی به دست آمده

موانع بکارگیری مدل خود مراقبتی اورم	**عوامل مرتبط با مدل**
	قابل استفاده بودن مدل با توجه به نیازهای بیمار و سیستم های پرستاری
	کارایی کافی و موثر مدل
	عدم تداوم دربکارگیری
	واحدبازدید منزل و کارآموزیها بهترین جا برای بکارگیری مدل
	آگاهی به مدیران پرستاری و توضیح و شرح سودمندیهای مدل اورم
	عوامل جسمی
	احساس ناتوانی در مراقبت از خود
	عدم آگاهی به کل مشکلات بیمار
	میزان همکاری بیمار
	عوامل روانی
	استرس ناشی از بیماری و محیط بیمارستان
	فقدان انگیزه بیمار
	وجود نگرش مثبت
	مقاومت در برابر تغییر
	عوامل اجتماعی
	همسان بودن زمینه های فرهنگی –اعتقادی بیمار و پرستار
	آگاهی و تحصیلات بیمار و خانواده وی
	عوامل سیستم آموزشی
	عدم آموزش بکارگیری تئوری در محیط واقعی
	آموزش کارکنان پرستاری
	آموزش به بیمار مزمن و خانواده حین ترخیص با ارائه پمفلت و کتابچه آموزشی
	عدم تلفیق تئوری و عمل
	عوامل سیستم مراقبتی
	پرستار عضو اصلی تیم بهداشتی
	محدویت زمان
	کمبود پرسنل
	حجم کاری زیاد
	عدم تناسب تعداد پرستار و بیمار
	مشخص بودن شرح وظایف پرستار
	عدم توجه به بیمار به صورت کل
	سبک رهبری اثر بخش
	عدم آگاهی پرسنل پرستاری از مدل
	عدم استقلال و قدرت
	سیستم ارزشیابی و پیگیری مداوم
	تاسیس مراکز خصوصی

نتیجه‌گیری

اگر بپذیریم که در تربیت نیروی پرستاری، علاوه بر دانش و مهارتی که برای پرداختن به این حرفه ضروری است، باید به توسعه و تقویت ارزش ها، نگرش ها، هنجارهای اخلاقی، مهارت های اجتماعی و بقیه‌ی ویژگی‌هایی که شکل دهنده مهارت های حرفه ای پرستاری است، نیز توجه لازم بنماییم، باید به نقش برنامه‌ی درسی و آموزشی توجه کنیم .بنابراین، لازم است که برنامه های درسی پرستاری که در حال اجراست به طور دقیق و مداوم مورد بازنگری قرارگرفته ، راهکارهایی برای مقابله با پیامدهای منفی و تقویت پیامدهای مثبت برنامه‌ی درسی آموزش بالین ارایه گردد . هدفمند ساختن آموزش بالینی در راستای آموزش حرفه ای شدن، آشنایی بیشتر اساتید با حرفه ای شدن و نقش برنامه‌ی درسی پنهان در این میان، توجه به الگو گیری فراگیران از ارزش ها، هنجارها و طرز رفتارها، تلفیق ملاک های حرفه‌ای در فرم‌های ارزشیابی و نظارت سیستمی بر عملکرد دانشجویان و اساتید در مورد حرفه‌ای و انجام مطالعات مداخله‌ای به منظور اصلاح وضعیت، پیشنهاد می‌شود.

کاربرد در پرستاری:

مروری بر سر فصل دروس مقاطع مختلف رشته‌ی پرستاری نشان می دهد کاربرد تئوری ها در عمل آموزش داده نمی شود . از این رو، یادگیری دانشجویان با الگوبرداری غیرمستقیم و تجربی از اساتید و در اغلب اوقات، پرسنل بخش است و دانشجویان پرستاری آن گونه که از آنان انتظار می رود، قادر به اجرای خود مراقبتی براساس الگوی اورم نبوده ، در مورد تشخیص نیازهای خود مراقبتی بیمار ، نقص خود مراقبتی و کمک به رفع آن‌ها ضعیف عمل می کنند.

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]

منابع

1- Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari H, Saarikoski M, Leino-Kilpi H. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Education in Practice*.2010; 10(3): 176-82

2- Fitzpatrick JJ, Wall,AL,Conceptual models of nursing ,analysis and application.3rd ed.Stamford: Appleton&Lange; 1996.

3- Alligood MR , Tomey A M. Nursing theory: utilization & application. ST.Louis: Mosby;2006.

4- Fawcett J, Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2nd ed). Philadelphia;2008.

5- Wilson J , Gramling L ; 2008 .The Application of Orem's Self-Care Model to Burn Care , *Journal of Burn Care & Research*.2009 ;30:852–8.

٦- شکیبازاده الف، لاریجانی ب، رشیدیان آ، شجاعی زاده د، فروزانفر م. مقایسه دیدگاه های بیماران دیابتی نوع ۲ با کارکنان تخصصی دیابت در مورد عوامل موثر بر خود مراقبتی : یک مطالعه کیفی، مجله دیابت و لیپید ایران.۱۳۸۸;۹(۲)،۱٤۲-۱٤۱

7- Heidarali Abedi. Firoozeh Mostafavidarani, Haliza Mohd Riji. The elderly perception and views on their health -Facilitating and inhibiting factors in elderly health care in Iran: a qualitative study, *Procedia Social and Behavioral Sciences* .2010;5, 2222–6.

۸- برنز س ، گرو ن ،روش تحقیق پرستاری . ترجمه : ناهید دهقان نیری و همکاران تهران : .۱۳۸۸اندیشه رفیع ، چاپ اول .

۹- هالووی ای ، روش‌های تحقیق کیفی در پرستاری . ترجمه : حیدر علی عابدی . مریم روانی‌پور . منصوره کریم‌اللهی . حجت‌الله یوسفی. ۱۳۸۵. تهران : بشری . چاپ اول .

10- Foss C, Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process, *Patient Education and Counseling*. 2010; 1-6.

11- Coonrod B. Overcoming physical barriers to diabetes self-care: reframing disability as an opportunity for ingenuity. Diabetes Spectrum. 2001; 14(1):28-32.

12- Gonzalez J, Safren S, Cagliero E, , et al. Depression, self-care, and Medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. Diabetes Care 2007; 30:2222-7.

13- Tillotson L, Smith S. Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. *Diabetes Educ* .1996; 22: 133-8.

١٤- رستمی ح، رحمانی الف، قهرمانیان الف، زمان راده و.عملکرد بالینی مربیان پرستاری از دیدگاه دانشجویان و مربیان دانشگاه آزاد ، حیات ۲۲(٦۲):۳۱-۲۲.

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1390.4.7.7.1]