

تأثیر الگوی خودمراقبتی مبتنی بر نگرش و شناخت بر توانمندسازی روانشناختی بیماران بستری بعد از انجام جراحی‌های پر خطر در بیمارستان‌های منتخب شهر شیراز (سه ماهه اول 1404)

دکتر محمد مهدی صلاح^{1*}، دکتر ایوب آقارحیمی²، دکتر زهره زمانی³، دکتر شهدخت آزادی⁴

چکیده:

زمینه و هدف: بیماران پس از انجام جراحی‌های پرخطر، علاوه بر چالش‌های جسمانی، با مسائل روانشناختی متعددی نیز روبرو هستند. توانمندسازی روانشناختی به عنوان یک عامل کلیدی در بهبود نتایج درمانی و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران شناخته می‌شود. خودمراقبتی، به ویژه الگویی که بر نگرش و شناخت فرد متمرکز است، می‌تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر برای افزایش توانمندی بیماران عمل کند. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی خودمراقبتی مبتنی بر نگرش و شناخت بر توانمندسازی روانشناختی بیماران بستری پس از جراحی‌های پرخطر انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی با رویکرد کمی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران (264 نفر) بستری پس از جراحی‌های پرخطر در بیمارستان‌های منتخب شهر شیراز در سه ماهه اول سال 1404 بود. از این میان، 153 نفر با استفاده از جدول مورگان و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه استاندارد توان خودمراقبتی و پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی اسپریتزر و میسرا (1997) بود. روایی محتوایی ابزارها توسط متخصصان تأیید و پایایی آنها به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ 0/84 و 0/94 محاسبه گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل الگوی خودمراقبتی و نمره کل توانمندسازی روانشناختی بیماران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین، تمامی ابعاد خودمراقبتی با نمره کل توانمندسازی روانشناختی و ابعاد چهارگانه آن (معناداری، شایستگی، خودتعیینی و تأثیر) همبستگی مثبت و معناداری داشتند ($P < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نیز مؤید آن بود که متغیرهای الگوی خودمراقبتی به طور معناداری بخشی از واریانس متغیر توانمندسازی روانشناختی را تبیین می‌کنند و قابلیت پیش‌بینی آن را دارند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، الگوی خودمراقبتی مبتنی بر نگرش و شناخت به طور مؤثری با افزایش سطح توانمندسازی روانشناختی بیماران پس از جراحی‌های پرخطر مرتبط است. این امر بیانگر آن است که تقویت دانش، بهبود نگرش و تشویق به رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند به بیماران کمک کند تا احساس شایستگی، کنترل و تأثیرگذاری بیشتری بر روند بهبودی خود داشته باشند. بنابراین، طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر این الگو در پروتکل‌های مراقبتی پس از جراحی، به عنوان یک راهکار عملی برای ارتقاء سلامت روان و توانمندسازی بیماران توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، توانمندسازی، شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری، اعتماد

نویسنده پاسخگو: دکتر محمد مهدی صلاح

تلفن: 07121822361

E-mail: ehsanslhpshy@gmail.com

^{1*} دکتری روانشناسی، دانشگاه فاطمیه شیراز

² دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه فاطمیه شیراز

³ دکتری تخصصی فلسفه، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران

⁴ استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران

تاریخ وصول: 1404/01/27

تاریخ پذیرش: 1404/06/30

doi: [10.22034/ijps.2025.738040](https://doi.org/10.22034/ijps.2025.738040)

زمینه و هدف

خودمراقبتی به عنوان یکی از مهم‌ترین اشکال مراقبت‌های اولیه بهداشتی، هم در کشورهای توسعه‌یافته با ساختار سلامت پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه با دسترسی محدود به خدمات تخصصی، نقشی حیاتی ایفا می‌کند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر این باور است سلامتی، حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی^۱. این تعریف یکی از جامع‌ترین و تأثیرگذارترین تعاریف در حوزه بهداشت و پزشکی است که دیدگاه نسبت به سلامت را از یک مدل صرفاً زیست‌پزشکی به یک مدل زیستی-روانی-اجتماعی تغییر داد که خودمراقبتی و آموزش‌های مرتبط با آن، شالوده اصلی مدیریت بسیاری از بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد.^۱ آموزش به بیمار می‌تواند به پایداری وضعیت سلامتی و کاهش عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن کمک شایانی کند، به طوری که عدم دریافت آموزش مناسب می‌تواند بیماران را تا چهار برابر بیشتر در معرض عوارض شدید بیماری قرار دهد.^۲

آموزش به بیمار یک نیاز اساسی و جزء جدایی‌ناپذیر مراقبت‌های مدرن است. عواملی نظیر تأکید بر ارتقای سلامت، اولویت پیشگیری بر درمان، کوتاه‌تر شدن مدت اقامت در بیمارستان، افزایش بیماری‌های مزمن و جمعیت سالمندان، ضرورت آموزش نظام‌مند به بیماران را بیش از پیش آشکار می‌سازد.^۳ بیماران حق دارند تا در زمینه تشخیص بیماری، گزینه‌های درمانی دارویی یا جراحی، و مزایا و معایب هر کدام اطلاعات کاملی کسب کنند. این اطلاعات باید متناسب با نیازهای فردی طراحی شود تا به تغییرات رفتاری مطلوب منجر گردد. امروزه، آموزش به بیمار یکی از نقش‌های محوری پرستاران و جزئی ضروری از مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شود که در جهت ارتقاء سلامت و سازگاری با بیماری عمل می‌کند.^۴

رفتار خودمراقبتی، یک مفهوم کلیدی در حوزه ارتقاء سلامت است و به تصمیم‌ها و اقداماتی اشاره دارد که فرد برای مدیریت یک مشکل سلامتی یا بهبود وضعیت خود اتخاذ می‌کند.^۵ این رفتارها شامل جستجوی اطلاعات، مراجعات منظم پزشکی، ورزش، استراحت کافی، تغییرات سبک زندگی، پیروی از رژیم غذایی سالم و نظارت بر علائم بیماری است. مطالعات نشان داده‌اند که بخش عمده‌ای از

مراقبت‌ها توسط خود بیمار و خانواده‌اش انجام می‌شود و تنها بخش کوچکی از علائم بیماری به مراقبت‌های تخصصی منجر می‌گردد.^۶

در زمینه جراحی‌های پرخطر، یک مطالعه جامع در ایالات متحده نشان داد که بخش بزرگی از مرگ‌ومیر و عوارض پس از جراحی‌های اورژانسی عمومی در هفت نوع عمل جراحی خاص متمرکز است که عمدتاً مربوط به دستگاه گوارش هستند. این جراحی‌ها شامل رزکسیون روده، ترمیم زخم گوارشی، لاپاراسکوپی و آپاندکتومی می‌باشند.^۷ این هفت عمل جراحی، 80 درصد از کل عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از جراحی‌های اورژانسی عمومی را به خود اختصاص می‌دهند. مطالعه مذکور که داده‌های بیش از 421/000 بیمار را بین سال‌های 2008 تا 2011 تحلیل کرده بود، نشان داد که نرخ مرگ‌ومیر کلی 1/2 درصد و نرخ عوارض 15 درصد بوده است. احتمال مرگ در بیمارانی که تحت عمل اورژانسی قرار می‌گیرند، تا 8 برابر بیشتر از بیمارانی است که همان عمل را به صورت انتخابی انجام می‌دهند.^۷ این آمار اهمیت خودمراقبتی پیشگیرانه برای کاهش نیاز به این نوع جراحی‌ها را برجسته می‌سازد.

