

مروری یکپارچه بر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم در ایران

سوسن ولی‌زاده^۱، امین سهیلی^{۲*}، گلشن مقبلی^۳، ابراهیم علی افسری^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۲/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۲/۰۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خودمراقبتی یکی از مفاهیم پایه و اساسی در مراقبت پرستاری بوده و برآیندهای مطلوبی را در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامتی افراد در پی دارد. مدل اورم یکی از مدل‌هایی است که بیمار را در مراقبت مشارکت می‌دهد و بر خودمراقبتی تأکید دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی مطالعات مختلف به‌صورت مرور یکپارچه و واکاوی کاربرد مدل خودمراقبتی اورم در ایران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مروری یکپارچه بود که در آن کلیدواژه‌های اورم، مدل اورم، خودمراقبتی، مدل اثثوری/چارچوب خودمراقبتی (و معادل انگلیسی آن‌ها) در پایگاه‌های داده‌های Elsevier، Web of Sciences، Scopus، PubMed، ProQuest، CINAHL، Google Scholar، Ovid، SID، IranDoc، Magiran و IranMedex مورد جستجو گرفت. نتیجه جستجوی جامع اولیه شامل ۲۸۳۸۴ مقاله در کل پایگاه‌های داده‌ای بود که با اعمال فیلترینگ، معیارهای ورود/خروج و مرور نقادانه با استفاده از چک‌لیست کانسورت، نهایتاً تعداد ۲۴ مقاله انتخاب گردید.

یافته‌ها: از میان ۲۴ مطالعه موردبررسی، ۷ مقاله در مجلات خارجی و ۱۷ مقاله در مجلات داخلی به چاپ رسیده بودند. تمامی مقالات، مطالعات اصیل پژوهشی و مداخله‌ای بودند که از نظر نوع، یک مورد تجربی، ۱۱ مورد نیمه تجربی، ۱۱ مورد کارآزمایی بالینی و یک مورد نیز کارآزمایی در عرصه بود. همچنین در تمامی مقالات، پژوهشگران از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهره گرفته بودند. نتایج مستخرج از مقالات، در ۳ حوزه اصلی شامل "نوع مداخله انجام‌شده"، "پیامد حاصل" و "جامعه مورد مطالعه" می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به نظر می‌رسد که همچنان مشکلات بسیاری در مراقبت از بیمار و خودمراقبتی بعد از ترخیص وجود دارد، با توجه به دیدگاه مثبت و خوش‌بینانه مدل خودمراقبتی اورم نسبت به مشارکت بیماران در امر مراقبت خودشان که با ارزش‌های اجتماعی معاصر جامعه ایران هم‌راستا می‌باشد و با توجه به نقش پررنگ پرستار در ارائه مستقیم خدمات مراقبت سلامت در ۲ سیستم جبرانی نسبی و کامل؛ به نظر می‌رسد این مفاهیم نیاز به بررسی دقیق‌تر و عمیق‌تر داشته تا مسئولین و متصدیان حوزه آموزش پرستاری با تهیه و تنظیم دستورالعمل‌های بالینی مدون و بومی و افزایش آگاهی پرستاران نسبت به مدل خودمراقبتی اورم، اقدام به ترجمان دانش نظری در عمل نمایند.

کلیدواژه‌ها: مدل خودمراقبتی اورم، ایران، مرور یکپارچه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۹۳، تیر ۱۳۹۶، ص ۳۲۸-۳۱۳

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۱-۳۴۷۹۶۷۷

Email: Soheili.a1991@gmail.com

مقدمه

متعددی از جمله کیفیت محیط کاری و تعداد نیروی کاری و عواملی از این‌دست ارتباط دارد (۱)، بایستی تئوری برای عمل انتخاب شود که قابلیت کاربرد داشته باشد و مطالعات انجام‌شده بتواند عملی بودن و سودمندی آن را نشان دهند. از طرفی مطالعات اخیر سهیم کردن بیمار و دادن مسئولیت به خود مددجو در امر مراقبت و

حرفه پرستاری یکی از پررنگ‌ترین نقش‌ها را در نظام سلامت دارد و زمانی به‌عنوان یک حرفه می‌تواند نقش خود را به‌خوبی ایفا کند که بر اساس تئوری‌های ارائه‌شده فعالیت کند. با توجه به اینکه کار پرستاری و کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده در آن به عوامل

^۱ استاد گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز مطالعات کیفی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مدیریت دانش برای افزایش مسئولیت‌پذیری مددجو را مورد تأکید قرار می‌دهند (۲-۷).

امروزه خودمراقبتی یک مفهوم پایه و اساسی در مراقبت بوده و به‌عنوان فلسفه اصلی در پرستاری می‌باشد که حرفه پرستاری را از سایر رشته‌ها جدا می‌کند و البته خودمراقبتی یکی از برآیندهای مراقبت پرستاری نیز محسوب می‌گردد (۸) که باعث حفظ حیات و سلامتی و نیز باعث بهبودی فرد می‌شود (۹). استفاده از خودمراقبتی منجر به برآیندهای مطلوبی مانند کم شدن عوارض، کاهش بستری مجدد در بیمارستان، افزایش رضایت در بیماران، کاهش هزینه‌های سلامتی، بهبود احساس کنترل، مسئولیت، استقلال و کاهش وابستگی به دیگران، ارتقای سازگاری با بیماری، افزایش احساس خوب بودن و عملکرد، افزایش کیفیت زندگی، استفاده کم‌تر از خدمات سلامتی، افزایش بهبودی بعد از عمل یا بیماری و کنترل بهتر نشانه‌های بیماری شده است (۱۰).

نمونه‌های مفهومی که عملکرد پرستاران را هدایت می‌کند، تأثیر مهمی در حمایت از مراقبت از خود دارد. الگوی اورم از جمله الگوهای است که رویکرد خاصی به انسان و مسائل مراقبت سلامت داشته و انسان را موجودی دارای قدرت تفکر و تعقل می‌داند که توانایی برقراری ارتباط با محیط اطرافش با رفتارها و اعمال سازگارانه داشته و بایستی در مراقبت خود مشارکت داده شود. از آنجایی که انسان می‌تواند مسئولیت سلامتی خویش را به عهده بگیرد، اورم یکی از مفاهیم اصلی الگوی خود را تحت عنوان مفهوم خود مراقبتی بیان نموده و معتقد است هر فرد دارای توان خود مراقبتی است که آن را به نقش‌ها و رفتارهای خود مراقبتی هدف‌دار تبدیل می‌نماید. بر اساس این الگو، خود مراقبتی یک رفتار قابل یادگیری است که می‌تواند بسیاری از نیازهای بیماران را در هنگام ابتلا به بیماری و یا انحراف از سلامتی را فراهم سازد (۱۱). لذا انسان‌ها توانایی مراقبت از خود را دارند و پرستار زمانی که این توانایی به خطر بیفتد یا دچار آسیب شود با ارائه مستقیم و جبرانی مراقبت برای مددجو و یا با ارائه مراقبت‌های آموزشی حمایتی به فرد، وی را قادر می‌سازد تا توان خودمراقبتی از دست‌رفته را بازیابد (۱۲). اورم سه سطح را برای زمان فقدان خودمراقبتی ارائه می‌کند که شامل سیستم پرستاری جبرانی کامل (وابستگی کامل)، جبرانی نسبی (وابستگی نسبی) و سیستم آموزشی حمایتی می‌باشد. که بسته به شرایط فرد از این سیستم‌های پرستاری برای مراقبت و یا حمایت از بیماران استفاده می‌شود (۱۳). البته در مدل‌های دیگری از این تئوری به نقش تسهیل‌گری پرستار به‌عنوان عامل تغییر نیز تأکید شده است (۱۴). اورم تأکید می‌کند که فرد بایستی خودکفا باشد و نیز مسئول مراقبت از خود و خانواده خود نیز می‌باشد. پس می‌توان از خانواده افراد نیز برای کمک به فرد استفاده کرد چون این احتمال نیز وجود

دارد که بیماران پذیرش مراقبت بهتری از اعضای خانواده خود داشته باشند و در نتیجه در برآورده شدن نیازهای بیمار کمک‌کننده است (۱۵).

با توجه به این‌که الگوهای پرستاری، دستورالعمل با ارزشی برای بیان ساختار مراقبت پرستاری حرفه‌ای هستند و می‌تواند راه‌گشای پرستاران در بررسی، تدابیر و ارزشیابی مراقبت پرستاری باشند (۱۶). لذا به‌کارگیری مدل خودمراقبتی اورم شیوه استاندارد است که افراد را قادر می‌سازد تا در امر مراقبت و درمان خود نقش فعال‌تری داشته و آن‌ها را در یافتن راه‌های دستیابی به حداکثر سطح سلامت و حفظ آن یاری نموده و بدین طریق موجب بهبود توان خودمراقبتی، کاهش ترس و وابستگی، افزایش انگیزه و اعتمادبه‌نفس و حس استقلال در آن‌ها می‌گردد (۱۷-۲۰). ولی با توجه به متفاوت بودن وضعیت محیط کاری و نیز تعداد نیروی کاری کشورمان با سایر کشورها بایستی اثربخشی کاربرد این تئوری در کشور خودمان مورد بررسی قرار دهیم تا با توجه به وضعیت منحصر به فرد ایران، پرستاری مبتنی بر شواهد متناسب با فرهنگ و زمینه کشور ایران را برای پرستاران توصیه کنیم. لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی مطالعات مختلف انجام‌شده در پنج سال اخیر به‌صورت مرور یکپارچه و واکاوی کاربرد مدل خودمراقبتی اورم در ایران می‌باشد تا با استفاده از نتایج حاصله بتوان پیشنهادهای مناسبی را برای ارائه خدمات پرستاری مبتنی بر شواهد ارائه نمود که در کشور ما به‌طور عملی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر به روش مروری یکپارچه در پنج مرحله جستجوی متون، انتخاب متون، ارزشیابی داده‌ها، استخراج داده‌ها و طبقه‌بندی داده‌ها؛ بر روی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مدل خودمراقبتی اورم که در داخل کشور انجام شده بودند، تنظیم گردید. معیارهای ورود و فیلترینگ در این مطالعه شامل انجام پژوهش در حوزه پرستاری، مقالات منتشرشده در مجلات معتبر علمی-پژوهشی، انجام مطالعه در کشور ایران، مداخله‌ای بودن نوع مطالعه پژوهشی، قرار داشتن کلیدواژه‌ها در عنوان/چکیده، دسترسی به متن کامل، داشتن زبان فارسی یا انگلیسی مقالات و چاپ شدن در محدوده زمانی ۵ سال اخیر (از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵) بود. همچنین مقالاتی مروری (روایتی/نظام‌مند)، ابزارسازی، مطالعات نظام‌مند/فراتحلیل، مطالعات کیفی، خلاصه مقالات ارائه‌شده در همایش‌ها، نامه به سردبیر، گزارش مورد، گزارشات کوتاه و عدم دسترسی به متن کامل مقاله مشمول معیارهای خروج بوده و در نتیجه در صورت وجود از مطالعه حذف شدند.

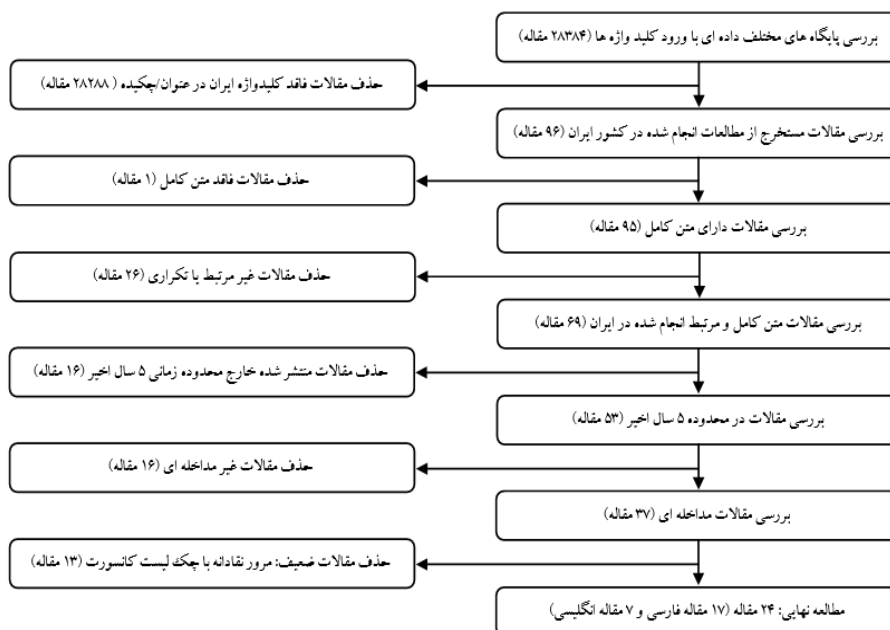
سایر اطلاعات. هرکدام از این ۶ قسمت کلی در قالب چند عنوان توضیح داده شده است که عبارتند از: پیشینه و اهداف (قسمت مقدمه)، طراحی کارآزمایی، شرکت‌کنندگان، مداخلات، پیامدها، حجم نمونه، تصادفی سازی که خود شامل ایجاد توالی، روش پنهان‌سازی تخصیص شرکت‌کنندگان و اجرا می‌شود، کورسازی و روش‌های آماری (قسمت روش اجرا)، جریان شرکت‌کنندگان، بیمارگیری، اطلاعات پایه، تعداد افرادی که مورد آنالیز قرار گرفته‌اند، پیامدها و تخمین‌ها، آنالیزهای فرعی و خطرات (قسمت نتایج)، محدودیت‌ها، تعمیم‌پذیری، تفسیر (قسمت بحث)، ثبت کارآزمایی، دستورالعمل و تأمین مالی (قسمت سایر اطلاعات) (۲۱).

مقالات توسط دو محقق به‌صورت جداگانه بررسی و سپس نتایج دو محقق با هم مقایسه شد. مقرر بود در صورت تضاد بین محققین بحث و مشورت با نفر سوم انجام شود که به دلیل توافق کامل دو محقق، این کار انجام نشد. استخراج و طبقه‌بندی داده‌ها نیز بدین‌صورت بود که در ابتدا داده‌های مقالات مرتبط توسط مرورگر اول استخراج و طبقه‌بندی شده و سپس توسط مرورگر دوم بازبینی و کنترل گردید. تمامی داده‌ها از متن نتایج مقالات خارج شده و سپس با هم مقایسه گردیدند. تقلیل، نمایش، مقایسه و جمع‌بندی داده‌ها انجام شد. در این مطالعه هیچ‌گونه تفسیری بر نتایج مقالات انجام نشد و تا حد امکان از عبارات اصل مقالات که توسط نویسنده به کار رفته بود، استفاده شد.

در مطالعه حاضر تمامی پایگاه‌های اطلاعاتی Elsevier، Web of Sciences، ProQuest، PubMed، Scopus، CINAHL، Magiran که جامع و گسترده بوده و امکان دسترسی به آن‌ها میسر بود، صورت گرفت. کلیدواژه‌های اورم، مدل اورم، خودمراقبتی، تئوری/مدل/چارچوب خودمراقبتی (و معادل انگلیسی آن‌ها) با استفاده از دو اپراتور AND و OR به کار گرفته شد.

همان‌طور که ذیلاً در نمودار (۱) نمایش داده شده است، نتیجه جستجو در این مرحله شامل ۲۸۳۸۴ مقاله در کل پایگاه‌های داده بود که بعد از بررسی و مطالعه دقیق عنوان، خلاصه و متن کامل، تعداد زیادی از مقالات به دلایل غیر مربوط بودن، تکراری بودن در دو یا چند پایگاه داده، ارتباط ضعیف و غیر مرتبط باهدف مطالعه کنار گذاشته شدند. در مرحله دوم جستجو، منابع مقالات مرتبط که در مرحله اول بررسی انتخاب شده بودند، جستجو گردیدند. در مرحله سوم جستجو، جهت جستجوی جامع و پوشش کامل منابع موجود، جستجوی دستی جامعی در گوگل، مجلات مرتبط در این حیطه، منابع منتشرنشده و کتاب‌های مرتبط به‌صورت دستی انجام گرفت و درنهایت تعداد ۲۴ مقاله وارد مطالعه گردید.