خودمراقبتی شامل اعمالی است که افراد برای حفظ تندرستی جسمی و روانی، پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث، و مدیریت بیماری‌های مزمن انجام می‌دهند.^۱ خودمراقبتی مؤثر در بیماران می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی، توانمندسازی آن‌ها و کاهش موارد بستری مجدد در بیمارستان منجر شود.^۸ برای غلبه بر چالش‌های پس از درمان، مشارکت فعال بیمار در فرآیند مراقبت ضروری است و این امر مستلزم افزایش آگاهی، تغییر نگرش و کسب مهارت‌های عملی است. مدل‌های جدید مراقبتی، مانند برنامه‌های توانمندسازی، بر پایه نقش و مسئولیت بیمار در مراقبت روزانه از خود بنا شده‌اند.^۹

امروزه توانمندسازی بیماران به عنوان یک رویکرد کلیدی در چشم‌انداز مراقبت‌های بهداشتی، نقش بسزایی ایفا می‌کند. لذا در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا بین خودمراقبتی و توانمندسازی روانشناختی در بیماران بستری پس از جراحی‌های پرخطر رابطه معناداری وجود دارد و این تأثیر به چه میزان است؟

خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم نمی‌توان نادیده گرفت. با توجه به نتایج این مطالعه لازم است به اهمیت ارتقاء دانش دیابتی توسط بهورزان و پزشکان تاکید گردد.¹¹

- بهزاد و همکارانش (2015) در پژوهشی به بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) بر خودکارآمدی در رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون، پرداختند. یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات مربوط به متغیر بیماری تفاوت معناداری وجود نداشت. میانگین نمره خودکارآمدی در گروه کنترل، قبل و بعد از برنامه توانمندسازی مبتنی بر پیگیری تلفنی به ترتیب $4/3 \pm 3/0$ و $6/3 \pm 3/0$ بوده است و در گروه آزمون میانگین نمره خودکارآمدی، قبل و بعد از مداخله به ترتیب $5/3 \pm 4/0$ و $1/4 \pm 3/0$ بوده است. قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری بین دو گروه در میانگین خودکارآمدی در رفتارهای خودمراقبتی وجود نداشت ($P = 0/44$). اما در بیماران شرکت‌کننده در کارگاه آموزشی و متعاقب آن پیگیری تلفنی (گروه آزمون) در مقایسه با گروه کنترل تفاوت آماری معناداری در افزایش خودکارآمدی وجود داشت ($P \leq 0/05$). با توجه به یافته‌های مطالعه، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برنامه توانمندسازی (کارگاه آموزشی خود مراقبتی) مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) در ارتقاء خودکارآمدی در رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مؤثر بوده است.¹²

- نوحی (2015) در پژوهشی به بررسی تأثیر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی شناختی و عملکرد خود مراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان، پرداخت. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره توانایی شناختی خودمراقبتی در گروه آزمون، قبل از انجام مداخله از $2/03 \pm 0/15$ به $12 \pm 0/001$ بعد از مداخله افزایش پیدا کرد. میانگین نمره توانایی عملکردی در گروه آزمون قبل از انجام مداخله از $51/9 \pm 28/32$ به $105/43 \pm 96/3$ بعد از انجام مداخله افزایش پیدا کرد. اختلاف معنی‌دار آماری بین افزایش توانایی خود مراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون، دیده شد ($P < 0/001$). درحالی که در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

- محسنی پویا (2017) در پژوهشی با عنوان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل ارتقاء دهنده سلامت پندر بر خودکارآمدی بیماران در خصوص رفتارهای خودمراقبتی پس از جراحی قلب در این مطالعه نیمه تجربی تعداد 220 بیمار، یک ماه پس از جراحی قلب بصورت تصادفی بدو گروه آزمون و شاهد (هر گروه 110 نفر) تقسیم شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته خودمراقبتی مبتنی بر مدل پندر بود. نتایج مطالعه نشان می‌دهد تغییرات خودکارآمدی درک شده در طول زمان بطور معنی‌داری تغییر کرده است ($P < 0/001$) و تأثیر مداخله پس از کنترل برای بقیه متغیرها نیز معنی دار شده است ($P = 0/036$). به عبارتی میانگین نمره سازه خودکارآمدی در گروه مداخله در دو زمان 3 و 6 ماه پس از مداخله بالاتر از گروه کنترل بود. با توجه به نتایج این پژوهش، استفاده از مدل ارتقاء دهنده سلامت پندر به عنوان یک الگو در بهبود خودکارآمدی بیماران پس از جراحی قلب، توصیه و تاکید می‌گردد.¹⁰

- قرائتی و همکارانش (1395) پژوهشی را با عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزشی از طریق تلفن همراه بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که قبل از مداخله میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی در گروه‌های مداخله و کنترل از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری نداشت. بعد از مداخله افزایش معنی‌داری در میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی گروه مداخله روی داد ($P < 0/05$). اما تفاوت معنی‌داری در گروه کنترل مشاهده نشد.

- بیگدلی و همکارانش (2015) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم به این نتیجه رسیدند که میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی در بیماران دیابتیک $3/77 \pm 1/15$ بود. خودمراقبتی با طول مدت ابتلا به دیابت ($P = 0/013$)، نوع رژیم درمانی ($P = 0/035$) و چاقی شکمی ($P = 0/046$)، ارتباط معنی‌داری داشت. دانش دیابتی ($B = -0/123$) پس از طول مدت ابتلا به دیابت ($B = 0/170$)، قوی‌ترین عامل پیش‌گویی کننده در رفتار خودمراقبتی بود. از سوی دیگر علاوه بر عوامل دموگرافیک تأثیرگذار نقش عواملی نظیر دانش دیابتی را در ارتقاء رفتارهای

رفتارهای خود مراقبتی در بزرگسالان جوان و سالم با پرفشاری خون بوده است.¹⁵

- آنه رب و همکارانش (2017) به مطالعه آزمایشی مداخلات برنامه‌ریزی مراقبت از خود مراقبتی در توانمندسازی بازماندگان پس از درمان سرطان کولورکتال (روده بزرگ) و ریه، پرداختند تجزیه و تحلیل اکتشافی، تفاوت معنی‌داری را از ابتدای شروع تا بعد از مداخله در افسردگی، اضطراب، خودآمدی، عملکرد فیزیکی، محدودیت‌های روحی - فیزیکی، درد، سلامت عمومی، انتقال بهداشت، خلاصه سلامت فیزیکی و QOL کل نشان داد.¹⁶

- سو کیانگ پارک (2017) به بررسی عوامل مؤثر بر رفتار خود مراقبتی در کره جنوبی با COPD، پرداخت. نتایج حاکی از آن است که: میانگین نمره رفتار خود مراقبتی 119/30 بود. سطح آموزش و پرورش، مراجعات اورژانسی در طول سال گذشته، ادراک کلی سلامت و آموزش در مورد تشدید و مدیریت علامت، 43/9 درصد از واریانس کل رفتار خود مراقبتی را بیان کردند. هنگامی که علائم فردی به مدل رگرسیون اضافه شد، اضطراب بیشترین تغییر واریانس کل در رفتار خود مراقبتی را به خود اختصاص داد. هنگامی که یک متغیر گروه خوشه‌ای علائم به مدل رگرسیون افزوده شد، تغییر واریانس کلی در رفتار خود مراقبتی بیشتر از تغییر واریانس از علائم فردی بود.¹⁷

1- تعریف مفاهیم

خودمراقبتی

یعنی مراقبت از خود، یعنی اینکه ما برای حفظ سلامت و شادابی خود، کارهای روزمره کوچکی انجام دهیم تا زندگی بهتر و سالم‌تری داشته باشیم. خودمراقبتی شامل اقداماتی است آموختنی، آگاهانه و هدفمند که هر فردی برای خود، خانواده و دیگران انجام می‌دهد تا سالم بماند، از سلامت جسمی و روانی خود حفاظت کند، نیازهای اجتماعی خود را برآورده سازد، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کند، از ناخوش‌ها و بیماری‌های مزمن مراقبت کند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کند. خود مراقبتی به وضوح موجب افزایش کارآیی و مهارت‌های فردی ما می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که کاربرد مدل خودمراقبتی اورم و بکارگیری برنامه آموزش خودمراقبتی، تأثیر مثبتی در افزایش توانایی خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه داشت و آموزش یکی از روش‌های مناسب و لازم برای ارتقای توانایی خودمراقبتی بود.¹³

- نعمتی (2013) در پژوهشی با عنوان بررسی مراقبت‌های پس از تراکتوستومی در بیمارستان با هدف تعیین چگونگی مراقبت‌های پس از تراکتوستومی در مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت پژوهشی توصیفی برای مطالعه روند مراقبت‌های پس از تراکتوستومی بر 96 بیمار بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر رشت در سال 90-1389 انجام شد.