اعتبار مقالات نیز با استفاده از چک‌لیست ۲۰۱۰ استانداردهای ادغام‌شده در گزارش کارآزمایی‌ها^۱ (CONSORT) مورد ارزیابی قرار گرفتند. چک‌لیست حاوی ۲۵ گویه‌ای در ۶ قسمت کلی است که عبارتند از: عنوان و خلاصه، مقدمه، روش اجرا، نتایج، بحث و



نمودار (۱): روند بررسی مطالعات و جمع‌آوری داده‌ها

¹ Consolidated Standards of Reporting Trials

یافته‌ها

از میان مقالات مورد بررسی، ۷ مقاله (۲۹/۱۷ درصد) در مجلات خارجی و ۱۷ مقاله (۷۰/۸۳ درصد) در مجلات داخلی به چاپ رسیده بودند. در رابطه با محیط پژوهش، ۴ مقاله در تهران، ۴ مقاله در همدان، ۳ مقاله در زاهدان، ۲ مقاله در اصفهان، ۲ مقاله در ارومیه و یک مقاله در هر یک از شهرهای تبریز، یاسوج، شیراز، زنجان، کرمانشاه، بیرجند، سیرجان و گناباد انجام شده بود. تمامی مقالات، مطالعات اصیل پژوهشی و مداخله‌ای بودند که از نظر نوع، یک مورد تجربی، ۱۱ مورد نیمه تجربی، ۱۱ مورد کارآزمایی بالینی و یک مورد نیز کارآزمایی در عرصه بود. همچنین در تمامی مقالات، پژوهشگران از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهره گرفته بودند. اندازه نمونه از محدوده ۴۵ تا ۱۱۰ مورد واحد پژوهش (برای هر دو گروه آزمون و کنترل) متغیر بود. از میان مطالعات انجام شده، در ۲۰ مقاله (۸۳/۳۳) نمونه‌ها به صورت در دسترس و در ۴ مقاله (۱۶/۶۷) به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. نتایج مستخرج از مقالات، در ۳ حوزه اصلی شامل "مداخله انجام شده"، "پیامد تحت مطالعه"، "جامعه تحت مطالعه" می‌باشد. خلاصه مطالعات انجام شده پیرامون الگوی خودمراقبتی اورم در ایران در فاصله سال‌های ۹۵-۱۳۹۰ در جدول (۱) ارائه گردیده است.

- مداخله انجام شده: در تمامی مطالعات، پژوهشگر/پژوهشگران جهت انجام مطالعه بر روی گروه آزمون، ابتدا به نیازسنجی مبتنی بر الگوی اورم پرداخته‌اند. بدین صورت که نیازهای خودمراقبتی (نیازهای مراقبت از خود عمومی، تکاملی و انحراف از سلامتی فرد)، جامعه تحت مطالعه را با استفاده از نظرات خود آن‌ها، متخصصین و یا منابع پرستاری و پزشکی تهیه نموده و سپس بر اساس آن‌ها محتوای آموزشی را به صورت یکی از مودالیت‌های زیر مورد استفاده قرار داده‌اند:

(الف) به صورت انفرادی (چهره به چهره) یا به صورت گروهی (از گروه‌های با تعداد ۵ تا ۱۰ نفر استفاده شده) با تشکیل جلسات (از تعداد ۲ تا ۸ جلسه در محدوده زمانی ۲۰ تا ۹۰ دقیقه استفاده شده) با بهره‌گیری از روش‌های آموزشی که عبارت‌اند از: سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، ارائه پاورپوینت/ جزوه/ پمفلت/ پوستر/ بسته/ کتابچه/ بروشور آموزشی، ارائه CD، نمایش تصاویر/فیلم آموزشی، ایفای نقش، تمرین عملی.

(ب) با بهره‌گیری از یکی از سیستم‌های پرستاری الگوی اورم جهت برآورده نمودن نیازهای خودمراقبتی افراد تحت مطالعه: (۱) سیستم پرستاری حمایتی آموزشی: در تمامی مطالعات مورد بررسی، پژوهشگران استفاده از این سیستم را جهت طراحی مداخله خود ذکر نموده‌اند. بدین صورت که با بهره‌گیری از این سیستم، افراد را در برآورده کردن نیازهای مراقبت از خود مشارکت داده تا مراقبت

از خود را بدون وابستگی به دیگران یا با کمک انجام دهند. همچنین با پاسخ به سؤالات بیمار و/یا همراه و/یا مراقبت‌کننده، رفع نگرانی‌ها، راهنمایی و تشویق جهت پیگیری انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، حمایت لازم صورت گرفته است. علاوه بر این اقدامات مشاوره‌ای، مراقبت‌های تسکینی و حمایت‌های روحی روانی نیز اجرا شده است؛ (۲) سیستم پرستاری جبرانی نسبی: در ۴ مورد از مقالات، علاوه بر سیستم حمایتی آموزشی، این سیستم نیز مدنظر قرار گرفته است بدین صورت که از محتوی آموزشی برای ارائه آموزش‌های لازم به همراهان (مراقبت‌کنندگان) در جهت کمک به بیماران که توانایی خودمراقبتی در آن‌ها کاهش یافته و در انجام اقدامات مراقبت از خود به صورت مستقل عاجز بوده و به صورت نسبی به مساعدت عامل وابسته نیاز دارند؛ و (۳) سیستم پرستاری جبرانی کامل: مربوط به نیازهای خودمراقبتی می‌گردد که بیمار به صورت کامل جهت برآوردن آن نیاز به کمک عامل وابسته دارد که در یکی از مقالات به این سیستم علاوه بر دو سیستم دیگر اشاره شده بدین صورت که در این مطالعه از محتوی آموزشی جهت توانمند نمودن عضو خانواده مراقبت‌کننده در کمک به بیمار دارای صدمه نخاعی بهره جسته شده است.

همچنین در اکثر مطالعات پژوهشگر/پژوهشگران از پیگیری‌های تلفنی توأم با مداخله اصلی برای حمایت هر چه بیشتر واحدهای تحت مطالعه خود استفاده نموده‌اند.

- پیامد تحت مطالعه: در ۲۴ مقاله مرور شده موضوعات مختلفی به عنوان هدف نهایی ناشی از مداخله مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم مدنظر قرار گرفته است که عبارت‌اند از: توانایی/مهارت/رفتارهای خودمراقبتی (۱۰ مورد)؛ کیفیت زندگی (۶ مورد)؛ خودکارآمدی (۲ مورد)؛ عزت نفس (۲ مورد)؛ کیفیت خواب (۱ مورد)؛ امید (۱ مورد)؛ استرس (۱ مورد)؛ و مشقت و رنج (۱ مورد).

- جامعه تحت مطالعه: در کل، مطالعات انجام شده در طیف گسترده‌ای از بیماران یا مراقبین/همراهان آن‌ها انجام شده است که در اکثر آن‌ها (به جز ۳ مقاله)، بیماران به نوعی متحمل ناتوانی یا بیماری مزمن بوده‌اند، مدنظر قرار گرفته است. در ۱۷ مقاله (۷۰/۸۳ درصد)، مطالعه بر روی بیماران سرپایی و در ۷ مقاله (۲۹/۱۷ درصد) نیز مطالعه بر روی بیماران بستری انجام گردیده است. از میان مقاله مرور شده بیشترین حوزه‌هایی در آن‌ها از مداخله مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم استفاده شده بود شامل موارد زیر بود: ۴ مورد بر روی بیماران دارای مشکلات قلبی (نارسایی قلبی، کاشت ICD، سکتة قلبی و بیماری‌های شناخته شده قلبی)؛ ۴ مورد نورولوژی (۳ مورد MS و ۱ مورد سردرد میگرنی)؛ ۳ مورد سرطانی (کولورکتال، پستان و تحت شیمی‌درمانی)؛ ۳ مورد دیابتی (دیابت نوع ۲ و زخم

پای دیابتی؛ ۲ مورد تنفسی (آسم و COPD)؛ و ۲ مورد زنان (پره اکلامپسی و منتقله از طریق جنسی). علاوه بر این، ۲ مطالعه به طور خاص بر روی جمعیت آسیب پذیر (زنان باردار و سالمندان) و یک مطالعه بر روی نوجوانان انجام شده است. همچنین فقط در ۱ مقاله به طور خاص مداخله بر روی عضو اصلی مراقبت دهنده در خانواده افراد مبتلا به صدمات نخاعی صورت انجام شده است.