یافته‌ها

اندازه لوله تراکتوستومی در اطفال (6/3% کل بیماران) در تمامی موارد استاندارد بود ولی در 78 بیمار بزرگسال (86/7%) مطابق استاندارد (در مردان 9 میلی‌متر و در زنان 5/7 - 8 میلی‌متر نبود. در طی مراقبت، همه بیماران اکسیژن مرطوب و آنتی‌بیوتیک دریافت کردند، اما در 16/7% بیماران بخور سرد تجویز نشده بود. تعداد کاف‌های پر شده با فشار مناسب (55/20%)، هیپرونتیلیسیون پیش از ساکشن (49%)، اندازه لوله تراکتوستومی (15/8%)، تعویض پانسمان (47/91%) و تواتر خالی کردن کاف لوله (44/78%) کمتر از میزان استاندارد بود. نتایج نشان بیشتر مراقبت‌های پس از تراکتوستومی در بیمارستان‌های آموزشی شهر رشت مطابق با روند استاندارد مکتوب در متون پزشکی نیست و به نظر می‌رسد متخصصان مربوطه باید به آن توجه جدی بنمایند.¹⁴

- چان هوآ ما (2018) به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی در بزرگسالان جوان و سالم با پرفشاری خون مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی پرداخت. نتایج پیش‌بینی کننده رفتارهای خود مراقبتی در بزرگسالان جوان و سالم با پرفشاری خون شامل سن، عوارض مرتبط با فشار خون بالا، حساسیت درک شده، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی است. پنج جنبه از مدل‌های اعتقاد بهداشتی 47/0% از واریانس کل را تشکیل می‌دهد. لذا حساسیت درک، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده، عامل کلیدی

توانمندسازی

توانمندسازی فرآیند تغییر ناتوانی و افزایش کنترل افراد بر محیط است و در آن بر کاهش تسلط و دخالت کارشناسان و افزایش قدرت انتخاب فردی و خود مدیریتی تاکید می‌شود. توانمند سازی با تعریف خود افراد از نیازها و آرزوهایشان آغاز می‌شود و بر ظرفیت‌های توسعه، امکانات و حمایت‌های لازم برای دستیابی به اهداف متمرکز است.¹⁸

2. چارچوب نظری تحقیق

در مورد تعریف خودمراقبتی توافق کلی وجود ندارد. طبق تعریف لوین، «خودمراقبتی فرایندی است که در آن افراد غیرماهر با اتکای به خود در ارتقای سلامت خود، پیشگیری از بیماری‌ها تشخیص بیماری‌ها و درمان آن در اولین سطح منابع بهداشتی در سیستم مراقبت از سلامت عمل می‌کنند». درکل، او خودمراقبتی را بدون یاری متخصصین تعریف می‌کند ولی در عین حال تصدیق می‌کند که «افراد عادی از دانش فنی و مهارت‌های حاصل از مجموعه تجارب تخصصی و غیرتخصصی به عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده می‌کنند».

باروفسکی، خودمراقبتی را به 4 دسته تقسیم کرد. تنظیم اعمال بدن، پیشگیری از بیماری‌ها، تخفیف بیماری‌ها. سگال و گلدشتاین (1989) این 4 عملکرد تعریف شده توسط باروفسکی را برای 4 نوع خودمراقبتی به شرح زیر بیان کردند:

1- خودمراقبتی تنظیم کننده: شامل عملیات روتین حفظ سلامت مانند خوردن، خوابیدن و بهداشت شخصی؛

2- خودمراقبتی پیشگیرانه: شامل انجام منظم اعمال انتخاب شده توسط خود فرد مانند ورزش، رژیم و معاینات غربالگری بیماری‌های روتین؛

3- خودمراقبتی واکنشی: شامل پاسخ به علایمی که توسط پزشک برچسب بیماری نخورده است.

4- خودمراقبتی بازگرداننده سلامتی: شامل ظرفیت پذیرش یک رژیم درمانی یا یک تغییر رفتاری که توسط متخصص توصیه شده است.

طبق نظر باندورا (1986) «تئوری‌ها» عوامل تعیین کننده و مکانیسم‌هایی هستند که پدیده مورد نظر را کنترل و مشخص می‌کنند. تئوری‌ها شامل یک یا چند پیشنهاد هستند که به طور منطقی برای بیان پدیده‌های مرتبط به یکدیگر بکار می‌روند. «مدل» طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. مدل‌ها برای کمک به مردم در درک یک مشکل خاص و سازماندهی اطلاعات به کار می‌روند. آنها اغلب برای آرایه فرآیند و گاهی اوقات برای توضیح و بیان فرایند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت فراهم می‌کنند.¹⁵

در تئوری خودمراقبتی اورم، سلامت و تندرستی به دو وضعیت انسانی مختلف اما در ارتباط با یکدیگر اشاره دارد.

- سلامت: به معنی وضعیتی است که ساختار انسانی و عملکرد جسمی و روانی فرد رشد یافته، کامل و بی‌عیب و نقص است.

- تندرستی: به معنی وضعیتی است که با تجربه رضایت، لذت و انواع شادی‌ها و نیز تجربه معنوی، حرکت به سوی تحقق بخشیدن به ایده‌آل‌های فردی و درونی سازی مستمر آنها توصیف می‌شود. تندرستی با سلامت، موفقیت در تلاش‌های فردی و کفایت منابع در ارتباط است. البته افرادی هستند که ممکن است تندرستی را تجربه کنند یا وجود آنها مظهر اشکالی از تندرستی باشد و در عین حال دچار ناتوانی جسمی یا اختلال در عملکرد باشند. طبق تئوری خودمراقبتی اورم، خودمراقبتی یک عملکرد تنظیمی نوع بشر است که برای تأمین و تداوم منابع و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد.

واژه توانمندسازی در فرهنگ فشرده آکسفورد «قدرتمند شدن»، «مجوز دادن»، «ارائه قدرت» و «توانا شدن» معنی شده است. توانمندسازی به مجموعه فنون انگیزش اطلاق می‌شود که به دنبال افزایش سطح مشارکت کارکنان به منظور بهبود عملکرد آنان است. ویژگی اصلی توانمندسازی کارکنان همسو کردن اهداف فردی و سازمانی است.