جدول (۱): خلاصه مطالعات انجام شده پیرامون الگوی خودمراقبتی اورم در ایران در فاصله سال‌های ۹۵-۱۳۹۰

نویسنده/سال/شهر	هدف پژوهش	نوع مطالعه، طرح مطالعه، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه	ابزار	نتایج
رحیمی و همکاران (۱۳۹۱)، یاسوج (۲۲)	تعیین تأثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به گواتر کم‌کار	تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۰ نفر از بیماران مبتلا به گواتر کم‌کار	پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی در گروه آزمون، قبل از مداخله $17/26 \pm 43/28$ و بعد از مداخله $11/86 \pm 29/64$ بود که تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/05$)، ولی در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین مقایسه میانگین نمرات ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی پس از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/05$).
همتی و همکاران (۱۳۹۱)، ارومیه (۲۳)	تعیین تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر عزت‌نفس سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان ارومیه	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۵۰ نفر از سالمندان	پرسشنامه معیار سنجش عزت‌نفس روزنبرگ	در گروه کنترل ۴۸ درصد سالمندان نیازهایشان در سطح کم، ۴۴ درصد متوسط و ۸ درصد زیاد بود. در گروه آزمون ۴۴ درصد سالمندان نیازهایشان در سطح کم، ۵۲ درصد متوسط و ۴ درصد زیاد بود. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی‌داری در دو گروه کنترل و آزمون از نظر سطوح نیاز نشان نداد ($p = 0/076$). در گروه آزمون میانگین امتیاز عزت‌نفس قبل از مداخله $25/80$ بود که پس از مداخله به $27/96$ افزایش یافت. مقایسه اختلاف میانگین‌های عزت‌نفس قبل و بعد از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نشان داد ($p = 0/002$).
عشوندی و همکاران (۱۳۹۲)، تهران (۲۴)	تأثیر به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دارای ICD در بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۶۶ نفر از بیماران دارای ICD	چک‌لیست کنترل خودمراقبتی و پرسشنامه سنجش توان خودمراقبتی (هر دو پژوهشگر ساخته)	بین نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه قبل از مداخله در زمینه آگاهی از خودمراقبتی، تمایل به خودمراقبتی، مهارت خودمراقبتی و توان خودمراقبتی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p < 0/05$). اما بعد از مداخله در میانگین آگاهی از خودمراقبتی $22/06 \pm 3/26$ در گروه کنترل و $28/69 \pm 1/51$ در گروه آزمون، میانگین تمایل به خودمراقبتی $25 \pm 3/31$ در گروه کنترل و $28/9 \pm 1/33$ در گروه آزمون، میانگین مهارت خودمراقبتی $14/9 \pm 3/06$ در گروه کنترل و $1/15 \pm 29/03$ در گروه آزمون، و میانگین توان خودمراقبتی $8/06 \pm 61/96$ در گروه کنترل و $2/93 \pm 86/63$ در گروه آزمون تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده گردید ($p < 0/001$).
زمان زاده و همکاران (۲۰۱۳)، تبریز (۲۵)	تعیین تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	مقیاس خودمراقبتی در نارسایی قلبی (SCHFI)	بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر نمرات خودمراقبتی قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). در حالی که نمرات خودمراقبتی گروه آزمون (در هر ۳ بعد حفظ خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و اعتماد به نفس در خودمراقبتی) در هر سه برهه زمانی یک، دو و سه‌ماهه نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری را از نظر آماری داشته است ($p < 0/001$).

نویسنده/سال/شهر	هدف پژوهش	نوع مطالعه، طرح مطالعه، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه	ابزار	نتایج
				همچنین در مقایسه درون‌گروهی نمرات خودمراقبتی در گروه آزمون در هر ۳ بعد، افزایش نمرات و بالطبع رفتارهای خودمراقبتی به دنبال گذشت زمان بهبودیافته و بهتر شده، که از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$).
خطیبان و همکاران همدان (۱۳۹۳)، (۲۶)	تعیین تأثیر به‌کارگیری سیستم آموزشی- حمایتی بر مهارت خودمراقبتی بیماران ترومایی دارای سیستم تخلیه قفسه سینه	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در ۶۲ نفر از بیماران ترومایی	فرم نیازسنجی و چک‌لیست مشاهده‌ای پژوهشگر ساخته	بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p = 0/07$)، درحالی‌که مقایسه میزان استرس نمونه‌ها بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$). همچنین مقایسه درون‌گروهی تک‌تک مؤلفه‌های خودمراقبتی موردبررسی در مطالعه حاضر (تغییر پوزیشن، فن تنفس دیافراگمی، فن سرفه مؤثر، ورزش بازوها و شانه، بررسی لوله، اتصالات و بطری، و استفاده از اسپرومتری انگیزشی) فقط در گروه مداخله، نشان‌گر افزایش مهارت خودمراقبتی به‌صورت معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$).
شبیری و همکاران همدان (۱۳۹۳)، (۲۷)	تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی مادران بردار مبتلا به پره اکلامپسی بر سلامت نوزاد آن‌ها	کار آزمایشی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به پره اکلامپسی	پرسشنامه پژوهشگر ساخته توان خود مراقبتی خاص بیماران پره اکلامپسی	اختلاف نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول با میانگین و انحراف معیار $0/8 \pm 8/3$ در گروه کنترل و $1/5 \pm 8/6$ در گروه آزمون ($p > 0/05$) و اختلاف وزن نوزادان با میانگین و انحراف معیار $2773/5 \pm 650$ گرم در گروه کنترل و $2973/9 \pm 625/6$ گرم در گروه آزمون معنی‌دار نبود ($p = 0/2$). اما اختلاف نمره آپگار نوزاد در دقیقه پنجم بین دو گروه کنترل و آزمون معنی‌دار بوده است ($p = 0/03$).
هاشمی و همکاران شیراز (۲۰۱۴)، (۲۸)	تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران دچار سوختگی	کار آزمایشی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری تصادفی، ۱۱۰ نفر از بیماران دچار سوختگی	مقیاس سلامتی اختصاصی سوختگی (BSHS-B)	میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$)، درحالی‌که میانگین نمره کیفیت زندگی یک و سه ماه بعد از مداخله به ترتیب از $73/33$ درصد به $83/78$ درصد و $98/12$ درصد ارتقاء یافته بود که در هر دو مرحله اختلاف میانگین بین دو گروه و سیر بهبودی کیفیت زندگی درون‌گروهی گروه آزمون از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). اما تغییرات کیفیت زندگی بعد از یک و سه ماه از مداخله از نظری آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$).
رستمی و همکاران زنجان (۱۳۹۴)، (۲۹)	تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر استرس بیماران تحت همودیالیز	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۱ نفر از بیماران تحت همودیالیز	بخش استرس پرسشنامه DASS 42	$59/2$ درصد از کل نمونه‌های پژوهش قبل از مداخله دچار استرس بودند. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p = 0/913$)، درحالی‌که مقایسه میزان استرس نمونه‌ها بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($p = 0/03$). همچنین مقایسه میزان استرس بیماران در گروه کنترل بین قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد ($p = 0/229$).

نویسنده/سال/شهر	هدف پژوهش	نوع مطالعه، طرح مطالعه، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه	ابزار	نتایج
				درحالی‌که در گروه آزمون اختلاف میزان استرس بین قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود ($p < 0/001$).
خداویسی و همکاران (۱۳۹۴)، همدان (۳۰)	تعیین تأثیر آموزش به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکروزیس	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۴ نفر از بیماران مولتیپل اسکروزیس	پرسشنامه سنجش ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکروزیس (M) (SMQOL-54)	میانگین نمره کیفیت زندگی در همه ابعاد روانی در گروه آزمون قبل از آموزش $21/8 \pm 55/3$ و بعد از آموزش به $15/5 \pm 66/9$ افزایش یافت که از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، ولی در گروه کنترل این میانگین قبل از مداخله $20/6 \pm 56/3$ و بعد از مداخله $19/6 \pm 57/4$ بود که تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0/2$).
گنجلو و همکاران (۱۳۹۴)، سبزوار (۳۱)	مقایسه تأثیر آموزش بر اساس الگوی اورم با روش رایج بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۵ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع	مقیاس SCI و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی ADDQOL-19	بعد از مداخله آموزشی میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در گروه کنترل و آزمون در بعد فیزیکی به ترتیب $1/98 \pm 0/72$ و $0/93 \pm 1/81$ ، در بعد روحی روانی به ترتیب $1/90 \pm 0/64$ و $0/78 \pm 2/22$ ، و در بعد اجتماعی به ترتیب $1/87 \pm 0/68$ و $0/93 \pm 1/78$ بود. در مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی دو گروه بعد از مداخله آموزشی، آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت آماری معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$).
شهباز و همکاران (۱۳۹۴)، ارومیه (۳۲)	تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی	پرسشنامه پژوهشگر ساخته	در گروه آزمون قبل از اجرای برنامه خودمراقبتی اورم در بعد نیازهای همگانی، نیازهای تکاملی و نیازهای انحراف از سلامتی اکثریت بیماران، به ترتیب (۷۵، ۵۸/۳، ۸۸/۳ درصد) نیمه وابسته بودند. در بررسی نیازهای خوددرمانی (کلی) بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی، ۴/۲ درصد وابسته، ۷۹/۲ درصد نیمه وابسته و ۱۶/۷ درصد مستقل بودند. همچنین میانگین نمره رفتار خودمراقبتی قبل از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری ندارد ($p = 0/11$)، اما آزمون تی مستقل بیانگر اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه در رفتار خودمراقبتی بعد از مداخله بود ($p < 0/001$).
نوحی و همکاران (۱۳۹۴)، سیرجان (۳۳)	تعیین تأثیر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی خودمراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری تصادفی، ۸۰ نفر از بیماران با مورد شناخته‌شده قلبی	پرسشنامه پژوهشگر ساخته	میانگین نمره توانایی شناختی خودمراقبتی در گروه آزمون، قبل از انجام مداخله از $2/03 \pm 0/15$ به $12 \pm 0/01$ بعد از مداخله افزایش پیدا کرد. میانگین نمره توانایی عملکردی در گروه آزمون قبل از انجام مداخله از $9/51 \pm 32/28$ به $3/96 \pm 105/43$ بعد از انجام مداخله افزایش پیدا کرد. اختلاف معنی‌دار آماری بین افزایش توانایی خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون، دیده شد ($p < 0/001$)، درحالی‌که در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار نبود ($p > 0/05$).
دهمرد و همکاران	تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس،	فرم نیازسنجی و چک‌لیست خودگزارش دهی	میانگین نمره کل امید و ابعاد تفکر عاملی و تفکر راهبردی، قبل و بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد؛ اما میانگین تغییرات نمره کل امید و ابعاد تفکر عاملی و تفکر

نویسنده/سال/شهر	هدف پژوهش	نوع مطالعه، طرح مطالعه، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه	ابزار	نتایج
زاهدان (۱۳۹۴)، (۳۴)	امید بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس	۸۸ نفر از بیماران مولتیپل اسکلروزیس	پژوهشگر ساخته و مقیاس امید استایدر (Snyder)	راهبردی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل پس از اجرای برنامه آموزشی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود ($p < 0/001$).
محمدی نژاد و همکاران (۱۳۹۴)، تهران (۳۵)	تعیین تأثیر برنامه آموزش مراقبت از خود بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲	پرسشنامه خودکارآمدی در بیماران دیابتی DMSES	پس از اجرای برنامه آموزش، افزایش قابل‌توجهی در میزان میانگین خودکارآمدی گروه آزمون وجود داشته است و نتیجه آزمون t مستقل، جهت مقایسه دو گروه کنترل و آزمون قبل از اجرای برنامه آموزش و ۸ هفته پس از ترخیص نشان می‌دهد، بین میزان میانگین خودکارآمدی گروه آزمون و کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$).
کریاسچی و همکاران (۱۳۹۴)، تهران (۳۶)	تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در کارکنان نظامی	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۶۴ نفر از بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در کارکنان نظامی	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30)	بین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری در مشاهده نشد، درحالی‌که بین دو گروه بعد از مداخله از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری در نمره کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون نشان داد ($p < 0/001$). با توجه به جدول معیار کوهن، اندازه اثر کلی حاصله مؤید تأثیر مطلوب مداخله در گروه آزمون می‌باشد.
امیدی و همکاران (۱۳۹۴)، همدان (۳۷)	تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از بیماران مبتلا COPD	پرسشنامه خودکارآمدی COPD	در گروه آزمون بین قبل و بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله تفاوت معنی‌داری در جهت افزایش نمره کل خودکارآمدی و تمام زیرگروه‌های آن مشاهده شد ($p < 0/05$), اما این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). دو گروه آزمون و کنترل قبل و بلافاصله بعد از مداخله از نظر نمره خودکارآمدی با هم اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$), اما یک ماه پس از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌داری از نظر میانگین نمره کل خودکارآمدی مشاهده شد ($p < 0/05$).
همتی و همکاران (۲۰۱۵)، اصفهان (۳۸)	تعیین تأثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به آسم	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۶۴ نفر از بیماران مبتلا آسم	پرسشنامه عزت‌نفس کوپراسمیت (CSEI)	میانگین نمره عزت‌نفس قبل از مداخله بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$), اما بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌گردد ($P < 0/01$). همچنین در مقایسه درون‌گروهی، آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری را از نظر آماری در میانگین نمره عزت‌نفس بعد از مداخله در گروه آزمون نشان داد ($p < 0/01$), درحالی‌که تفاوت مشاهده‌شده بعد از مداخله در گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$).
محمدپور و همکاران (۲۰۱۵)، گناباد (۳۹)	تعیین تأثیر مداخله حمایتی آموزشی مبتنی بر تئوری خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دچار سکت قلبی	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری تصادفی، ۶۶ نفر از بیماران دچار سکت قلبی	پرسشنامه توان خودمراقبتی در سکت قلبی (MISCAQ)	قبل از مداخله، بین سطح دانش، انگیزش، و مهارت خودمراقبتی بیماران گروه آزمون و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($p > 0/05$), هرچند پس از مداخله، بیماران گروه آزمایش سطح دانش، انگیزش، و مهارت خودمراقبتی بالاتری نسبت به

نویسنده/سال/شهر	هدف پژوهش	نوع مطالعه، طرح مطالعه، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه	ابزار	نتایج
				سطوح قبل از مداخله و نسبت به گروه کنترل داشته‌اند ($p < 0.001$).
کریمی و همکاران (۱۳۹۵)، کرمانشاه (۴۰)	تعیین تأثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال	پرسشنامه پژوهشگر ساخته بررسی توان خودمراقبتی	میزان آگاهی، مهارت و توان خودمراقبتی در بیماران قبل از انجام مداخله در حد متوسط و پایین قرار داشت و همچنین تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد ($p > 0.05$)، اما بعد از انجام مداخله موارد ذکرشده به مقدار متوسط رسید ($p < 0.05$). آزمون ویلکاکسون نشان‌دهنده مؤثر بودن اجرای الگوی اورم در این بیماران بود ($p < 0.001$).
محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، بیرجند (۴۱)	تأثیر آموزش مطابق الگوی خودمراقبتی اورم بر سطح مشقت و رنج افراد خانواده مراقبت‌کننده از بیمار دارای صدمات نخاعی	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری تصادفی، ۷۰ نفر از اعضای اصلی خانواده مراقبت‌کننده از بیماران صدمات نخاعی	پرسشنامه رنج و مشقت در افراد مراقبت‌کننده Zarit	میانگین رنج و مشقت در مراقبت‌کنندگان قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0.05$). تفاوت میانگین رنج و مشقت قبل ($3/2 \pm 0/33$) و بعد از مداخله ($3/11 \pm 0/66$) در گروه مداخله معنی‌دار بود ($P < 0.05$) که از تأثیر مثبت آموزش در این زمینه حکایت دارد.
صالحی و همکاران (۱۳۹۵)، اصفهان (۴۲)	تعیین تأثیر مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده جهت رادیوتراپی	نیمه تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه	پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه وابسته به موسسه یک من	میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله $13/91 \pm 51/73$ و بعد از مداخله $13/80 \pm 60/46$ بود ($p < 0.001$). همچنین در هر ۴ بعد کیفیت زندگی، میانگین امتیاز افراد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافت، اما این اختلاف تنها در دو بعد سلامت جسمی و روانی معنی‌دار ($p < 0.001$) شناخته شد.
محمودزاده و همکاران (۲۰۱۶)، تهران (۴۳)	تعیین اثربخشی اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران میگرنی	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۸۸ نفر از بیماران میگرنی	پرسشنامه ناتوانی ناشی از میگرن (MIDAS)	میانگین نمره کل MIDAS در گروه آزمون قبل از انجام مداخله از $17/5 \pm 28/1$ به $4/52 \pm 6/03$ بعد از مداخله کاهش پیدا کرده است ($p = 0.001$)؛ این در حالی است که میانگین نمره کل MIDAS در گروه کنترل قبل از انجام مداخله از $16/4 \pm 37/6$ به $14/5 \pm 55/6$ بعد از مداخله افزایش پیدا کرده است ($p < 0.001$). همچنین بین نمرات دو گروه بعد از مداخله در زمینه مقیاس ناتوانی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری دیده شد ($p < 0.001$).
دهمرد و همکاران (۲۰۱۶)، زاهدان (۴۴)	تعیین تأثیر اجرای برنامه مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس	کارآزمایی بالینی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمونه‌گیری در دسترس، ۷۸ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس	مقیاس کیفیت خواب پیتسبرگ (Pittsburgh)	میانگین نمره کیفیت خواب قبل از مداخله بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ($p = 0.22$). درحالی‌که هر دو گروه در زمینه کیفیت خواب، ۳ ماه بعد از مداخله بهبودی معنی‌داری را گزارش نمودند ($p < 0.05$)، هرچند که تغییرات میانگین نمره کیفیت خواب قبل و ۳ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بالاتر بود ($p = 0.004$).
باقرساد و همکاران	تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر	کارآزمایی در عرصه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پرسشنامه پژوهشگر ساخته	در مقایسه درون‌گروهی، میانگین نمره دانش ($p < 0.001$)، نگرش ($p < 0.001$)، عملکرد ($p = 0.04$)، و تغییر رفتار ($p = 0.01$) گروه