بیمار با دادن اطلاعات و آموزش آغاز می‌گردد و به مشارکت فعال در اتخاذ تصمیمات بیمار در مورد فرآیند بیماری و عمل به آنها ختم می‌شود.¹⁷

در الگوی توانمند سازی، افراد متخصص حوزه سلامت به افراد کمک می‌کنند تا تصمیمات لازم و مناسب را با توجه به شرایط خاص خود اتخاذ نمایند؛ بیماران از طریق به اشتراک گذاری اطلاعات و همکاری متقابل در اتخاذ تصمیم تشویق می‌شوند تا حداکثر مشارکت را در فرآیند درمان خود داشته باشند. توانمند سازی، کشف و توسعه ظرفیت ذاتی فرد برای پذیرش مسئولیت سلامتی خود است. در آموزش بهداشت مفهوم قدرت، غلبه یا تغییر دیگران نیست. مفهوم اصلی این تغییر تمایل به تغییر است.²¹

«کمک به بیماران برای کشف و توسعه ظرفیت ذاتی به منظور مسئول زندگی خویش بودن و کسب غلبه بر بیماری» تحت عنوان توانمند سازی تعریف شده است. این مسئولیت‌پذیری به دلیل وجود سه ویژگی این بیماری است.²²

توماس و ویلتهوس (2000)، توانمند سازی را فرایند افزایش انگیزش درونی نیروهای انسانی نسبت به شرح وظایف محول شده می‌دانند. که در مجموعه‌ای از چهار حوزه شناختی، یعنی: موثر بودن و داشتن کنترل بر نتایج فعالیت‌ها؛ شایستگی، یعنی: باور داشتن به توانایی‌های شخصی برای ادای وظایف به گونه موفقیت‌آمیز؛ معنی‌داری، یعنی: ارزش قائل شدن برای اهداف براساس ایده‌آل‌ها و استانداردهای فردی و در نهایت حوزه حق انتخاب، یعنی: داشتن آزادی عمل در امور محول شده، متجلی می‌شوند.²³

خودکارآمدی از نقاط کلیدی خودتوانمند سازی است. خودکارآمدی که توسط باندورا (1998) مطرح شد، یک اعتقاد است. افرادی که اعتقاد به مفهوم خودکارآمدی دارند احساس می‌کنند که " می‌توانند، " این مفهوم با مفهوم "مرکز کنترل" همانندی دارد. تخمین درست از میزان خودکارآمدی می‌تواند عمل مؤثر را ایجاد کند و این تخمین واقع گرایانه با مفهوم مرکز کنترل مرتبط است. در ارتقای سلامت، با تقویت اعتماد فرد در مورد افزایش کنترل فردی بر اوضاع می‌توان خودکارآمدی او را افزایش داد. در همین حال می‌توان گفت که کنترل فرد بر اوضاع نتیجه مجموع تجربیات خودکارآمدانه اوست.

در توانمند سازی کارکنان نه تنها نیازمند اختیارند بلکه می‌باید آموزش کافی و اعتبار مالی و اطلاعات اساسی نیز داشته باشند تا بتوانند در زمینه تصمیم‌های خود پاسخگو باشند. برخی دیگر توانمند سازی را شکلی از عدم تمرکز که مستلزم واگذاری اختیار تصمیم‌گیری‌های اساسی به زیر دستان است، تعریف کرد. توانمند سازی، کارکنان را به مشارکت در مدیریت قادر می‌سازد و اصطلاحی وسیع‌تر از خویشن‌داری (خودکنترلی) است.¹⁹

تعاریف متعدد و گوناگونی از توانمند سازی ارائه می‌شود که هر کدام دارای یک جهت‌گیری معین با یک دیدگاه و حتی یک ایدئولوژی مشخص است. البته برای توانمند سازی تعریف دقیق علمی با مرزهای مشخص وجود ندارد؛ اما می‌توان در یک تعریف جامع توانمند سازی را اینگونه تعریف کرد:

توانمند سازی فرایندی است پویا و خودجوش از متن بافت فرهنگی - اجتماعی یک جامعه که به افراد افزایش قدرت و توانایی می‌دهد تا بتوانند برای بهبود وضعیت زندگی خویش اقدام نمایند.

در تعریف بالا باید به کلمات کلیدی: فرایند؛ پویا؛ بافت اجتماعی فرهنگی؛ مشارکت افراد توجه کرد. در این فرایند افراد کلیدی و رهبران سیاسی عقیدتی نقش مهمی بازی می‌کنند و باید دانست که مهارت‌هایی از قبیل سازماندهی اجتماعی و توسعه اجتماعی بسیار کلیدی هستند.

توانمند سازی مفهومی ساده و مثبت است که به امکانات و توانایی‌های افراد و اطرافیان آنها، به منظور شناسایی مشکلات، نارسایی‌ها و مداخله اشاره می‌کند. فرایندی است که با قادر سازی مردم و قدرتمند کردن آنها موجب می‌شود انتقال قدرت از شخصی به شخص دیگر و یا در گروه‌ها صورت پذیرد. توانمند سازی یکی از اهداف قابل دسترسی از نظر بهداشت برای مردم تا سال 2010 می‌باشد که افراد با مشارکت فعالانه و اتخاذ تصمیم برای ارتقاء سلامتی خود تلاش می‌کنند.²³ توانمند سازی یک استراتژی عملکردی در ارتقاء سلامت محسوب می‌گردد.²⁴ مهارت‌های توانمند سازی شامل حل مسئله، اعتماد به نفس و استراتژی‌های ایجاد اعتماد است.²⁰

توانمند سازی بیمار در مراقبت‌های بهداشتی به معنی ارتقاء خود تعیینی و خود تنظیمی است. بنابراین پتانسیل افراد برای سلامت و رفاه به حداکثر می‌رسد. توانمند سازی

انتخاب نمونه از جامعه آماری، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید تا اطمینان حاصل شود که هر یک از اعضای جامعه شانس برابر و مستقلی برای انتخاب شدن داشته‌اند و بدین ترتیب، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها به کل جامعه آماری افزایش یابد. به منظور تعیین حجم نمونه مورد نیاز، از جدول کرجسی و مورگان استفاده شد. با توجه به حجم جامعه آماری که $N = 264$ نفر بود، حجم نمونه لازم $n = 153$ نفر برآورد گردید. البته به منظور پیش‌بینی مواردی نظیر عدم بازگشت پرسشنامه، ناقص بودن اطلاعات یا عدم تمایل به همکاری، تعداد بیشتری پرسشنامه توزیع شد تا اطمینان حاصل شود که در نهایت حداقل 153 پرسشنامه معتبر و کامل برای تحلیل نهایی در دسترس خواهد بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو پرسشنامه استاندارد بود. برای سنجش متغیر وابسته، یعنی توانمندسازی روانشناختی، از پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی اسپریتزرکه توسط میشرای نیز مورد استفاده و تأیید قرار گرفته است، بهره گرفته شد. این پرسشنامه دارای 12 گویه و چهار بعد اصلی شامل «احساس معناداری» احساس شایستگی، احساس خودتعیینی و احساس تأثیرگذاری است که بر اساس مقیاس طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این ابزار در تحقیقات متعدد داخلی و خارجی به اثبات رسیده است. برای اندازه‌گیری متغیر مستقل، یعنی الگوی خودمراقبتی مبتنی بر نگرش و شناخت، از پرسشنامه استاندارد توان خودمراقبتی استفاده شد که ابعاد مختلف نگرش، دانش و عملکرد بیماران در زمینه مراقبت از خود را می‌سنجد. این ابزار نیز دارای روایی محتوا و پایایی تأیید شده (معمولاً با ضریب آلفای کرونباخ بالای 0/70) در مطالعات پیشین است. پس از اطمینان از کیفیت ابزار، محقق وارد فاز میدانی و جمع‌آوری داده‌ها شد. او با مراجعه به بیمارستان‌های منتخب، بیماران انتخاب شده در نمونه را شناسایی کرد. پس از توضیح اهداف تحقیق و اخذ رضایت آگاهانه از هر بیمار، پرسشنامه‌ها را در اختیارشان قرار داد تا تکمیل کنند.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری اس پی اس نسخه 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام پذیرفت. در سطح آمار توصیفی، از شاخص‌هایی نظیر جداول توزیع فراوانی،