نویسنده/سال/شهر	هدف پژوهش	نوع مطالعه، طرح مطالعه، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه	ابزار	نتایج
(۲۰۱۶)، اصفهان (۴۵)	اساس الگوی اورم بر رفتارهای منتهی به بیماری‌های منتقله از طریق جنسی در زنان آسیب‌پذیر	نمونه‌گیری در دسترس، ۶۴ نفر از زنان آسیب‌پذیر تحت پوشش سازمان بهداشتی	سنجش دانش، نگرش و عملکرد در زمینه بیماری‌های منتقله از طریق جنسی	آزمون هم بلافاصله و هم ۳ ماه پس از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است، ولی در مقایسه با هم (میانگین نمره‌های بلافاصله بعد از مداخله در مقایسه با میانگین نمره‌های ۳ ماه بعد از مداخله) تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، مرور یکپارچه مقالات و واکاوی کاربرد مدل خودمراقبتی اورم در ایران بود. مقالاتی که در این مطالعه وارد شدند، تصویری از کاربرد مدل خودمراقبتی اورم در ایران ارائه نمود. تیم پژوهش نیز اهتمام ویژه‌ای بر از دست ندادن نتایج ارزشمند حاصل از این مطالعات داشت، لذا با توجه به حجم گسترده مطالعات انجام شده بر اساس مدل خودمراقبتی اورم و تنوع موجود در آن‌ها از نظر مداخله اعمال‌شده، نوع بیماری جامعه موردپژوهش، تعداد نمونه و شهر محل پژوهش؛ اعمال فیلترینگ صرفاً در بازه زمانی ۵ سال اخیر صورت پذیرفت.

در مدل خودمراقبتی اورم که موردتوجه بسیاری از پژوهشگران عرصه بالینی قرار گرفته است، سیستم‌های مراقبتی بر اساس وضعیت و نیازهای بیماران در هنگام انحراف از سلامتی و نقش پرستار، شامل سه نوع: سیستم جبرانی کامل، سیستم جبرانی نسبی و سیستم حمایتی آموزشی می‌باشد. در سیستم جبرانی کامل، پرستار همه برنامه مراقبتی بیمار را انجام می‌دهد تا ناتوانی بیمار برای مراقبت از خود جبران شود. در سیستم جبرانی نسبی هم پرستار و هم بیمار در برآورده کردن نیازهای مراقبت از خود مشارکت می‌کنند و در سیستم حمایتی آموزشی نیز وقتی که بیمار آمادگی انجام و یادگیری کاری را داشته باشد، ولی بدون کمک و راهنمایی نتواند آن را انجام بدهد، این روش به کار می‌رود. تحت این سیستم بیماران قادر می‌شوند تا مراقبت از خود را با کمک انجام دهند. این سیستم به تصمیم‌گیری، کنترل رفتار و به دست آوردن دانش و مهارت کمک می‌کند. در این حالت پرستار بیشتر نقش آموزشی و مشاور دارد (۴۶-۴۸). طبق یافته‌های مطالعه حاضر نیز، تدارک محتوای آموزشی در تمامی مقالات بر اساس نیازسنجی مبتنی بر مدل خودمراقبتی اورم (نیازهای مراقبت از خود عمومی، تکاملی و انحراف از سلامتی) بود و در همه آن‌ها از سیستم پرستاری حمایتی آموزشی برای ارائه محتوای آموزشی بهره گرفته شده است. این در حالی است که پژوهشگران فقط در تعداد محدودی مقاله، از

دیگر سیستم‌ها پرستاری (سیستم جبرانی نسبی در ۴ مقاله و سیستم جبرانی کامل صرفاً در یک مقاله) توأم با سیستم حمایتی آموزشی استفاده نموده‌اند و حتی در آن مقالات نیز آموزش‌ها معطوف به توانمند نمودن اعضای خانواده یا همراهان جهت برآوردن نیازهای مختص این طبقه، بیماران بوده است. این در حالی است که بسیاری از بیماران بستری در بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت بیماری، وضعیت بالینی و نوع نیازهای درمانی و بر اساس تئوری سیستم‌های پرستاری اورم، بیشتر در گروه جبرانی نسبی یا کامل قرار می‌گیرند.

در کل، مقالات واردشده در طیف گسترده‌ای از بیماران یا مراقبین/همراهان آن‌ها که اکثراً به‌نوعی متحمل ناتوانی یا بیماری مزمن بوده‌اند، مدنظر قرار گرفته است. در بیماری‌های مزمن آموزش، قسمت ویژه‌ای از برنامه مراقبتی می‌باشد که بیمار را به‌طور فعال در امر خودمراقبتی شرکت داده و باعث مقابله بهتر با وضعیت موجود می‌گردد. متأسفانه آموزش بیمار در مقایسه با دیگر اعمال کلینیکی، کم‌اهمیت‌تر شمرده می‌شود و مداخلات آموزشی انجام شده برای بیماران بدون برنامه‌ریزی و اتفاقی می‌باشد (۴۹). با توجه به این‌که اجرای مدل خودمراقبتی اورم، زمان متوسط تا بستری مجدد را طولانی‌تر، میزان بقاء یک‌ساله را بیشتر می‌کند. همچنین به‌طور قابل‌توجهی باعث افزایش رضایت‌مندی، تداوم مراقبت، ایجاد استقلال در انجام کارهای روزانه، کاهش تنش و درنهایت کاهش ناتوانی بیماران می‌شود (۵۰)، لذا باید شرایطی را فراهم نمود تا آموزش خودمراقبتی برای بیمار و خانواده‌اش در برنامه پرستاری گنجانده شود و بیمار در زمان بستری بودن و قبل از ترخیص، باید آموزش راهنمایی در مورد چگونگی و نحوه مراقبت از خود کسب نماید (۵۱). به‌علاوه بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، فقط در ۳ مقاله، از این مدل در فاز حاد بیماری استفاده شده است که آن نیز صرفاً بر سیستم حمایتی آموزشی تأکید داشته است. نتایج این ۳ مطالعه نشان داد که امکان استفاده از این مدل برای بیماران حاد

نیز وجود داشته و می‌تواند سبب بهبود برآیندهای بیماران و ارتقاء کیفیت مراقبت گردد (۲۶-۲۸).

دیگر یافته مطالعه حاضر مربوط به این مسئله می‌شود که در مقالات وارد شده در مطالعه حاضر، تمامی مطالعات صرفاً در حوزه مراقبتی درمانی (بالینی) مورد استفاده قرار گرفته است. حال آنکه فاوست^۱ (۲۰۱۵) در این رابطه بیان داشته، علی‌رغم استفاده محدود از مدل خودمراقبتی اورم در دنیای واقعی عمل پرستاری، این مدل درمان‌گرایانه بوده و با معیارهای پرستاری بالینی مناسبت و کاربرد بیشتری دارد. ضمناً فاوست در کتاب خود دلالت‌های ضمنی، مصادیق و دستورالعمل‌ها موجود را که حاکی از عملیاتی شدن این مدل در آموزش، پژوهش، بالین و مدیریت می‌باشد را به تفصیل بیان داشته است (۱۵). همچنین در تمامی مقالات وارد شده در مطالعه حاضر، مداخله مبتنی بر مدل خودمراقبتی اورم صرفاً به‌عنوان چارچوب استفاده شده و در بحث و بررسی نتایج مورد استفاده قرار نگرفته است. در این راستا الیگود و تومی^۲ از دیدگاه ملیس (۱۹۹۸) می‌نویسند، بررسی‌ها نشان می‌دهد که در ۳۲ درصد پژوهش‌های انجام شده، استفاده حداقل از مدل اورم و در حدود ۵۵ درصد پژوهش‌های صورت گرفته، استفاده نامناسب از این مدل به چشم می‌خورد و استفاده مطلوب از مدل فقط در ۱۳ درصد پژوهش‌ها، مشاهده شده است (۵۲).