در مجموع به عنوان یک هدف در ارتقای سلامت می‌توان گفت که خودکارآمدی را می‌توان از طریق طراحی مجموعه‌ای از تجربیات معنی‌دار و مرتبط موفقیت‌آمیز ایجاد کرد. در مورد ارتباط درماندگی آموخته شده و خود ارزشی می‌توان گفت فرد توانمند، عزت نفس بالایی دارد و فردی که ه درماندگی آموخته شده دارد، برای خود ارزش کمی قابل است. به همین نسبت، فرد دارای عزت نفس بالا کمتر به فشار برای هم نواشدن با دیگران تن می‌دهد و رفتارهای جمع را به عنوان مرجع در نظر نمی‌گیرد. در ارتباط با موقعیت‌ها و روابط تهدیدکننده نیز، فرد دارای عزت نفس بالا با این موقعیت‌ها بر اساس دریافت و جمع‌آوری اطلاعات و تصمیم‌گیری توانمندانه برخورد می‌کند. پس به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که عزت نفس بالا، قدرت تصمیم‌گیری و در ضمن برخورد مبتنی بر اطلاعات با موقعیت‌ها را در فرد ایجاد می‌کند و فرد را به سمت تصمیم‌گیری سالم سوق می‌دهد.²⁴

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از منظر فلسفه تحقیق، در پارادایم اثبات‌گرایی قرار گرفته و با رویکردی کمی به بررسی موضوع می‌پردازد. این مطالعه با توجه به هدف اصلی آن، یعنی توسعه یک الگوی کاربردی خودمراقبتی و سنجش تأثیر آن بر توانمندسازی روانشناختی بیماران، در زمره تحقیقات کاربردی طبقه‌بندی می‌شود. از نظر روش گردآوری داده‌ها، این پژوهش یک مطالعه توصیفی - پیمایشی است؛ توصیفی از آن جهت که به تشریح و ترسیم وضعیت موجود متغیرهای الگوی خودمراقبتی و توانمندسازی روانشناختی در جامعه مورد مطالعه می‌پردازد و پیمایشی بدین سبب که داده‌ها از طریق پرسشنامه از نمونه‌ای از جامعه گردآوری می‌شوند. همچنین، با توجه به اینکه هدف تحقیق بررسی رابطه بین متغیرها بدون دستکاری آن‌ها توسط پژوهشگر است، این مطالعه از نوع تحقیقات همبستگی محسوب می‌شود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران بزرگسالی تشکیل می‌دهند که پس از انجام جراحی‌های پرخطر در بیمارستان‌های منتخب شهر شیراز طی سه ماهه اول سال 1404 بستری بوده‌اند. پس از بررسی‌های دقیق و انجام استعلام رسمی از واحدهای امور اداری و آمار بیمارستان‌های مذکور، مشخص گردید که تعداد کل بیمارانی که در این بازه زمانی واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، 264 نفر است. برای

- عوامل خانوادگی بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.
- عوامل محیطی (جامعه) بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد (تصویر 1).

تجزیه و تحلیل

الف - آمار توصیف

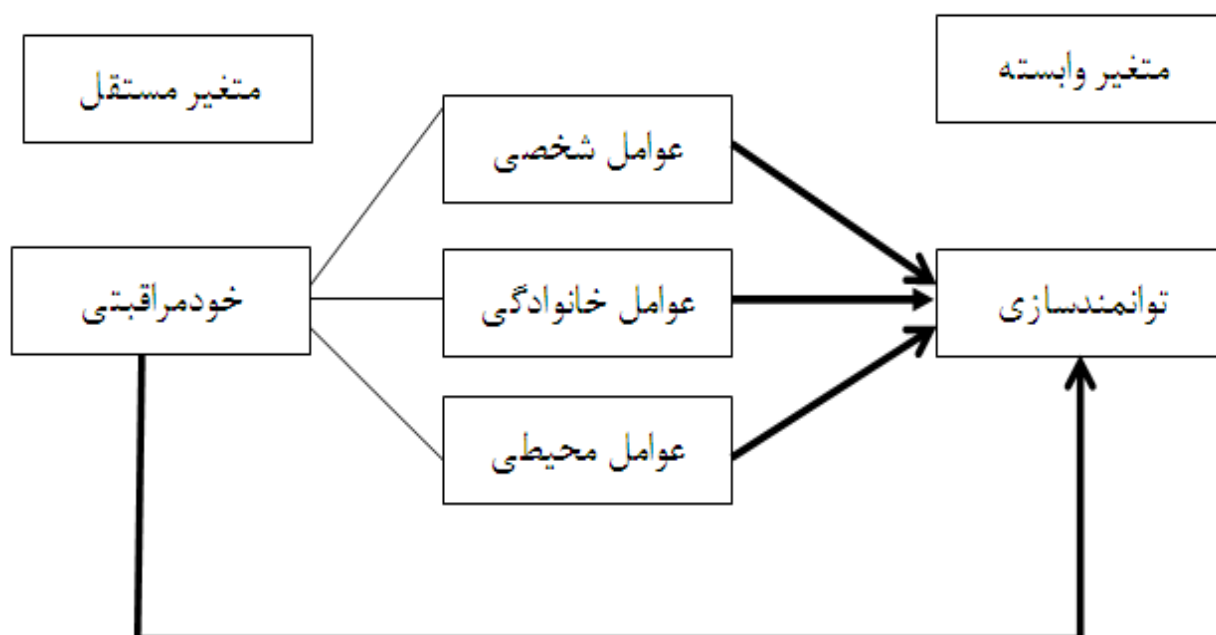
همان‌طوری که در جدول 1 مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار توانمندسازی به ترتیب 66/777 و 5/095 می‌باشد و در زیرمقیاس‌های (شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد) آن هم مشخص شده است. میانگین و انحراف معیار خودمراقبتی به ترتیب 225/098 و 13/394 می‌باشد و در زیرمقیاس‌های (شخصی، خانوادگی و محیطی) آن هم مشخص شده است. با توجه به اینکه میزان چولگی و کشیدگی بین 1- و 1 می‌باشد متغیرها به لحاظ توزیع داده‌ها نرمال می‌باشند، پس در تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون پارامتری ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌شود.

میانگین، و انحراف معیار به منظور خلاصه‌سازی، طبقه‌بندی و توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه و همچنین مشخصات کلی متغیرهای تحقیق استفاده شد. در سطح آمار استنباطی و به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون‌های آماری مناسب بهره برده شد. برای بررسی وجود، شدت و جهت رابطه خطی بین الگوی خودمراقبتی و توانمندسازی روانشناختی و ابعاد آن، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. علاوه بر این، به منظور پیش‌بینی متغیر توانمندسازی روانشناختی بر اساس مؤلفه‌های الگوی خودمراقبتی (متغیرهای پیش‌بین)، از تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان استفاده شد تا سهم نسبی هر یک از ابعاد خودمراقبتی در تبیین واریانس توانمندسازی روانشناختی مشخص گردد. سطح معناداری برای تمامی آزمون‌های استنباطی $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

فرضیه اصلی: خودمراقبتی بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.

فرضیات فرعی

- عوامل شخصی بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.



تصویر 1 - مدل مفهومی

جدول 1- تجزیه و تحلیل توصیفی متغیرها

متغیرها	شاخص‌های آماری					
	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	چولگی	کشیدگی
شایستگی	13/261	1/286	10	15	-0/257	-0/381
خودمختاری	13/49	1/164	11	15	-0/685	-0/327
تأثیرگذاری	13/385	1/288	10	15	-0/743	-0/246
معنی‌دار بودن	13/379	1/464	8	15	-1/28	-2/876
اعتماد	13/261	1/286	10	15	0/257	-0/381
توانمندسازی	66/777	5/095	51	75	-0/699	-0/878
شخصی	113/915	5/086	102	124	-0/118	-0/49
خانوادگی	51/137	4/018	40	59	0/354	-1/035
محیطی	60/045	6/186	49	72	-0/075	-0/879
خودمراقبتی	225/098	13/394	196	250	-0/268	-0/631

ب - آمار استنباطی

فرضیه اصلی: خودمراقبتی بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.

نتایج جدول فوق نشان داده است که بین خودمراقبتی و توانمندسازی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$ و $r = 0/349$). R نشان دهنده ضریب همبستگی بین دو متغیر می‌باشد و ضریب همبستگی (0/349) بین دو متغیر خودمراقبتی و توانمندسازی مثبت و مستقیم است، یعنی هر چه خودمراقبتی افزایش یابد، توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان افزایش می‌یابد و بالعکس. خودمراقبتی بیشترین رابطه را با بعد خودمختاری (یکی از ابعاد توانمندسازی) دارد. بین خودمراقبتی و چهار بُعد

(شایستگی، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد) رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد، یعنی هرچه خودمراقبتی افزایش یابد، ابعاد شایستگی، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد بیماران افزایش می‌یابد و بالعکس.

با توجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جدول شماره 3، مشخص می‌شود که متغیر وارد شده در معادله با متغیر وابسته دارای رابطه مستقیم هستند. مقادیر T و سطوح معناداری معادله چند متغیره نشان می‌دهد که خودمراقبتی کل با سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در سطح 95 درصد معنادار می‌باشند.

$$Y=a+bx$$

مقدار توانمندسازی = $0/371 + 24/504$ (خودمراقبتی کل)

جدول 2- نتایج آزمون ضریب همبستگی (ماتریس همبستگی) بین خودمراقبتی و ابعاد توانمندسازی

متغیر	خودمراقبتی	عوامل شخصی	عوامل خانوادگی	عوامل محیطی	شایستگی	خودمختاری	تأثیرگذاری	معنی دار بودن	اعتماد
عوامل شخصی	ضریب همبستگی	0/825							
	معناداری	0/000							
عوامل خانوادگی	ضریب همبستگی	0/911	0/668						
	معناداری	0/000	0/000						
عوامل محیطی	ضریب همبستگی	0/895	0/530	0/774					
	معناداری	0/000	0/000	0/000					
شایستگی	ضریب همبستگی	0/261	0/321	0/197	0/174				
	معناداری	0/000	0/000	0/015	0/032				
خودمختاری	ضریب همبستگی	0/441	0/314	0/418	0/426	0/401			
	معناداری	0/000	0/000	0/000	0/548	0/000			
تأثیرگذاری	ضریب همبستگی	0/114	0/239	0/002	0/049	0/753	0/303		
	معناداری	0/160	0/000	0/976	0/000	0/000	0/000		
معنی دار بودن	ضریب همبستگی	0/305	0/265	0/209	0/306	0/233	0/770	0/396	
	معناداری	0/000	0/008	0/009	0/000	0/004	0/000	0/000	
اعتماد	ضریب همبستگی	0/261	0/321	0/197	0/174	1/000	0/401	0/753	0/233
	معناداری	0/001	0/460	0/015	0/032	0/000	0/000	0/000	0/000
توانمندسازی	ضریب همبستگی	0/349	0/37	0/256	0/285	0/854	0/729	0/816	0/681
	معناداری	0/000	0/003	0/001	0/000	0/000	0/000	0/000	0/000

رابطه را با بعد خودمختاری (یکی از ابعاد توانمندسازی) دارد. بین عوامل خانوادگی و چهار بعد شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری و معنی‌دار بودن رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد، یعنی هر چه عوامل خانوادگی افزایش یابد، ابعاد شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری و معنی‌دار بودن در بیماران افزایش می‌یابد و بالعکس.

به منظور تبیین تأثیرگذاری بر حسب سازه‌های اثرگذار (عوامل خانوادگی) و تعیین این موضوع که این سازه‌ها در مجموع تا چه اندازه قادر به تبیین تأثیرگذاری بیماران هستند و کدام یک از آنها پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است، از مدل رگرسیونی چند متغیره (چندگانه) به روش گام به گام (Stepwise) استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول 5 است.

با توجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جداول 4-7، مشخص می‌شود که متغیر وارد شده به معادله در مراحل دوگانه با متغیر وابسته دارای رابطه مستقیم هستند. مقادیر T و سطوح معناداری معادله چند متغیره نشان می‌دهد که عوامل خانوادگی با سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در سطح 95 درصد معنادار می‌باشند.

$$Y = a + b_1 (X_1) - b_2 (X_2)$$

مقدار توانمندسازی = $5/670 - 0/091$ (عوامل خانوادگی)

فرضیه فرعی شماره 3: عوامل محیطی (جامعه) بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.

نتایج جدول 2 نشان داده است که بین عوامل محیطی و توانمندسازی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و R نشان دهنده ضریب همبستگی بین دو متغیر می‌باشد و ضریب همبستگی ($0/285$) بین دو متغیر عوامل محیطی و توانمندسازی مثبت و مستقیم است، یعنی هرچه عوامل محیطی افزایش یابد، توانمندسازی در بیماران هم افزایش می‌یابد. عوامل محیطی بیشترین رابطه را با بعد خودمختاری (یکی از ابعاد توانمندسازی) دارد. بین عوامل محیطی و چهار بعد شایستگی، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد، یعنی هر چه عوامل محیطی افزایش یابد، ابعاد شایستگی، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد در بیماران هم افزایش می‌یابد و بالعکس.

فرضیه فرعی 1: عوامل شخصی بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.

نتایج جدول 2 نشان داده است که بین عوامل شخصی و توانمندسازی بیماران رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و R نشان دهنده ضریب همبستگی بین دو متغیر می‌باشد، و ضریب همبستگی ($0/37$) بین دو متغیر عوامل شخصی و توانمندسازی بیماران مثبت و مستقیم است، یعنی هر چه عوامل شخصی افزایش یابد، توانمندسازی هم افزایش می‌یابد. عوامل شخصی بیشترین رابطه را با بعد شایستگی و اعتماد دارد. بین عوامل شخصی و چهار بعد شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری و معنی‌دار بودن رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد، یعنی هر چه عوامل شخصی افزایش یابد، شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری و معنی‌دار بودن بیماران افزایش می‌یابد و بالعکس.

به منظور تبیین تأثیرگذاری بر حسب سازه‌های اثرگذار (عوامل شخصی) و تعیین این موضوع که این سازه‌ها در مجموع تا چه اندازه قادر به تبیین تأثیرگذاری بیماران هستند و کدام یک از آنها پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است، از مدل رگرسیونی چند متغیره (چندگانه) به روش گام به گام (Stepwise) استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول 4 است. با توجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جدول شماره 4، مشخص می‌شود که متغیر وارد شده به معادله با متغیر وابسته دارای رابطه مستقیم هستند. مقادیر T و سطوح معناداری معادله چند متغیره نشان می‌دهد که عوامل شخصی با سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در سطح 95 درصد معنادار می‌باشند.

$$Y = a + bx$$

مقدار توانمندسازی = $4/008 + 0/081$ (عوامل شخصی)

فرضیه فرعی شماره 2: عوامل خانوادگی بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تأثیر دارد.

نتایج جدول 2 نشان داده است که بین عوامل خانوادگی و توانمندسازی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و R نشان دهنده ضریب همبستگی بین دو متغیر می‌باشد، و ضریب همبستگی ($0/256$) بین دو متغیر عوامل خانوادگی و توانمندسازی مثبت و مستقیم است، یعنی هرچه عوامل خانوادگی افزایش یابد، توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان هم افزایش می‌یابد. عوامل خانوادگی بیشترین

جدول 3- نتایج رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی توانمندسازی

نام متغیر	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	بتا	تفاوت میانگین	معناداری	آماره تحمل	تورم واریانس
خودمراقبتی کل	0/370	0/137	0/370	4/90	0/000	1	1

جدول 4- نتایج رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی توانمندی سازی

نام متغیر	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	بتا	تفاوت میانگین	معناداری	آماره تحمل	تورم واریانس
عوامل شخصی	0/321	0/103	0/321	4/167	0/000	1	1

جدول 5- نتایج رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی توانمندسازی

نام متغیر	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	بتا	تفاوت میانگین	معناداری	آماره تحمل	تورم واریانس
عوامل خانوادگی	0/319	0/102	-0/284	-2/732	0/007	1	1

جدول 6- نتایج رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی توانمندسازی

نام متغیر	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	بتا	تفاوت میانگین	معناداری	آماره تحمل	تورم واریانس
عوامل محیطی	0/426	0/181	0/426	5/786	0/000	1	1

گام (Stepwise) استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول 6 است.

با توجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جدول شماره 6، مشخص می‌شود که متغیر وارد شده در معادله با متغیر وابسته دارای رابطه مستقیم هستند. مقادیر T و سطوح

به منظور تبیین تأثیرگذاری برحسب سازه‌های اثرگذار (عوامل محیطی) و تعیین این موضوع که این سازه‌ها در مجموع تا چه اندازه قادر به تبیین تأثیرگذاری بیماران هستند و کدام یک از آنها پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است، از مدل رگرسیونی چند متغیره (چندگانه) به روش گام به

عاملی برای بهبود نتایج در بیماران دیابتی معرفی کردند، مطابقت کامل دارد.

یکی از نقاط قوت و دلایل احتمالی کسب نتایج مثبت و معنادار در این پژوهش، بهره‌گیری از یک چارچوب نظری مدون برای طراحی مداخله بود. در این مطالعه، از الگوی خودمراقبتی اورم به عنوان راهنمای بالینی برای ارزیابی نیازها و برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی استفاده شد. نظریه کمبود خودمراقبتی اورم بر این اصل استوار است که پرستاری، یک عمل جبرانی و حمایتی برای توانمند ساختن افراد در بازبایی یا تقویت توانایی مراقبت از خود است.²⁵ بر خلاف ارائه اطلاعات یکسان و کلی به همه بیماران، در این پژوهش ابتدا یک ارزیابی جامع از توانایی‌ها، محدودیت‌ها و نیازهای آموزشی هر بیمار به عمل آمد و سپس آموزش‌ها به صورت انفرادی و متناسب با شرایط خاص وی ارائه گردید. این رویکرد فردی‌سازی شده، احتمال پذیرش و اجرای رفتارهای خودمراقبتی را به شدت افزایش می‌دهد و از موانع رایج در مسیر آموزش به بیمار عبور می‌کند.

البته نباید از موانع بالقوه در مسیر خودمراقبتی غافل شد. عواملی نظیر سطح سواد سلامت پایین، دسترسی ناکافی به خدمات، هزینه‌های درمانی، و موانع فرهنگی - اجتماعی می‌توانند به طور جدی فعالیت‌های خودمراقبتی را مختل کنند.²⁶ اگرچه این پژوهش به طور مستقیم این موانع را اندازه‌گیری نکرد، اما موفقیت مداخله نشان می‌دهد که یک برنامه آموزشی ساختاریافته و حمایتی می‌تواند حتی در حضور این موانع نیز تأثیرگذار باشد. با این حال، اذعان به این محدودیت‌ها ضروری است. این مطالعه در یک بازه زمانی مشخص و در بیمارستان‌های منتخب یک شهر انجام شده و ممکن است نتایج آن در بافت‌های فرهنگی یا اقتصادی دیگر متفاوت باشد. همچنین، اتکای پژوهش بر ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری‌هایی همراه باشد.

نتیجه‌گیری نهایی و پیشنهادها

در نهایت، این پژوهش شواهد محکمی ارائه می‌دهد که الگوی خودمراقبتی مبتنی بر نگرش و شناخت، ابزاری قدرتمند برای ارتقای توانمندسازی روانشناختی بیماران در دوره حساس پس از جراحی‌های پرخطر است. این یافته از یک تغییر پارادایم اساسی در پرستاری و مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌کند: گذار از مدلی که در آن بیمار صرفاً

معناداری معادله چند متغیره نشان می‌دهد که عوامل محیطی با سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در سطح 95 درصد معنادار می‌باشند.

$$Y=a+bx$$

مقدار توانمندسازی = $8/674 + 0/080$ (عوامل محیطی)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اصلی و محوری پژوهش حاضر، تأیید وجود رابطه مثبت و معنادار بین الگوی خودمراقبتی مبتنی بر نگرش و شناخت و توانمندسازی روانشناختی بیماران پس از جراحی‌های پرخطر بود. این نتیجه‌گیری با بدنه وسیعی از ادبیات علمی همسو است که بر نقش حیاتی مشارکت فعال بیمار در مدیریت بیماری‌های مزمن و حاد تأکید دارد.³ همانطور که مطالعات پیشین نشان داده‌اند، موفقیت در مدیریت بیماری‌های طولانی‌مدت، مستلزم آن است که بیمار از یک دریافت‌کننده منفعل مراقبت، به یک شریک فعال در فرآیندهای درمانی تبدیل شود. یافته‌های ما این اصل را به حوزه حساس مراقبت‌های پس از جراحی‌های پرخطر تعمیم می‌دهد و نشان می‌دهد که خودمراقبتی، فراتر از یک توصیه، یک ضرورت بالینی برای بهبود نتایج روانشناختی است.

توانمندسازی بیمار، که هدف آن تجهیز فرد به دانش، مهارت و خودآگاهی برای مدیریت بیماری است، به عنوان یک رویکرد محوری در مراقبت‌های بهداشتی مدرن شناخته می‌شود.⁸ نتایج ما به طور تجربی نشان داد که اجرای یک الگوی خودمراقبتی به طور مستقیم به ارتقای ابعاد چهارگانه توانمندسازی روانشناختی (معناداری، شایستگی، خودتعیینی و تأثیر) منجر می‌شود.

این مکانیسم را می‌توان اینگونه تبیین کرد: زمانی که بیمار در مورد وضعیت خود آموزش می‌بیند (کسب دانش)، احساس شایستگی بیشتری برای مدیریت علائم می‌کند. وقتی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان خود مشارکت داده می‌شود (کسب مهارت)، احساس خودتعیینی و کنترل او بر زندگی‌اش افزایش می‌یابد. مشاهده تأثیر مثبت اقدامات خودمراقبتی بر روند بهبودی، به تقویت احساس تأثیرگذاری منجر شده و درک عمیق‌تر از چرایی انجام این مراقبت‌ها، به زندگی بیمار معنا می‌بخشد. این رویکرد، که بر ابعاد انگیزشی، روانشناختی و رفتاری بیمار تأکید دارد، با یافته‌های فانل و اندرسون⁹ که توانمندسازی را

توانمند سازی بیماران، برگزاری کلاس‌های آموزشی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

مسئولین و دست اندرکاران امور مربوطه می‌توانند با استفاده از یافته‌های این پژوهش در جهت برنامه‌ریزی درست برای استفاده از الگوهای پرستاری در زمینه کنترل بیماری‌ها و علایم همراه آن استفاده کنند، تا علاوه بر کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، باعث تسکین علایم و کنترل این بیماری گردند و در این بین استفاده از الگوی خود مراقبتی اورم بسیار کمک کننده می‌باشد.

با توجه به اینکه تمام بیماران از سطح سواد یکسانی برخوردار نیستند، در این زمینه می‌توان در برنامه‌های ارتقای سلامت، توجه بیشتری به امر خودمراقبتی بیماران با سطح سواد پایین‌تر داشت و برنامه‌هایی متناسب با سطح سواد آنان ارائه داد.

پیشنهادهای تحقیق

با توجه به نتایج فرضیه‌های پژوهش و تأثیر خودمراقبتی و ابعاد آن بر توانمندسازی و ابعاد آن در بیماران بستری در بیمارستان و اهمیت این دو متغیر موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

1- با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، بکارگیری الگوهای خودمراقبتی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مربوط به بیماری‌های مزمن، می‌تواند نقش مهمی را در افزایش سطح سلامت جامعه داشته باشد. توصیه می‌شود این مطالعه در سطح وسیع‌تر و در سایر انواع بیماری‌ها انجام و نتایج مورد بررسی قرار گیرد.

2- از آنجا که رفتارهای خودمراقبتی نقش بسیار مهمی در پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری و افزایش طول عمر بیماران دارد، لازم است پرستاران هنگام انجام مداخلات درمانی با بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران، نیازهای مراقبتی آنها را شناسایی نموده و با همکاری سایر اعضای گروه درمانی، آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای را به منظور ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران تدوین و اجرا نمایند.

3- با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، توانمندسازی به عنوان یکی از عوامل مهم تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران است؛ لذا جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و احساس توانایی و توانمندسازی

یک دریافت‌کننده خدمات است، به مدلی مشارکتی که در آن بیمار به عنوان یک عضو فعال و توانمند در تیم مراقبتی خود شناخته می‌شود.

بر اساس این نتایج، پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

پیشنهاد بالینی: توصیه می‌شود پروتکل‌های آموزش به بیمار در بخش‌های جراحی، بر اساس الگوهای نظری معتبر مانند الگوی اورم بازنگری و تدوین شوند. برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای پرستاران جهت کسب مهارت در ارزیابی نیازهای خودمراقبتی و ارائه آموزش‌های فردی‌سازی‌شده، امری ضروری است.

پیشنهاد پژوهشی: انجام مطالعات آتی با طراحی طولی برای بررسی پایداری اثرات خودمراقبتی بر توانمندسازی در بلندمدت پیشنهاد می‌شود. همچنین، اجرای پژوهش‌های کیفی می‌تواند به درک عمیق‌تر تجربیات و چالش‌های بیماران در مسیر خودمراقبتی کمک کند.

با توجه به نتایج فرضیه‌های پژوهش و تأثیر خودمراقبتی و ابعاد آن بر توانمندسازی و ابعاد آن در بیماران بستری در بیمارستان و اهمیت این دو متغیر موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، بکارگیری الگوهای خودمراقبتی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مربوط به بیماری‌های مزمن، می‌تواند نقش مهمی را در افزایش سطح سلامت جامعه داشته باشد. توصیه می‌شود، این مطالعه در سطح وسیع‌تر و در سایر انواع بیماری‌ها انجام و نتایج مورد بررسی قرار گیرد.

از آنجا که رفتارهای خودمراقبتی نقش بسیار مهمی در پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری و افزایش طول عمر بیماران دارد، لازم است پرستاران هنگام انجام مداخلات درمانی با بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران، نیازهای مراقبتی آنها را شناسایی نموده و با همکاری سایر اعضای گروه درمانی، آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای را به منظور ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران تدوین و اجرا نمایند.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، توانمندسازی به عنوان یکی از عوامل مهم تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران است؛ لذا جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و احساس توانایی و

بیماران، برگزاری کلاس‌های آموزشی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

4- مسئولین و دست‌اندرکاران امور مربوطه می‌توانند با استفاده از یافته‌های این پژوهش در جهت برنامه‌ریزی درست برای استفاده از الگوهای پرستاری در زمینه کنترل بیماری‌ها و علایم همراه آن استفاده کنند تا علاوه بر کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، باعث تسکین علایم و کنترل این

بیماری گردند و در این بین استفاده از الگوی خود مراقبتی اورم بسیار کمک کننده می‌باشد.

5- با توجه به اینکه تمام بیماران از سطح سواد یکسانی برخوردار نیستند، در این زمینه می‌توان در برنامه‌های ارتقای سلامت، توجه بیشتری به امر خودمراقبتی بیماران با سطح سواد پایین‌تر داشت و برنامه‌هایی متناسب با سطح سواد آنان ارائه داد.

References:

1. World Health Organization. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001; 24(3): 561-87.
3. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003; 26(1): 1-7.
4. Rankin SH, Stallings KD, London F. *Patient Education in Health and Illness*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
5. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012; 35(3): 194-204.
6. Verbrugge LM, Aschione FJ. Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Med Care*. 1987; 25(6): 539-69.
7. Scott JW, Olufajo OA, Brat GA, Rose JA, Zogg CK, Haider AH, et al. Use of national administrative databases for understanding the burden of emergency general surgery. *JAMA Surg*. 2016; 151(7): e160480.
8. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007; 66(1): 13-20.
9. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes*. 2004; 22(3): 123-7.
10. Mohseni Pooya, Hossein; Majlesi, Fereshteh and Davood Shojaeizadeh, Abbas Rahimi Foroshani, (2017) The effect of educational intervention based on the Pandever health promotion model on patients' self-efficacy regarding self-care behaviors after heart surgery *Journal of Nursing Research*, No. 48.
11. Bigdali, Mohammad Ali; Hashemi Nazari, Seyed Saeed; Khodakarim, Soheila; Boroudi, Hamid; Mafi, Hadi; Jafari, Zahra; Zakai, Fariba; Javadipour, Samir. (2015). Investigating factors related to self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. Volume 25, No. 125, June 2015. (72-61).
12. Behzad, Yousef; Bastani, Farideh; Haqqani, Hamid. (2015). The effect of an empowerment program based on telephone follow-up (telenursing) on self-efficacy in self-care behaviors in elderly people with hypertension. *Journal of the Faculty of Nursing and Midwifery*. Volume 13, No. 11, Pages 1004-1015.
13. Nouhi, Esmat. (2015). The effect of applying the Orem self-care model on cognitive ability and self-care performance of patients hospitalized in the internal cardiac ward of Imam Reza Hospital, Sirjan. *Journal of the Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia*. Volume 13, No. 11, Pages 945-952.
14. Nemati, Shadman; Banan, Rahmatollah and Ehsan Kazemnejad, (2013) A study of post-tracheostomy care in hospitals in Rasht, *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, No. 86.
15. Chunhua Ma. (2018). An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung*, in press, corrected proof, Available online 1 February.
16. Anne Reb, Nora Ruel, Marwan Fakihi, Lily Lai, Virginia Sun (2017). Empowering survivors after colorectal and lung cancer treatment: Pilot study of a Self-Management Survivorship Care Planning intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, Volume 29, August 2017, Pages 125-134.
17. Soo Kyung Park. (2017). Factors affecting self-care behavior in Koreans with COPD. *Applied Nursing Research*, Volume 38, December 2017, Pages 29-37.
18. Abtahi, Seyed Hossein; Abesi, Saeed. (2007). Employee empowerment. Institute of Management Research and Education, Tehran.
19. Khan Alizadeh, Roghieh; Kardanaei, Asadolah; Fani, Ali Asghar; Meshbaki, Asghar (2009). The relationship between empowerment and organizational learning (case study: Tarbiat Modares University). *Research paper on change management*, second year; issue 3, pp. 35-20.
20. Craig PM, Lindsay GM. (2000). *Nursing for public health*. 1st ed. New York: Harcourt publishers limited.
21. Funnell MM, Anderson RM, Arnolds M, Donnelly M, Taylor-Mood D. (2009). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*. 2009; 17(1): 37-41.
22. Sung-Ching Pan, Kuei-Lien Tien, I-Chen Hung, Yu-Jiun Lin, Ya-Ling Yang, Ming - Chin Yang, et al (2013). Patient empowerment in a hand hygiene program: Differing points of view between patients/family members and health care workers in Asian culture. *American Journal of Infection Control* 2013; 41: 979-83.
23. Thomas, Kenneth W. & A. Betty Velthouse (2000), Cognitive Element of Empowerment: An Interpretive Model of Intrinsic Task Motivation, *Academy of Management Journal*.

24. Abolhasani, Farid. (2004). Health program management (systematic approach to improving the effectiveness of health programs). For tomorrow. First edition.
25. Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. 9th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2017. Chapter 12, Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing; p. 230-47.
26. Clark M, Hampson SE, Avery L, Simpson R. Effects of a very low-calorie diet on symptoms, psychological well-being and successful weight loss in obese patients. J Hum Nutr Diet. 2000; 13(5): 331-8.