مرور ۲۴ مقاله وارد شده در مطالعه حاضر، به‌روشنی نمایان‌گر این مسئله می‌باشد که علی‌رغم تأثیر مثبت مدل خودمراقبتی اورم بر ارائه مراقبت، رفع نارسایی‌ها و ناتوانی‌های حاصل از بیماری و بسیاری از دیگر برآیندهای مورد نظر، توسعه نظری این مدل ایران صرفاً در واحدهای درسی نظری در مقاطع تحصیلات تکمیلی و در عمل به‌عنوان متغیر مستقل مطالعات پژوهشی می‌باشد. عوامل بسیاری در عملیاتی نشدن این مدل در ایران دخیل‌اند که می‌تواند آن‌ها را در قالب ۶ طبقه بیان داشت که عبارت‌اند از: (۱) عوامل مرتبط با مدل؛ (۲) عوامل جسمی؛ (۳) عوامل اجتماعی؛ (۴) عوامل روانی؛ (۵) عوامل آموزشی و (۶) عوامل مرتبط با سیستم مراقبت (۵۳).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود. اولین محدودیت مطالعه حاضر عدم امکان استفاده از نتایج مطالعات منتشر نشده می‌باشد که از کنترل پژوهشگر خارج است. دومین محدودیت مطالعه مربوط به کیفیت پایین برخی مقالات بود؛ هرچند در هیچ‌کدام از مقالات احتمال تورش بالا یا ثبت اشتباه داده‌ها به چشم نمی‌آمد ولی عدم تطابق کامل مقالات با چک‌لیست کانسورت را می‌توان یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه دانست. به‌عنوان آخرین

محدودیت مطالعه نیز می‌توان به عدم تجانس مقالات اشاره کرد، به‌طوری‌که مکان، شرایط، نوع بیماری و بیماران، نوع مطالعه، ابزار و ... مطالعات با هم تفاوت زیادی داشتند.

نهایتاً، با توجه به نتایج مطالعه مرور شده حاضر، چنین به نظر می‌رسد که همچنان مشکلات بسیاری در مراقبت از بیمار و خودمراقبتی بعد از ترخیص وجود دارد، با توجه به دیدگاه مثبت و خوش‌بینانه‌ای که مدل خودمراقبتی اورم نسبت به مشارکت بیماران در امر مراقبت خودشان دارد که با ارزش‌های اجتماعی معاصر جامعه ایران هم‌راستا می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد این مفاهیم نیاز به بررسی دقیق‌تر و عمیق‌تر دارند. با توجه به این‌که در ۲ سیستم جبرانی نسبی و کامل نقش پرستار در ارائه مستقیم خدمات مراقبت سلامت بسیار پررنگ‌تر می‌باشد (کمک نمودن به بیمار یا جایگزین شدن به‌جای بیمار در برآوردن نیازها)؛ لذا توصیه می‌شود تا با طراحی مداخلات مبتنی بر این دو سیستم به بررسی اثربخشی مدل خودمراقبتی اورم پرداخته شود. همچنین بایستی مسئولین و متصدیان حوزه آموزش پرستاری با تهیه و تنظیم دستورالعمل‌های بالینی مدون و بومی، آگاهی پرستاران را نسبت به مدل خودمراقبتی اورم افزایش داده و اقدام به ترجمان دانش نظری در عمل نمایند. با توجه به فقدان دستورالعمل‌های اجرایی بومی، پژوهش‌های آتی بایستی از مطالعات مداخله‌ای به طراحی، اجرا و ارزشیابی دستورالعمل‌های اجرایی حرکت کند تا راهنمایی برای استفاده در بالین فراهم گردد.

بر اساس نتایج حاصله، اجرای مطالعات قوی‌تری جهت ارزیابی اثربخشی مدل خودمراقبتی اورم در سایر بیماران حاد با تمرکز بر سیستم‌های پرستاری جبرانی نسبی و کامل پیشنهاد می‌شود. دیگر پیشنهاد مطالعه حاضر این است که پژوهشگران، مدیران، پرستاران و سایر ذینفعان بایستی تلاش نمایند تا با یافتن راهکارهای خلاقانه به طراحی، نگارش و اجرای دستورالعمل‌های مدون مبتنی بر مدل خودمراقبتی اورم، برای به‌کارگیری مدل حاضر در آموزش، پژوهش، بالین و مدیریت بپردازند. در این راستا پیشنهاد می‌شود جهت آموزش یک‌دست نظریه/مدل‌های مختلف بالأخص مدل خودمراقبتی اورم، سرفصل‌های مربوطه در کوریکولوم مقطع کارشناسی پرستاری مدنظر قرار گرفته و تا کارشناسان پرستاری که بزرگ‌ترین بدنه صفی نیروی انسانی نظام سلامت را تشکیل داده و در خط مقدم ارائه خدمات مراقبت سلامت می‌باشند، توانایی انتخاب شایسته مدل/نظریه‌ها و بهره‌گیری در عملکرد بالینی را داشته باشند. همچنین جهت برداشتن موانع اساسی عملیاتی شدن این مدل در نظام سلامت ایران، بایستی متصدیان دانشگاهی آموزش پرستاری با

² Alligood and Tomey

¹ Fawcett

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری صمیمانه اساتید، همکاران و کارکنان محترم کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی تبریز که حمایت لازم در سازمان‌دهی مطالب و اجرای این مطالعه را فراهم نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

اتخاذ رویکردی تعاملی و سازنده با مسئولین پرستاری، پرستاران و دیگر اعضای تیم (پزشکان) در بالین، آن‌ها را با مزایای اجرایی نمودن مدل مذکور آشنا نمودن و متعاقباً دستورالعمل بومی مناسبی بر اساس مدل خودمراقبتی اورم متناسب با نیازهای بیمار، زمینه فرهنگی، ارزشی و آموزشی تدوین گردد.

References:

1. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 2014;23(2): 126-35.
2. Cortez DN, Macedo MM, Souza DA, Dos Santos JC, Afonso GS, Reis IA, et al. Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. *BMC Public Health* 2017;17(1): 41.
3. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualizing patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2015;15: 252.
4. Ávila L, Cerón D, Ramos R, Velázquez L. Association of family support and knowledge about the disease with glycemic control in diabetic patients. *Rev Med Chil* 2013;141: 173-80.
5. Chen M-F, Wang R-H, Lin K-C, Hsu H-Y, Chen S-W. Efficacy of an empowerment program for Taiwanese patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Appl Nurs Res* 2015;28: 366-73.
6. Cunha M, André S, Granado J, Albuquerque C, Madureira A. Empowerment and Adherence to the Therapeutic Regimen in People with Diabetes. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 171: 289-93.
7. Imazu MFM, Faria BN, De Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015;23: 200-7.
8. Sidani S. Self-Care. In: Doran DM (Ed.). *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*. Chapter 3. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2003. P.65-114.
9. Baker LK, Denyes MJ. Predictors of self-care in adolescents with cystic fibrosis: a test of Orem's theories of self-care and self-care deficit. *J Pediatr Nurs* 2008; 23(1): 37-48.
10. Sidani S. Self-Care. In: Doran DM (Ed.). *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*. Chapter 3. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2003. P.65-114.
11. Memarian R. *Application of nursing concepts and theories*. 1st ed. Tehran: Center of Scientific Publications in Tarbiat Modares University. 2008: p.86-8. (Persian)
12. Shokati Ahmad Abad M. [Translation of Theoretical nursing]. Meleis AI (Author). 4th ed. Tehran: Jame Negar Publications; 2008. p. 370-87. (Persian)
13. Renpenning KM, Taylor SG. *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothy Orem*. New York: Springer Publishing Company; 2003. P.61-8,108-15.
14. Memarian R. *Application of nursing concepts and theories*. 2nd ed. Tehran: Tarbiat Modares University; 2011. P. 81-100. (Persian)
15. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia: Davis Company; 2012.
16. Kaur S, Behera D, Gupta D, Verma SK. Evaluation of a 'Supportive Educative Intervention' on self-care in patients with bronchial asthma. *Nurs and Mid Res J* 2009;5(20): 124-32.

17. Morales-Mann ET, Jiang SL. Applicability of Orem's conceptual framework: a cross-cultural point of view. *J Adv Nurs* 1993;18(5): 737-41.
18. Alspach JG. The patient's capacity for self-care: advocating for a pre-discharge assessment. *Crit Care Nurse* 2011;31(2): 10-4.
19. Cossette S, Belaid H, Heppell S, Mailhot T, Guertin MC. Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart failure patients: a randomized pilot trial. *Pilot Feasibility Stud* 2016;2: 34.
20. Jahanpeyma P, Akbari M. The effect of Orem's self-care education on interdialytic weight and blood pressure changes in hemodialysis patients. *Int J Med Res Health Sci* 2016;5(7S): 294-9.
21. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. Available at: <http://www.consort-statement.org>
22. Rahimi A, Salehi S, Afrasiabifar A. The effect of Orem's self-care model on quality of life of patients with hypothyroid goiter. *Armaghane danesh* 2012;17(5): 398-406. (Persian)
23. Hemmati-Maslakpak M, Hashemlo L, Khalkhali HR. Effect of implementing Orem's self-care program on the self-esteem of elderly based in residents of Nursing home in Urmia. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2012;1(1): 11-5. (Persian)
24. Oshvandi K, Keshmiri K, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of education based on Orem's self-care model in self-care activity of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Hayat* 2013;19(3): 47-55. (Persian)
25. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Howard AF, Jamshidi F. A supportive-educational intervention for heart failure patients in Iran: the effect on self-care behaviours. *Nurs Res Pract* 2013;2013: 492729.
26. Khatiban M, Shirani F, Oshvandi K, Soltanian A, Ebrahimiyan R. Effect of supportive-educative nursing system on self-care skills in trauma patients with chest drainage system. *Hayat* 2014;20(1): 48-58. (Persian)
27. Shobeiri F, Dosti F, Oshvandi K, Soltanian A, Rabie S. The Effect of Educative Intervention on Preeclamptic Women on their Newborn's Health: A Randomized Clinical Trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2014;22(4): 72-9. (Persian)
28. Hashemi F, Rahimi Dolatabad F, Yektatalab Sh, Ayaz M, Zare N, Mansouri P. Effect of Orem self-care program on the life quality of burn patients referred to Ghotb-al-Din-e-Shirazi Burn Center, Shiraz, Iran: A Randomized Controlled Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014;2(1): 40-50.
29. Rostami F, Ramezani Badr F, Amini K, Pezeshki A. Effect of a self-care educational program based on Orem's model on stress in patients undergoing hemodialysis. *PCNM* 2015;5(1): 13-22. (Persian)
30. Khodaveisi M, Rahmati M, Falhinia GH, Karami M. The effects of applying Orem's self-care model on mental aspect of quality of life in patients with multiple sclerosis. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2015;23(2): 42-51. (Persian)
31. Ganjloo J, Talebi Z, Asaroudi A, Rakhshani MH. Comparative assessment of effect of education in the Orem's self-care model way with current method on the quality of life of diabetic type 2 patients. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2015;22(5): 748-57. (Persian)
32. Shahbaz A, Hemmati-Maslakpak M, Nejadrahim R, Khalkhali H. The effect of implementing Orem's self-care program on self-care behaviors in patients with diabetic foot ulcer. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;14(2): 108-17. (Persian)
33. Nouhi E, Khosravi I, Jahani Y. The effect of applying Orem's self-care model on self-care ability in patients hospitalized in the internal

- cardiac medicine unit in Imam Reza hospital, Sirjan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;13(11): 945-52. (Persian)
34. Dahmardeh H, Vagharseyyedin SA, Amiri Fard H, Sharifzadeh GHR, Rakhshany-Zabol F. Effect of self-care educational program based on Orem's Theory on hope in patients with Multiple Sclerosis. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2015;4(2): 63-57. (Persian)
35. Mohamadinejad F, Pedram Razi S, Aliasgharpour M, Tabari F, Kazemnejad A. Effect of patient education program on self-efficacy in patients with diabetes. *IJNR* 2015;10(1): 35-41. (Persian)
36. Karbaschi K, Zareiyani A, Dadghari F, Siyadati S A. The effect of self-care program based on Orem's theory on quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy in military personnel. *Military Caring Sciences* 2015;2(2): 69-77. (Persian)
37. Omidi A, Kazemi N, Khatiban M, Karami M. Effect of self-care education on self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the Educational and Medical Centers of Hamadan University of Medical Sciences. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2015;23(2): 74-84. (Persian)
38. Hemati Z, Mosaviasl FS, Abasi S, Ghazavi Z, Kiani D. Effect of Orem's self-care model on self-esteem of adolescents with asthma referred to an asthma and allergy clinic in Isfahan. *Tanaffos* 2015;14(4): 232-7.
39. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomized controlled trial. *J Clin Nurs* 2015;24(11-12): 1686-92.
40. Karimi S, Vanaki Z, Bashiri H, Abdulmutallab S. The effect of Orem self-care ability of patients with colorectal cancer. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2016 24(2): 105-12. (Persian)
41. Mohammadi S, Roshanzadeh M. The effect of educational intervention based on Orem self-care model on family caregiver's burden of patients with spinal cord injuries. *RJ* 2016;17(1): 54-63. (Persian)
42. Salehi S, Tajvidi M, Ghasemi V, Raei Z. Investigating the effect of nurses' supportive and educative care on the quality of life in breast cancer patients referred for radiotherapy in Seyedoshohada hospitals in Isfahan in 1392. *J Clin Nurs Midwifery* 2016;5(2): 9-18. (Persian)
43. Mahmoudzadeh-Zarandi F, Hamedanzadeh F, Ebadi A, Raiesifar A. The effectiveness of Orem's self-care program on headache-related disability in migraine patients. *Iran J Neurol* 2016;15(4): 240-7.
44. Dahmardeh H, Vagharseyyedin SA, Rahimi H, Amirifard H, Akbari O, and Sharifzadeh Gh. Effect of a program based on the Orem self-care model on sleep quality of patients with multiple sclerosis. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2016;5(3): e36764.
45. Baghersad Z, Alimohammadi N, Boroumandfar Z, Golshiri P. Effect of self-care training program based on Orem's model on the behaviors leading to sexually transmitted disease in vulnerable women. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016;21(5): 527-33.
46. Masodi R, Mohammadi E, Ahmadi F, Hasanpour A. The Effect of self-care program education based on orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University; 2010. (Persian)
47. Mohammad Hassani M, Farahani B, Zohour A, Panahi Azar R. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs* 2010;3(2): 87-91. (Persian)
48. Allison S. Self-care requirements for activity and rest: an Orem nursing focus. *Nurs Sci Q* 2007;20(1): 68-76.

49. Seyam, Sh, Hidarnia Al, Tavafian S, Self care Education through coping style for patients after heart surgery. J Isfahan Med school 2012;2(135): 433-44. (Persian)
50. Mangolian shahrababaki P, Shahnazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. The Effect of on educational self care program on knowledge and performance in patients with heart failure. Iran J Med Educ 2011; (6)11;609-19. (Persian)
51. Noohi E, Pouraboli B. Educational requirements of the discharged patients and their satisfaction about nursing educational performance, Kerman, Iran. HMJ 2009;13(3): 206-12. (Persian)
52. Alligood MR, Tomey AM. Nursing theory: utilization & application. ST. Louis: Mosby;2006.
53. Ashketorab T, Pazokian M. Nurses and PhD student's Perspective of Barriers Orem self care Application: Content analysis. J Med Edu Dev 2012;4(7): 10-17. (Persian)

APPLICABILITY OF OREM'S SELF-CARE MODEL IN IRAN: AN INTEGRATED REVIEW

Susan Valizadeh¹, Amin Soheili^{2*}, Golshan Moghbeli³, Ebrahim Aliafsari⁴

Received: 28 Feb, 2017; Accepted: 26 Apr, 2017

Abstract

Background & Aims: Self-care is a basic concept in nursing care and has desirable outcomes in maintenance and promotion of human health. Orem's model focuses emphatically on self-care and leads patients to participate and collaborate in their caring process. This study aimed to investigate several studies conducted on Orem's self-care model through integrated review method and determine its applicability in Iranian healthcare system.

Material & Methods: In an integrated review, all Iranian papers published during current 5 years (2011-2016) in both Persian and English language were searched using the related keywords of Orem's self care model in Elsevier, Web of Sciences, Scopus, PubMed, ProQuest, CINAHL, Google Scholar, Ovid, Magiran, SID, IranMedex, IranDoc databases. The quality of the articles was evaluated using CONSORT 2010 Statement. Finally, data were extracted, classified, summarized and, analyzed from 24 included articles in this study (Out of overall 28384 articles).

Results: Out of 24 included articles, 17 articles were published in Persian language and 7 articles were in English. All of the articles were original interventional studies (one experimental, 11 quasi-experimental, 11 clinical trial and one field trial). In all the papers, the researchers were used pretest and post-test design. Also, 3 main domains were derived from the literature review including: "type of intervention", "intervention outcome" and "study population".

Conclusion: Given that still many problems remain in patient care and post-discharge self-care and according to the positive and optimistic view of Orem's self-care model about patients' participation in self-care and about nurses's prominent role in healthcare provision in both partly and wholly compensatory systems which is consistent with the contemporary values of of Iranian society; it seems that the scrutiny of this model's implications is needed. Evidently, the nursing officials and stakeholders would benefit from the preparation of local clinical guidelines and promotion of nurses' awareness about Orem's self-care model that leads to the "translation of theoretical knowledge in practice".

Key Words: Orem's Self-Care Model, Integrated Review, Iran

Address: School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: (+98)413479677

Email: Soheili.a1991@gmail.com

¹ Professor of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² PhD Student in Nursing, Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ MSc Student in Nursing, Center of Qualitative Studies (CQS), School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ PhD Candidate in Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran