

تبیین مفهوم خودکنترلی مراقب عضو خانواده بیمار مزمن مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور: تحلیل محتوای کیفی هدایت شده

لیلا نیکروز^۱، فاطمه الحانی^{۱*}، عباس عبادی^۲، انوشیروان کاظم‌نژاد^۳

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: خودکنترلی، سازمان‌دهی پاسخ‌های شناختی و احساسی به منظور ارایه رفتار مداوم و انطباقی با استانداردهای ایده‌آل در اهداف بلند مدت است. با توجه به بار مراقبتی بالای بیماران مزمن، مطالعه حاضر با هدف تبیین مفهوم توسعه یافته خودکنترلی مراقب عضو خانواده بیمار مزمن مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور انجام یافته است.

روش بررسی: داده‌ها از مصاحبه عمیق نیمه ساختار با ۲۶ مشارکت‌کننده (۱۹ مراقب عضو خانواده، چهار پرستار، سه بیمار مزمن) از خرداد ۹۵ تا مرداد ۹۶ در جنوب غربی ایران جمع‌آوری و با تحلیل محتوای هدایت شده تحلیل شد. ضبط مستندات، توصیف دقیق جزئیات، بازنگری مشارکت‌کنندگان و ناظران، حداکثر تنوع مشارکت‌کنندگان، به منظور صحت و دقت داده‌ها مورد توجه بود.

یافته‌ها: خودکنترلی تعالی بخش مراقب عضو خانواده در چهار بعد «بصیرت مراقب»، «اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت»، «پذیرش بار مراقبت» و «ارایه مراقبت متعهدانه» تبیین شد. مراقب با پیش‌بینی خطرات احتمالی ایفای نقش مراقبت و شناخت عمیق شرایط مراقبت ضمن توجه به نتیجه مراقبت و فضیلت آن، بار مراقبت را از طریق مثبت‌اندیشی و مصلحت‌اندیشی پذیرفته و متواضعانه ضمن برخورداری از تجربه مراقبتی با صلاحیت، «مراقبتی متعهدانه» را ارایه می‌نماید.

نتیجه‌گیری: تبیین مفهوم خودکنترلی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور در عرصه واقعی، سبب شناخت واضح این مفهوم شده و زمینه ساز انجام «مراقبت متعهدانه» توسط مراقبان عضو خانواده بیماران مزمن و در نتیجه کاهش بار کاری در بالین خواهد شد.

نویسنده مسؤول: فاطمه

الحانی؛ دانشکده علوم

پزشکی، دانشگاه تربیت

مدرس، تهران، ایران

e-mail:

alhani_f@modares.

ac.ir

واژه‌های کلیدی: بیماری مزمن، مراقب عضو خانواده، خودکنترلی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، تحقیق کیفی

– دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۸ – پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ – انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۶/۱۷

مقدمه

افزایش روزافزون شیوع و هزینه‌های بستری در بیماری‌های مزمن سبب توجه به نقش خدمات خانواده محور در بخش سلامت و جهت‌دهی مراقبت بیماران مزمن به اعضای خانواده و دوستان در خانه شده است (۱). در مطالعه Lefranc و همکاران برآورد ارزش

خدمات مراقبان خانواده در انگلستان، بیش از بودجه خدمات بهداشت ملی گزارش شده است (۲). اکثر خانواده‌های ایرانی نیز به دلیل هزینه بالای مراکز خصوصی مراقبت، تعداد نامناسب مراکز توانبخشی دولتی و ضعف برنامه‌های رسمی پیگیری پس از ترخیص، مسؤولیت عمده مراقبت از بیماران خود را بر عهده می‌گیرند (۳). یافته‌های ابوزاده گتایی و همکاران نشان داد اعضای خانواده به عنوان مراقبان

۱- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲- گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۳- گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

برای دستیابی به زندگی سالم‌تر، موفق‌تر و رضایت‌بخش‌تر در جامعه است (۱۱). مراقبان در صورت داشتن مهارت خودکنترلی، دارای ویژگی لازم به منظور کنترل هیجانات در موارد حاد و اورژانسی در برخورد با بیمار می‌شوند و قادر به پیشگیری از واکنش‌های متعدد روانی از جمله اختلالات اضطرابی و تنیدگی ناشی از آن خواهند شد (۱۲ و ۹).

تقویت خودکنترلی نیاز به شناخت ارزش‌ها و توانایی‌های موجود در انسان دارد. با شناخت ارزش‌ها، فرد می‌تواند متناسب با ارزش‌های درونی خود برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و هدف‌گذاری داشته و با چشم‌انداز غایت‌گرا بر خود مدیریت کند و یا به عبارت دیگر خودکنترلی داشته باشد (۱۳). تأثیر فرهنگی بر تجارب مراقبان غیررسمی گزارش شده است. ارزش‌ها و تفاوت‌های فرهنگی - قومیتی بر عناصری از قبیل هنجارهای مسئولیت‌پذیری عضو خانواده، درک بار مراقبتی و استفاده از منابع جامعه اثرگذار است (۱۴). در فرهنگ اسلامی - ایرانی که خانواده از جایگاه والایی برخوردار می‌باشد، استفاده از مدل‌های بومی خانواده محور مبتنی بر زمینه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور برای مقابله موفق با مشکلات مناسب است. از آنجا که کنترل رفتار شخص با احساس مؤثر بودن بیش‌ترین ارتباط را دارد، لذا می‌تواند از جمله عوامل تأثیرگذار بر احساس توانمندی فرد به شمار آید (۱۵). در مطالعه Sakanashi و Fujita «کنترل مثبت ذهن و جسم» یکی از ابعاد توانمندی مراقبان خانوادگی تعریف شده است (۱۶). افراد برای توانمند شدن به تشخیص و

غیررسمی بدون آموزش حرفه‌ای، به صورت رایگان طی یک دوره بیماری یا ناتوانی، بیش‌ترین درگیری را در امر مراقبت و کمک به مددجو، به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن، به عهده دارند (۴). تعهد و مسؤولیت مراقبان برای حفظ زندگی بیمار باعث پیشی گرفتن تقاضاها و نیازهای زیستی، اجتماعی و روانی بیمار بر نیازهای مراقب می‌شود و در طولانی مدت این فشار مراقبتی تأثیر منفی بر جنبه‌های روانی، جسمی و اجتماعی مراقبت‌کنندگان خانوادگی می‌گذارد (۵). واماندگی روانی، شناختی و مراقبتی به عنوان دغدغه اصلی مراقبان عضو خانواده مطرح شده است (۶). این عوامل به نوبه خود سبب اختلال در روابط خانوادگی به همراه کاهش توانایی مراقب برای ادامه مراقبت مطلوب و نهایتاً رها کردن بیمار خواهد شد (۵). بنابراین مراقبان نیاز به استفاده از مهارت‌هایی دارند که آن‌ها را در مراقبت از بیمار و سازگاری با نقش مراقبتی یاری دهد (۷).

خودکنترلی به عنوان یکی از معیارهای سازگاری معرفی شده است (۸). خودکنترلی «توانایی تنظیم احساسات، افکار و رفتار فرد در مواجهه با هیجانات منفی است. به عبارت دیگر خودکنترلی مهارت ارزیابی آگاهانه عملکرد، سازمان‌دهی و اصلاح پاسخ‌های شناختی و احساسی به منظور کمک به تداوم رفتار انطباقی برای دستیابی به اهداف و منافع بلند مدت» است (۹ و ۱۰). خودکنترلی، پیامدهای مثبتی مانند کنترل انواع موقعیت‌های دشوار در زندگی را به دنبال دارد (۹). Baumeister و همکاران معتقدند خودکنترلی راهی امیدوارکننده

فهم نقاط ضعف خود، احساس قدرت کافی برای تغییری که قرار است ایجاد شود و احساس توان تغییر موقعیت با داشتن اطلاعات، حمایت و مهات‌های زندگی که وضعیت فرد را بهبود می‌بخشد نیاز دارند. الگوی توانمندسازی خانواده محور (Family-Centered Empowerment Model: FCEM)، یک الگوی طراحی شده بومی مبتنی بر فرهنگ جامعه ایرانی در زمینه توانمندسازی سیستم بیمار، اعضای خانواده و کلیه افرادی است که در فرآیند سلامتی/بیماری فرد نقش دارند (۱۷).

در این الگوی توانمندسازی خانواده محور افراد با افزایش تهدید درک شده، خودباوری و خودکارآمدی با خودکنترلی رفتاری، رفتارهای پیشگیرانه را به منظور ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی اتخاذ می‌کنند، به عبارت دیگر افراد با افزودن شناخت، مهارت و ایجاد انگیزه مثبت، خود را به خودباوری می‌رسانند و با جزئی کردن مهارت‌های پیشگیری در اثر تمرین و تشویق، شاهد افزایش خودکارآمدی خودشان می‌شوند در نهایت افراد با تصمیم‌گیری و کنترل بر سلامتی خود ایفای نقش می‌کنند. توانمندسازی به بهبود کیفیت زندگی، مسؤولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسؤولان بهداشتی، رضایتمندی، پیشگیری از عوارض و کاهش هزینه‌های درمان منجر می‌شود (۱۷).

الگوی توانمندسازی خانواده محور حاصل تحقیق کیفی - کمی از نوع نظریه زمینه (Grounded Theory) توسط الحانی و همکاران می‌باشد که پس از طراحی مدل،

کارآمدی آن طی مطالعه نیمه تجربی سنجش شده است (۱۸). در بیش از چهل مطالعه نیمه تجربی، کارآمدی این مدل برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن و توانمندی اعضای خانواده بیماران از جمله دیابت، آنمی فقر آهن، تالاسمی، هموفیلی، آسم، انفارکتوس قلبی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری جراحی عروق کرونر، پرفشاری خون، سکته مغزی، آنژین صدری، بیماران همودیالیزی و بیماران نارسایی کلیه، تجربه شده است (۱۹). همچنین کارآمدی این مدل در ارتقای توانمندی اعضای خانواده بیماران مانند کنترل بار مراقبت سنجش و تأیید شده است (۳). مفاهیم الگوی توانمندسازی خانواده محور شامل تهدید درک شده، خودباوری، خودکارآمدی و خودکنترلی است. مفهوم تهدید درک شده که خود شامل دو زیرمفهوم شدت درک شده (فرد با شناخت نسبت به عوارض و خطرات ناشی از بیماری و یا یک موقعیت، میزان جدی بودن آن را درک کرده و نسبت به آن بیماری یا موقعیت احساس خطر کند) و حساسیت درک شده (فرد با شناخت نسبت به موقعیت و وضعیت خودش و تعریف صحیح از سلامت با توجه به فرآیند بیماری نسبت به ابتلا به عوارض احساس خطر کند). است. مفهوم خودباوری درجه تصویب، تأیید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خود احساس می‌کند. این احساس ممکن است در مقایسه با دیگران و یا مستقل از آنان باشد. به عبارت دیگر خودباوری، باور به ارزشمند بودن در حل مشکلات و تغییر موقعیت در جهت بهبودی با مشارکت در برنامه مراقبتی می‌باشد.

درک شده کافی، با خودباوری توانایی کنترل بر موقعیت را به دست می‌آورند (۱۷). در مطالعه حاضر مفهوم خودکنترلی یکی از مفاهیم توسعه یافته الگوی توانمندسازی خانواده محور مبتنی بر تجارب مراقب عضو خانواده بیمار مزمن است. شناخت اجزای مفهوم خودکنترلی مراقب عضو خانواده می‌تواند با زمینه‌سازی برای مداخلات مناسب، زمینه بهبود و رشد کیفیت مراقبت خانوادگی را تسهیل نماید. پرستاران به عنوان خط مقدم افراد حرفه‌ای در حمایت از مراقبان بیماری مزمن، نیاز به اطاعات واضح و درک تجارب خانواده در مراقبت طولانی مدت از بیمار مزمن دارند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین مفهوم خودکنترلی براساس تجارب درک شده مراقبان عضو خانواده‌های دارای بیمار مزمن مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، انجام یافته است.

روش بررسی

تحلیل محتوای کیفی با هدف آرایه دانش و درک پدیده مورد مطالعه، بر محتوای متن، در چارچوب زمینه‌ای تمرکز می‌کند و به عنوان روشی برای تفسیر ذهنی اطلاعات متنی از طریق فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک کدگذاری و شناسایی تم‌ها یا الگوها تعریف شده است (۲۰). در مطالعه حاضر به منظور شناسایی عمیق تجربیات مراقب عضو خانواده مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده (Directed content analysis) استفاده شد. در فرآیند تحلیل داده‌ها مبتنی بر نظریه یا

خودکارآمدی در دو حیطة احساس خودکارآمدی و خودکارآمدی بیان شده است. احساس خودکارآمدی به انتظار فرد از خود در توان انجام کار و احساس توانایی مقابله موفقیت‌آمیز در ابتلا به عوارض اشاره دارد و خودکارآمدی به اعتقاد شخص در توانایی انجام کار یا مهارت خاصی است. مفهوم خودکنترلی به دو محور درونی و بیرونی بودن محور کنترل اشاره دارد، درونی بودن محور کنترل سبب افزایش احساس مسئولیت فرد نسبت به رفتارهایش می‌شود. در محور کنترل بیرونی، افراد رویدادها را مرتبط با شانس، تصادف و تحت تأثیر موقعیت‌ها و نیروهای پیچیده خارجی دانسته و خود را مسؤول نمی‌دانند. در این الگو بر نقش افراد در سه حیطة انگیزشی، روان‌شناختی و عملکردی تأکید شده است. یکی از فلسفه‌های زیربنایی مدل توانمندسازی خانواده محور مبتنی بر فلسفه اصیل اسلام (برگرفته از سوره رعد/آیه ۱۱) اهمیت نقش انسان در تغییر سرنوشت خویش است، در این راستا فرد با تقوا با کنترل تمایلات و دوری از موارد غیرمنطقی و با تسلط بر عوامل خارجی نامناسب، مسایل خود را اداره می‌کند. انسان با دقت بر اعمال خویش، مسئولیت اعمال و مقاومت در مقابل محیط نامطلوب را می‌پذیرد. دیگر فلسفه‌های زیربنایی الگوی توانمندسازی خانواده محور شامل «نظریه عمومی سیستم‌ها» (Bertalanffy)، «نظریه سیستمی خانواده»، «نظریه علم انسان» (Martha Rogers) و «نظریه قدرت» (Barrett) است که افراد از طریق تعاملات سیستمی بین خود، خانواده و محیط اطراف با احساس قدرت

تحصیلات، نوع بیماری، مدت مراقبت، نسبت فامیلی با بیمار انتخاب شدند.

جمع‌آوری داده‌ها از خرداد ۹۵ تا مرداد ۹۶ با مصاحبه عمیق چهره به چهره و نیمه ساختار با هدف کشف تجربیات مشارکت‌کنندگان در یک فضای آرام انجام یافت. بعد از مرحله آشنایی و سؤالات گرم‌کننده، مصاحبه براساس رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده با رویکرد Hsieh و Shannon (۲۰) با یک سؤال باز کلی، «لطفاً تجارب خود را در مراقبت از بیمارتان توضیح دهید» یا «لطفاً در مورد یک روز مراقبت از بیمارتان را شرح دهید»، آغاز می‌شد. روند مصاحبه نیمه ساختار یافته با سؤالات هدفمند و مرتبط با مفاهیم اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور (تهدید درک شده، خودکارآمدی، خودباوری و محور کنترل) تا اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. برای دستیابی به اشباع اطلاعات، ۲۸ مصاحبه (دو مصاحبه مجدد با دو نفر از مراقبان) با ۲۶ مشارکت‌کننده انجام یافت. معیار اصلی مدت زمان مصاحبه میزان تحمل، اطلاعات، تمایل و توافق مشارکت‌کنندگان بود. میانگین مدت زمان مصاحبه در مطالعه $42 \pm 6/7$ دقیقه بود.

طی مصاحبه نیمه ساختار یافته سؤالاتی از مراقب عضو خانواده در راستای مفاهیم الگو پرسش شد و به صورت کاوشی اطلاعات و تجارب مربوط به ماهیت بیماری مانند خطرات، عوارض، همچنین تأثیر بر روند زندگی بیمار و چگونگی مراقبت و ایفای نقش مراقبت پرسش شد. در راستای مفهوم تهدید درک شده با تمرکز بر ماهیت بیماری سؤال شد: بیماری

الگوی موجود با تحلیل محتوای هدایت شده ممکن است کدهای اضافی توسعه یافته و طرح اولیه تجدیدنظر یا تصحیح گردد (۲۰).

مطالعه در شهرستان‌های استان کهگیلویه و بویراحمد در جنوب غربی ایران در محیط‌هایی شامل کلینیک‌های تخصصی، بیمارستان، محیط خانه و سایر محیط‌ها مانند مسجد و مطب پزشکی انجام یافت. جامعه مطالعه افراد عضو خانواده دارای تجربه مراقبتی از یک بیمار مزمن بود.

معیارهای ورود شامل تمایل برای شرکت داوطلبانه و آگاهانه در مطالعه، عدم دریافت دستمزد در قبال ازایه مراقبت، داشتن رابطه فامیلی با فرد بیمار دریافت‌کننده مراقبت مبتلا به بیماری‌های شایع در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر شامل سکته قلبی، دیابت، پرفشاری خون، سکته مغزی، آسم و افراد تحت همودیالیز با تجربه حداقل شش ماه و دارای توان انتقال اطلاعات غنی از تجارب مراقبت، بود. محقق با حضور در محیط پژوهش، ضمن معرفی رسمی خود و توضیح هدف مطالعه، مراقب اصلی عضو خانواده را با کمک کارکنان مراکز، بیمار، آشنایان یا خوداظهاری مراقب شناسایی کرده و هماهنگی لازم برای دریافت اطلاعات و مصاحبه حضوری انجام می‌گرفت. ۲۶ مشارکت‌کننده با نمونه‌گیری هدفمند شامل ۱۹ مراقب به عنوان مشارکت‌کننده اصلی، همچنین به منظور تکمیل خلأ اطلاعاتی، چهار پرستار دارای تجربه مراقبت از بیماران مزمن و سه بیمار مبتلا به حداقل یکی از بیماری‌های مزمن، با حداکثر تنوع از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل،

عضو خانواده شما (مادر، پدر و ...) چگونه بیماری است؟ سؤالات مرتبط با مفهوم خودکارآمدی به سمت توانایی انواع مهارت‌های مراقبتی، چگونگی مدیریت مشکلات مراقبت و تحمل بار مراقبت هدایت شد. در راستای مفهوم خودباوری تمرکز بر دریافت اطلاعات از نوع احساس مراقب نسبت به خود در انجام مراقبت از بیمار بود. سؤالاتی مرتبط با مسؤولیت‌پذیری افراد و عوامل تأثیرگذار بر آن نیز پرسش شد. جهت کشف زوایای پنهان تجارب مشارکت‌کنندگان و عمق بخشیدن به مصاحبه از سؤالات کاوشی و صحبت‌های خود مشارکت‌کنندگان نظیر «لطفاً در مورد احتمال مرگ ناشی از بی‌احتیاطی مراقب، نداشتن شرایط مراقبت، ترس از عدم مراقبت صحیح، از دست دادن کنترل و ...» پیش‌تر توضیح دهید؟ استفاده شد.

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، تحلیل محتوی هدایت شده با رویکرد Hsieh و Shannon انجام یافت (۲۰). طبق این رویکرد مفاهیم کلیدی شناخته شده الگوی توانمندسازی خانواده محور به عنوان طبقه‌بندی اولیه در نظر گرفته شد. در مرحله بعد، تعاریف عملیاتی مفاهیم طبق الگوی توانمندسازی خانواده محور برای هر طبقه استخراج شدند. تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر تمام متن مصاحبه، برای دستیابی به یک حس کلی از موضوع توانمندی آغاز شد. سپس کل متن مصاحبه به صورت کلمه‌ای و دقیق خوانده شد. کدها براساس شباهت مفهومی در طبقات از قبل شناسایی شده الگو جای گرفتند و بسته به گستره و روابط منطقی داده‌ها در طبقات، مفاهیم زیرطبقات شکل گرفتند. داده‌هایی

که در طبقات اصلی الگو جای نگرفتند در یک طبقه جدید بدون نام جایگزین شدند. با بازبینی مکرر داده‌ها، طبقات جدید نیز براساس محتوای کدها نام‌گذاری و با ادامه تحلیل زیرطبقات آن‌ها نیز مشخص شد. در گام بعد تعاریف اولیه عملیاتی تبیین شد.

به منظور صحت و استحکام داده‌ها (Trustworthiness)، از طریق بازبینی و تأیید نمونه‌ای از متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان (Member check) (شامل سه نفر مراقب عضو خانواده بیمار مزمن و یک نفر پرستار بالینی با تجربه کاری در مراقبت از بیمار مزمن) و بازبینی روند تحلیل داده‌ها توسط دو نفر از محققان پرستاری با سابقه کار کیفی (Peer check)، همراه با درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged engagement) با فرآیند تحقیق اعتبار مطالعه (Credibility) کنترل شد. انتقال‌پذیری (Transferability) داده‌ها با انتخاب حداکثر تنوع در مشارکت‌کنندگان و توصیف دقیق جزئیات مطالعه به منظور شفافیت روند مطالعه انجام یافت. قابلیت اطمینان (Dependability) با تحلیل مقایسه‌ای مستمر داده‌ها و به‌کارگیری مثلث‌سازی (Triangulation) منابع داده‌ها از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان اصلی و فرعی بررسی شد. در نهایت به منظور تأییدپذیری (Confirmability)، مستندات در طول زمان ضبط شد. در فرآیند کدنویسی و طبقه‌بندی انسجام روش‌شناسی، بازنگری ناظرین (External check) همراه با موافقت تیم تحقیق (Peer debriefing) مورد توجه بود.

هماهنگی‌های لازم جهت کسب مجوز اداری انجام یافت. کد اخلاق

شد (جدول شماره ۲).

در این مطالعه مراقب عضو خانواده «خودکنترلی تعالی بخش مراقب» را با کسب نگرش بصیرت محور و اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت، بار مراقبت را پذیرفته و مراقبت متعهدانه را به بیمار ارایه می‌دهد، به طوری که مراقب عملاً با پیش‌بینی خطرات احتمالی ایفای نقش و شناخت عمیق شرایط جانبی مراقبت «با تمرکز بر نتیجه مراقبت و دیدگاه فضیلت محور در مراقبت، از طریق مثبت‌اندیشی و مصلحت‌اندیشی، متواضعانه همراه با احساس صلاحیت، مراقبت متعهدانه را ارایه می‌نماید».

اولین طبقه از مفهوم خودکنترلی تعالی بخش مراقب «بصیرت مراقب» است که از دو زیرطبقه «پیش‌بینی خطرات احتمالی ایفای نقش مراقبت» و «شناخت عمیق از شرایط جانبی در مراقبت» شکل گرفت.

پیش‌بینی خطرات احتمالی ایفای نقش مراقبت اولین زیرطبقه مفهوم «بصیرت مراقب» است که از دو زیرطبقه فرعی نگرانی از خطر آسیب احتمالی به بیمار و آسیب احتمالی به خودمراقب شکل گرفته است.

مراقب آسیب احتمالی به بیمار را در مواجهه با پیامدهای ناگواری مثل کاهش امید به زندگی، افزایش وابستگی و مرگ با پیشرفت یا تشدید بیماری ناشی از مراقبت ناکافی و از دیگر سو آسیب و تهدیدات احتمالی به خود مراقب به علی مثل فرسودگی ناشی از مراقبت، قضاوت نادرست اطرافیان، افزایش بار مراقب و احساس کفایت ناکافی در ایفای نقش مراقبت را پیش‌بینی می‌کند. بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در مورد پیش‌بینی خطرات

IR.TMU.REC.1395.330 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه دریافت شد. به منظور دریافت رضایت آگاهانه، اهداف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان بیان شد. از اسم مستعار و کد در گزارش اطلاعات استفاده شد. مکان مصاحبه با موافقت مشارکت‌کنندگان تعیین شد و از مشارکت‌کنندگان جهت ارایه اطلاعات قدردانی شد. حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از مطالعه در زمان دلخواه و حفظ محرمانگی نیز در نظر گرفته شد. برای انتشار نتایج حاصل از پژوهش تلاش شده و خواهد شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مصاحبه کیفی با ۲۸ مصاحبه وارد مرحله تحلیل شدند. ۴۲٪ (۸ نفر) مراقبان عضو خانواده بیمار مزمن مرد، ۴۷٪ (۹ نفر) مجرد بودند. ۷۸٪ (۱۵ نفر) مراقبان همراه با بیمار زندگی می‌کردند. ۲۶٪ (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. مراقبان در محدوده سنی ۲۱ تا ۶۰ سال با میانگین سنی (39 ± 3) دارای تحصیلات متفاوت از بی‌سواد تا کارشناس، با تجربه مراقبت از بیمار مزمن بین ۶ ماه تا ۲۵ سال (با میانگین $7 \pm 1/5$) در نقش‌های مختلف فرزند، همسر، نوه از هر دو جنس و عروس خانواده در این مطالعه حضور داشتند (جدول شماره ۱).

با مرور مکرر داده‌ها حاصل از تجارب مراقبان عضو خانواده با بیماری‌های مزمن موردنظر، مفهوم «خودکنترلی تعالی بخش مراقب» به عنوان درون‌مایه اصلی در چهار مفهوم شامل بصیرت مراقب، اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت، پذیرش بار مراقبت و ارایه مراقبت متعهدانه به عنوان طبقات اصلی تبیین

در مورد شناخت شرایط مراقبت، مراقب از شرایطی مثل سن، سطح سواد و تجربه بیمار، تأثیر شرایط فرهنگی بیمار و خانواده، کمبود امکانات و نیازهای مراقبتی بیمار آگاهی دارد. شرکت‌کنندگان در این زمینه این‌گونه تجربه خود را بیان کردند. «بیمار ما به علت حیا ضمن این که همکاری نمی‌کند، مخالفت هم می‌کند، با هزار مشقت باید مراقبت را انجام دهیم» (کد ۱۷). «باید با بیمار کنار بیام چون آدم مسن همین طوری است، با یک حرف بی‌اهمیت ناراحت می‌شود» (کد ۱۸). «در خانواده افکار در مورد مراقبت درست متفاوت است. مثلاً در اجتماع ما شاید خیلی پسندیده نباشد که یه مرد ۵۰ ساله مادرش را حمام دهد، شاید به نظر زشت هم بیاید. یا این که برخی تلاش می‌کنند از تخلیه احساسات و گریه بیمار در شرایط استرس جلوگیری کنند» (کد ۴).

به طور کلی یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که مراقب عضو خانواده بیمار مزمن با بینش عمیق ضمن پیش‌بینی و نگرانی از آسیب و تهدیدات احتمالی زندگی بیمار و خود در مراقبت، با شناخت شرایط، محدودیت‌ها و نیازها شرایط مراقبت را رصد می‌کند (جدول شماره ۳).

دومین طبقه از مفهوم «خودکنترلی تعالی بخش مراقب» اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت است که از دو زیرطبقه شامل مراقبت نتیجه محور و مراقبت فضیلت محور شکل گرفت.

مراقب عضو خانواده بیمار مزمن با عاقبت اندیشی در مراقبت به قصد دستیابی به بهبودی بیمار و احساس خشنودی خود به دنبال حفظ حیات بیمار و رضایتمندی خانواده،

احتمالی ایفای نقش مراقبت چنین بود. «ممکن است با کوچک‌ترین بی‌احتیاطی در مراقبت، بیمار فوری از بین برود و اگر ما بیمار را دکتر نبریم، دیگران می‌گویند خسیس و بی‌لیاقت است که بیمار را به پزشک نشان نمی‌دهد» (کد ۱۷). «اگر در اثر بی‌توجهی بیمار زمین‌گیر شود. همه خانواده برای مراقبت تحت فشار هستند و توانایی کنترل خود را نداریم» (کد ۱۹). «اگر من تنها باید از بیمار مراقبت می‌کردم. خیلی کم می‌آوردم خیلی زود جا می‌زدم و تا این اندازه از بیمار مراقبت نمی‌شد» (کد ۱۵).

شناخت عمیق از شرایط جانبی مراقبت: دومین زیرطبقه از مفهوم «بصیرت مراقب» است که دارای دو طبقه فرعی شناخت محدودیت‌های خود در مراقبت و پیامدهای آن به همراه شناخت شرایط مراقبت می‌باشد.

مراقب عضو خانواده بیمار مزمن از نداشتن شرایط مراقبت مثل فرصت، هزینه، توانایی جسمی و علم مراقبت، همچنین از عملکرد اشتباه طی مراقبت تجربی بدون آموزش، و احتمال اعتراض خانواده و جامعه در بی‌توجهی به انجام دیگر مسؤولیت‌های خانوادگی و اجتماعی دغدغه‌مند است و توجه دارد. بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در این زمینه به این شکل بود: «من خودم نزدیک به ۹ سال است قند خون دارم. خانه‌دار هستم درآمد ندارم. به من که مراقبش هستم بیشتر تر فشار می‌آید» (کد ۱۶). «چون به صورت تجربی بدون دوره آموزشی رسیدگی می‌کنیم، ممکن است اشتباهاتی داشته باشیم» (کد ۴). «خودم کارمند هستم ... اگه تمام وقت مسؤولیت مراقبت را داشته باشم، بقیه اعضای خانواده (زن و بچه‌هام) اعتراض می‌کنند» (کد ۱۱).

رضایت الهی و اجر اخروی، داوطلبانه از افراد مراقبت می‌نماید (جدول شماره ۴).

سومین طبقه از مفهوم خودکنترلی تعالی بخش مراقب «پذیرش بار مراقبت» است که از دو زیرطبقه شامل «مصلحت‌اندیشی در مراقبت» و «مثبت‌اندیشی در مراقبت» شکل گرفته است.

مراقب عضو خانواده بیمار مزمن بر الزام رسیدگی مداوم، به عنوان تنها راه حل مشکلات بیمار تأکید دارد و با تصور دشواری مراقبت به عنوان امتحان ضمن تأکید بر اهمیت پذیرش واقعیت‌های زندگی، مسئولیت‌های مراقبت را از نظر ذهنی با دیدگاه مصلحت‌اندیشی می‌پذیرد. مشارکت‌کنندگان در مورد مفهوم مصلحت‌اندیشی در مراقبت اظهار داشتند «مراقبت مداوم تنها چاره بیماری مزمن و طولانی مدت است» (کد ۱۴). «مراقبت کردن امتحان و مصلحت خدا است و امتحان خدا ساده نیست» (کد ۱۷).

مراقب عضو خانواده بیمار مزمن با خوش‌بینی امیدوارانه معتقد است راه حل برای مشکلات وجود دارد و با آگاهی از همگانی بودن سختی‌ها و توجه به شرایط سخت‌تر دیگر مراقبان، مشکلات مراقبتی خود را کم‌تر و سبک‌تر می‌پندارد. مشارکت‌کنندگان در مورد مثبت‌اندیشی در مراقبت بیان کردند «معتقدم راه حلی برای مشکلات زندگی و مراقبت از بیمار وجود دارد ... دیگر افراد ممکن است در شرایط سخت‌تر از ما از بیمار خود مراقبت کنند» (کد ۴). «وقتی می‌بینم مشکلات دیگر مراقبان از ما بدتر است، با مشکلاتم در مراقبت می‌سازم».

داوطلبانه از عضو بیمار خانواده، مراقبت می‌نمایند. برخی مراقبان بیان کردند: «بار مراقبت را با انگیزه دستیابی به بهبودی بیمارم در حد توان می‌پذیرم» (کدهای ۴، ۱۶ و ۱۹). مشارکت‌کنندگان در این مورد این گونه نقل کردند: «برای زندگی بهتر و خوشحال‌تر شدن بیمارم تلاش می‌کنم» (کد ۱۶). «من از مادرم مراقبت می‌کنم، دوست ندارم مادرم را از دست بدم. حتی زمانی که توانایی‌اش در حد نفس کشیدن باشد» (کد ۷).

مراقب عضو خانواده بیمار مزمن با نگاه فضیلت محور و تمایل فطری در خدمت‌رسانی به اعضای خانواده و انسان‌های نیازمند و توجه به اجر معنوی مراقبت در دنیا و آخرت همراه با جلب رضایت خالق در کنار جلب رضایت بیمار با پذیرش مشکلات مراقبت، در آرامش و داوطلبانه از بیمار مراقبت می‌نماید. مشارکت‌کنندگان در مورد مراقبت فضیلت محور مطرح کردند: «ذاتاً برای خدمت به انسان نیازمند برای دستیابی به سلامتی علاقمند هستم» (کد ۳ و ۴). «از همسرم مراقبت می‌کنم که خدا از من راضی باشد و اموراتم را رو به راه و تسهیل کند» (کد ۳). «به مادرم رسیدگی می‌کنم خداوند در آخرت اجر می‌دهد» (کد ۱۸ و ۸).

در این مطالعه مراقب عضو خانواده بیمار مزمن با عاقبت‌اندیشی در مراقبت به قصد دستیابی به استقلال، خوشحالی و بهزیستی طرفین مراقبت و حفظ حیات، با نگاه فضیلت محور در تمایل فطری برای خدمت به انسان نیازمند و ارزشمند بودن نعمت سلامتی، جلب

حاضرند جان خودشان را بدهند ولی بیمار بد حال و ناراحت نشود» (کد ۲).

مراقبت صلاحیت محور از سه زیرطبقه فرعی «مراقب رشد یافته»، «رضایتمندی متقابل» و «مراقبت ضابطه‌مند» شکل گرفته است. مراقب عضو خانواده بیمار مزمن در نهایت با احساس نزدیکی به خدا در مشکلات مراقبت بدون احساس فشار یا هیجان، به آرامش و ثبات در مراقبت دست می‌یابد. برخی مشارکت‌کنندگان تمایل به مراقبت تا سر حد توان و رضایتمندی را در مراقبت اظهار می‌کنند. مراقب ضمن رعایت اولویت‌بندی در هزینه درمان و مراقبت همراه با تعدیل انتظارات اعضای خانواده در سازش با امکانات موجود برای ارایه مراقبت متعهدانه تلاش می‌کند (جدول شماره ۶). بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در زمینه مراقبت صلاحیت محور به این شکل است: «با انجام مراقبت، آرامش کامل با حفظ حالت طبیعی در هر مرحله‌ای از شادی یا غم را داریم» (کد ۱۷). «در مشکلات مراقبت به خدا نزدیک‌تر شده و ایمانم قوی‌تر می‌شود. بیمار از من راضی است و من هم از بیمار راضی هستم ... تا زنده‌ام در مراقبتش کوتاهی نمی‌کنم» (کد ۹). «مراقبت یک نوع وظیفه و نوعی محبت است. یعنی علاوه بر مسؤلیت مادر فرزندی دوست دارم از او مراقبت کنم» (کد ۴). «با کمک هزینه کم‌تیه و یارانه برای رفع ضروریات دارو و غذا قناعت می‌کنیم» (کد ۱۸).

نهایتاً تحلیل داده‌های این مطالعه منتج به شکل‌گیری مفهوم «خودکنترلی تعالی بخش مراقب» شد (نمودار شماره ۱).

دیگر مراقب مطرح کرد «گرفتاری برای همه است هر کس یک مشکلی دارد» (کد ۱۸).

در این مطالعه مراقب عضو خانواده بیمار مزمن با نگاهی منطقی به مشکلات مراقبت و نگاه خوش‌بینانه به راه حل مشکلات سعی در پذیرش مشکلات مراقبت دارد (جدول شماره ۵). چهارمین طبقه از مفهوم خودکنترلی تعالی بخش مراقب «مراقبت متعهدانه» است که از دو زیرطبقه شامل «مراقبت تواضع محور» و «مراقبت صلاحیت محور» شکل گرفته است.

مراقبت تواضع محور شامل دو زیرطبقه فرعی «حلم عاطفی» و «مراقبت ایثارگرایانه» است. مراقب عضو خانواده بیمار مزمن ضمن فروتنی از طریق خویش‌نماری در برابر نفس خود در انجام مراقبت و مدارا با بیمار ناشکیبا در کنار صبر بر درخواست‌های نابه‌جای بیمار، مشکلات مراقبت را تحمل کرده از دیگر سو مراقب با گذشت از خواسته‌های خود (رفاه، ازدواج و ...) و داشته‌ها (مال، زمان و شغل ...) برای بازگشت سلامتی بیمار همراه با توجه و ترجیح نیازهای (فیزیولوژیکی / عاطفی / اجتماعی / اقتصادی) بیمار بر نیازهای خود، مراقبتی ایثارگرایانه و مهرجویانه را با تواضع به بیمار ارایه می‌کند. مشارکت‌کنندگان در زمینه مراقبت تواضع محور اظهار داشتند «اول باید به مادرم غذا بدهم بعد خودم غذا بخورم» (کد ۱۸). «برخی اوقات که بیمار زودرنج و بدخلق می‌شود، با صبوری مراقبت را با جان و دل انجام می‌دهیم» (کد ۱۵). «اتفاقاً شب‌هایی بود که دوست داشتم بخوابم ولی لازم بوده که ۶ تا ۷ بار بیدار شوم» (کد ۱۵). «خانواده

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

| شماره ردیف | *مشارکت‌کننده | جنس | سن | وضعیت تاهل | زندگی با بیمار | تحصیلات مراقب | نسبت با بیمار | مدت بیماری سال | مدت مراقبت سال | نوع بیماری | جنس بیمار | مدت مصاحبه (دقیقه) | تعداد مصاحبه |
|------------|---------------|-----|----|------------|----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|--|-----------|--------------------|--------------|
| ۱ | مراقب | زن | ۵۰ | + | - | بی‌سواد | فرزند | ۲ | ۲ | بیمار همودیالیزی با پرفشاری خون | زن | ۱۶ | ۱ |
| ۲ | مراقب | مرد | ۲۷ | - | + | دیپلم | فرزند | ۱,۵ | ۱,۵ | بیمار همودیالیزی با پرفشاری خون دیابت ملیتوس | مرد | ۱۸ | ۱ |
| ۳ | مراقب | مرد | ۶۰ | + | + | بی‌سواد | همسر | ۱۳ | ۱۳ | بیمار همودیالیزی | زن | ۱۵ | ۱ |
| ۴ | مراقب | مرد | ۵۲ | - | + | لیسانس | فرزند | ۱۵ | ۸ | بیمار همودیالیزی دیابت ملیتوس | زن | ۸۷ | ۲ |
| ۵ | مراقب | زن | ۳۷ | + | + | بی‌سواد | همسر | ۸ | ۸ | بیمار همودیالیزی دیابت ملیتوس | مرد | ۲۸ | ۱ |
| ۶ | مراقب | زن | ۴۷ | + | + | بی‌سواد | مادر | ۱۲ | ۱۲ | آسم | زن | ۱۷ | ۱ |
| ۷ | مراقب | زن | ۳۰ | - | + | لیسانس | فرزند | ۱۰ | ۱۰ | سکته مغزی | زن | ۳۸ | ۱ |
| ۸ | مراقب | زن | ۲۱ | - | + | دیپلم | فرزند | ۲ | ۲ | بیمار همودیالیزی با پرفشاری خون سکته مغزی | زن | ۲۷ | ۱ |
| ۹ | مراقب | زن | ۶۰ | + | + | بی‌سواد | همسر | ۱۰ | ۱ | پرفشاری خون دیابت ملیتوس سکته قلبی | مرد | ۲۷ | ۱ |
| ۱۰ | مراقب | زن | ۳۰ | - | - | سیکل | نوه | ۲ | ۲ | سکته قلبی | زن | ۳۳ | ۱ |
| ۱۱ | مراقب | مرد | ۵۰ | + | - | فوق دیپلم | فرزند | ۵ | ۵ | بیماری شریان کرونر | مرد | ۲۵ | ۱ |
| ۱۲ | مراقب | زن | ۲۵ | + | + | سیکل | عروس | ۵ | ۵ | بیماری شریان کرونر | زن | ۱۹ | ۱ |
| ۱۳ | مراقب | مرد | ۲۵ | - | + | دیپلم | فرزند | ۲ | ۲ | سکته قلبی | مرد | ۳۱ | ۱ |
| ۱۴ | مراقب | مرد | ۵۸ | + | + | ابتدایی | همسر | ۲۵ | ۲۵ | دیابت ملیتوس | زن | ۳۷ | ۱ |
| ۱۵ | مراقب | زن | ۲۸ | - | + | کارشناس | فرزند | ۵ | ۵ | سکته مغزی پرفشاری خون | مرد | ۸۱ | ۲ |
| ۱۶ | مراقب | زن | ۴۱ | + | + | سیکل | همسر | ۳ | ۳ | دیابت ملیتوس کلسترول بالا | مرد | ۱۱۵ | ۱ |
| ۱۷ | مراقب | مرد | ۴۷ | + | + | دیپلم | فرزند | ۱۲ | ۱۲ | بیمار همودیالیزی با پرفشاری خون دیابت ملیتوس | مرد | ۵۱ | ۱ |
| ۱۸ | مراقب | زن | ۳۴ | - | + | کارشناس | فرزند | ۲۰ | ۲۰ | آسم | زن | ۵۱ | ۱ |
| ۱۹ | مراقب | مرد | ۲۹ | - | + | کارشناس | فرزند | ۳ | ۳ | دیابت ملیتوس با پرفشاری خون سکته مغزی | مرد | ۸۹ | ۱ |
| ۲۰ | بیمار | - | ۶۲ | + | + | ششم قدیم | پدر | ۸ | ۸ | بیمار همودیالیزی | مرد | ۳۵ | ۱ |
| ۲۱ | بیمار | - | ۷۵ | + | + | بی‌سواد | پدر | ۱۱ | ۱۱ | بیمار همودیالیزی | مرد | ۴۷ | ۱ |
| ۲۲ | بیمار | - | ۵۱ | + | + | دیپلم | پدر | ۶ m | ۶ m | بیمار همودیالیزی و دیابت ملیتوس | مرد | ۳۵ | ۱ |
| ۲۳ | پرستار | زن | ۴۷ | + | - | بهبار | - | ۲۰ | - | پرستار بیمار مزمن | - | ۴۲ | ۱ |
| ۲۴ | پرستار | زن | ۴۶ | - | - | کارشناس | - | ۲۱ | - | پرستار بیمار مزمن | - | ۳۱ | ۱ |
| ۲۵ | پرستار | زن | ۴۰ | + | - | کارشناس | - | ۱۶ | - | پرستار بیمار مزمن | - | ۳۸ | ۱ |
| ۲۶ | پرستار | مرد | ۵۱ | + | - | ارشد | - | ۲۷ | - | پرستار بیمار مزمن | - | ۴۰ | ۱ |

جدول ۲- روند شکل‌گیری درون‌مایه خودکنترلی تعالی بخش مراقب

| زیرطبقات | طبقات | درون‌مایه |
|---|------------------------------|------------------------------|
| پیش‌بینی خطرات احتمالی ایفای نقش مراقبت | بصیرت مراقب | خودکنترلی تعالی بخش مراقب |
| شناخت عمیق از شرایط جانبی مراقبت | | |
| مراقبت نتیجه محور | اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت | |
| مراقبت فضیلت محور | | |
| مصلحت‌اندیشی در مراقبت | پذیرش بار مراقبت | |
| مثبت‌اندیشی در مراقبت | | |
| مراقبت تواضع محور | مراقبت متعهدانه | |
| مراقبت صلاحیت محور | | |

جدول ۳- روند شکل‌گیری طبقه بصیرت مراقب

| کد اولیه | طبقات فرعی | زیرطبقات | طبقات |
|---|--------------------------|---|----------------|
| وخامت جدی وضعیتی در بی‌توجهی (فقدان عملکرد) | آسیب احتمالی به بیمار | پیش‌بینی خطرات احتمالی ایفای نقش مراقبت | بصیرت مراقب |
| احتمال از دست رفتن توانایی بیمار (اختلال عملکردی) | | | |
| احساس بی‌کفایتی | آسیب احتمالی به مراقب | شناخت عمیق از شرایط جانبی مراقبت | |
| از دست دادن کنترل | | | |
| محدودیت‌های جسمی/ مالی مراقبت | شناخت محدودیت‌های خود | شناخت عمیق از شرایط جانبی مراقبت | |
| ناکافی بودن علم مراقبت | | | |
| شرایط زمینه‌ای بیمار | شناخت شرایط مراقبت | شناخت عمیق از شرایط جانبی مراقبت | |
| شرایط مراقبت در خانواده | | | |
| شرایط مراقبت در جامعه | | | |

جدول ۴- روند شکل‌گیری اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت

| کد اولیه | طبقات فرعی | زیرطبقات | طبقات |
|--|---------------------|----------------------|------------------------------------|
| بهبودی بیمار خوشحالی مراقب | بهبودی طرفین مراقبت | مراقبت نتیجه محور | اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت |
| ارزشمندی حیات برای مراقب رضایتمندی خانواده از حیات دوباره بیمار | حفظ حیات بیمار | | |
| علاقتمندی ذاتی در خدمت به افراد خانواده علاقتمندی ذاتی در خدمت به انسان نیازمند | تمایل فطری به خدمت | مراقبت فضیلت محور | |
| پاداش اخروی مراقبت پاداش دنیوی مراقبت | اجر معنوی | | |
| جلب رضایت خالق با جلب رضایت بیمار جلب رضایت الهی با پذیرش مشکلات مراقبت جلب رضایت الهی برای کسب آرامش و رضایت خود | جلب رضایت خالق | | |

جدول ۵- روند شکل‌گیری طبقه پذیرش بار مراقبت

| طبقات | زیرطبقات | کد اولیه |
|------------------------------|------------------------|---------------------|
| پذیرش بار مراقبت | مصلحت‌اندیشی در مراقبت | الزام مراقبت مداوم |
| | مثبت‌اندیشی در مراقبت | مراقبت امتحانی الهی |
| امید به حل مشکل مراقبت | | |
| سبک انگاشتن چالش‌های مراقبتی | | |

جدول ۶- روند شکل‌گیری طبقه مراقبت متعهدانه

| طبقات | زیرطبقات | طبقات فرعی | کد اولیه | |
|------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| مراقبت متعهدانه | مراقبت تواضع محور | مراقبت ایثارگرایانه | فروتنی | |
| | | | مدارا | |
| | مراقبت صلاحیت محور | مراقب رشد یافته | مراقبت رضایتمندانه مداوم | گذشت از داشته‌های خود |
| | | | | اولویت‌دهی به ترجیحات بیمار |
| مراقبت ضابطه‌مند | | مراقبت رضایتمندی متقابل | رشد معنوی | |
| | | | ثبات عاطفی | |
| | | | مراقبت تا سر حد توان | |
| | | | مراقبت وظیفه مدار | |
| | | | مراقبت اولویت مدار | |



نمودار ۱- روند شکل‌گیری درون‌مایه خودکنترلی تعالی بخش

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر با تبیین شاخص‌های مفهوم «خودکنترلی تعالی بخش مراقب» شامل بصیرت مراقب، اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت، پذیرش بار مراقبت و مراقبت متعهدانه به واضح‌سازی و درک بهتر این مفهوم در مراقبت از بیماران مزمن کمک می‌کند.

هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر در مورد مفهوم خودکنترلی در الگوی بازدارنده رفتاری Barkley چهار بعد حافظه کاری، خودگردانی هیجانی-انگیزشی، گفتار درونی و مفهوم بازسازی ساخت روانی و کنترل رفتاری ذکر شده است (۲۱). Peterson و Seligman بیان کردند: خودکنترلی شامل تنظیم تکانه‌های عاطفی و کنترل افکار، تغییر احساسات و عملکرد به سمت اهداف اخلاقی است (۲۲). نتایج مطالعه Lindner و همکاران نشان داد خودکنترلی «تغییر پاسخ‌های خود مطابق با استانداردها، ارزش‌ها، اخلاق و انتظارات اجتماعی در حمایت از دستیابی به اهداف بلند مدت است» (۲۳). در مطالعه Chang دو نیروی محرکه سواد سلامت و درک از سلامتی، خودکنترلی مرتبط با سلامتی را به دنبال دارد. همچنین حفظ و تعالی خود، بر درک از سلامت مؤثرند (۲۴).

یافته‌های مطالعه نشان داد بصیرت مراقب یکی دیگر از شاخص‌های مفهوم خودکنترلی در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری مزمن است. مشارکت‌کنندگان با پیش‌بینی خطرات احتمالی در ایفای نقش مراقبت و شناخت عمیق از شرایط جانبی در مراقبت به بینش عمیق‌تری در

مراقبت دست می‌یابند. در حمایت از مفهوم بصیرت مراقب از درون‌مایه خودکنترلی تعالی بخش مطالعه حاضر، در الگوی رفتاری خودکنترلی Barkley ابتدا از حافظه کاری به عنوان بازبینی ذهنی فعالیت‌ها، پیش‌بینی آینده و خودآگاهی یاد شده است (۲۱). در تحقیق پولادی و همکاران قدرت تحلیل صحیح تهدیدات و راه‌های پیشگیری با درک عمیق و درست از شرایط به همراه آگاهی از نقاط ضعف و قوت خود در مراقبت از مضامین بصیرت مراقب سالمند عضو خانواده عنوان شده است (۲۵). براساس مطالعه شیخ‌الاسلامی و همکاران زمانی که فرد از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، آگاهی بیش‌تری از اطراف خود و وقایع پیرامون کسب می‌کند، احساس کنترل بیش‌تری حس کرده و به تبع آن بهتر می‌تواند افکار، اعمال و هیجانات خویش را کنترل نماید (۲۶).

براساس تجارب مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت نیز، از دیگر شاخص‌های مفهوم خودکنترلی در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری مزمن بیان شده است. مشارکت‌کنندگان ممکن است با هدف کسب دستاوردهایی مانند بهبودی بیمار یا با قصد انجام فضیلت مراقبت در کمک به افراد نیازمند، اولویتی را در مراقبت برای خود در نظر بگیرند. مطالعات خودکنترلی یک شکل از انتخاب مبتنی بر ارزش است. در مطالعه Peterson و Seligman خودکنترلی را یک قدرت روحی قوی برای سلامت شخصی به عنوان فضیلت توصیف کردند و خودنظم‌دهی و دوراندیشی را زیرمجموعه مفاهیم فضیلت خودکنترلی مطرح کردند (۲۲). هم‌راستا با نتایج

واحدیان عظیمی و همکاران نیز با ترغیب بیماران به انجام خودارزیابی و درونی کردن محور کنترل، مسؤولیت‌پذیری آن‌ها برای سلامتی‌شان افزایش می‌یافت (۲۷).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد مفهوم مراقبت متعهدانه از دیگر شاخص‌های مفهوم خودکنترلی در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری مزمن است. مشارکت‌کنندگان ضمن فروتنی و مدارا با گذشت از خواسته‌ها و داشته‌ها همراه با توجه به نیازهای بیمار، احساس آرامش و نزدیکی به خدا داشته و با رضایت‌مندی متقابل خود و بیمار مراقبتی متعهدانه را ارایه می‌دهند.

در الگوی خودکنترلی رفتاری Barkley در مرحله نهایی بعد بازسازی ساخت روانی و کنترل رفتاری صورت می‌گیرد که فعالیت‌ها به شکل جدیدی با هم ترکیب و به صورت رفتارهای کلامی و غیرکلامی معادل طبقه مراقبت متعهدانه بیان شده و در نهایت سبب اجرا و پایداری پاسخ‌های هدفمند می‌شود (۲۱). مسؤولیت‌پذیری با منبع کنترل و خودکنترلی ارتباط دارد (۲۶). نودهی و همکاران بیان می‌کنند با افزایش خودکنترلی افراد، میزان تعهد کاری آنان نیز افزایش می‌یابد (۲۸). توانایی به تأخیر انداختن لذت آنی، در مقیاس خودکنترلی Rosenbaum معادل حلم عاطفی در این مطالعه است (۲۹). پژوهش احمدی شورک توکانلو و اصغری ابراهیم‌آباد بیان می‌کنند، افرادی که خودکنترلی بالایی دارند در هنگام مقابله با شرایط ناگوار و بحرانی از نظر عاطفی و هیجانی آرام هستند و امیدوارانه در جهت مدیریت و حل مشکلات و مسایل به وجود آمده حرکت می‌کنند (۳۰). مطالعه Rivkin و

مطالعه حاضر در الگوی خودکنترلی رفتاری Barkley در مرحله خودگردانی هیجانی به انگیزش در خدمت هدفمند می‌پردازد (۲۱). در مطالعه شیخ‌الاسلامی و همکاران گزارش شد فرد با خودکنترلی زمانی را صرف فکر کردن به انتخاب‌ها و نتایج احتمالی کرده سپس بهترین انتخاب را می‌کند (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر پذیرش بار مراقبت را به عنوان یک شاخص از مفهوم خودکنترلی در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری مزمن گزارش کرد. مشارکت‌کنندگان ممکن است با تأکید بر پذیرش واقعیت‌های زندگی، آگاهی از شرایط سخت‌تر دیگر افراد در مراقبت، براساس مصلحت و نگاهی خوش‌بینانه پذیرش بار مراقبت را به طور ذهنی برای خود تسهیل کنند. در این راستا مطالعه Intrieri و Rapp نشان داد مراقبان در برخورد با بار مسؤولیت و اختلال عملکردی بیمار، با مهارت ذهنی خود را کنترل می‌کنند، چرا که مهارت‌های خودکنترلی نقش مهمی در مراقبت از خود و سازگاری با نقش مراقبت داشته است (۹). در مطالعه Fujita و Sakanashi مراقبان خانواده با استفاده از طیف وسیعی از راهبردهای مقابله‌ای مانند حفظ یک چشم‌انداز مثبت توانستند مراقبت‌های مثبت را ارایه دهند (۱۶). مفهوم پذیرش بار مراقبت در این مطالعه معادل مرحله گفتار درونی الگوی خودکنترلی رفتاری Barkley است که فرد ماهیت رویدادها و موقعیت‌ها را به طور ذهنی و خودپرسشگری بررسی می‌کند و به دنبال آن به برنامه‌ریزی، قاعده‌سازی خودکنترلی رفتاری و استدلال اخلاقی پرداخته می‌شود (۲۱). در مطالعه

همکاران نشان داد هرچه میزان تعهد عاطفی بیشتر باشد، میزان نیاز به کنترل بیرونی کاهش می‌یابد و به این ترتیب عملکرد متعهدانه ارتقا خواهد یافت (۳۱). Chan و همکاران ارتباط منفی بین استرس‌های روانی مرتبط با ضعف خودکنترلی را با ابعاد تسلط و شایستگی افراد در مراقبت مطرح کردند، صلاحیت مراقب خانوادگی شامل ارزیابی در اثربخشی و رضایتمندی خود در مراقبت، تفکر مثبت و رفتارهای حل مسأله در مدیریت زندگی بیان شده است (۳۲).

در نهایت نتایج این مطالعه همراستا با الگوی توانمندسازی خانواده محور، مبتنی بر فلسفه بنیادی الگو بیان می‌کند در نظام فکری اسلامی فرد مکلف به انجام اعمال منطقی-عقلانی و مقاومت در برابر محیط نامطلوب و کنترل کردن تمایلات برای انتخاب رفتار صحیح سلامتی است. هرچند خودکنترلی به عنوان یک مفهوم واضح در الگوی انتخابی معرفی نشده است، ولی منظور از خودکنترلی در الگوی یاد شده این است که فرد با افزایش تهدید درک شده از طریق شناخت کافی از بیماری و نگرش صحیح نسبت به ابتلا به بیماری با تلاش برای درونی کردن محور کنترل همراه با عزت نفس بالا و احساس خودکارآمدی کافی، نسبت به انجام رفتارهای پیشگیری مهارت کسب کند و به انجام آن مبادرت ورزد. به طوری که افراد به خودکنترلی که در اثر شناخت، تصمیم‌گیری، خودکارآمدی و یک سیستم ارزشی کسب شده نیاز دارند، تا بتواند رفتار پیشگیرانه را به صورت عادت درآورده و به صورتی با ثبات و مستمر تداوم بخشند. در این مطالعه مراقب

نسبت به خطرات احتمالی در نقش مراقب و شرایط جانبی مراقبت بصیرت داشته و به ارزش‌های تعیین شده در حفظ حیات، خشنودی و رضایتمندی خود، خانواده، بیمار و خداوند به همراه دریافت اجر معنوی توجه داشته و برای پذیرش مشکلات مراقبت براساس مهارت‌های شناختی مصلحت‌اندیشی در الزام مراقبت مداوم و پذیرش واقعیت‌ها تلاش می‌کند بنابراین با نگاهی مثبت و امیدوارانه در حل مشکلات با سبک شمردن چالش‌های مراقبت تصمیم‌گیری می‌کند. مراقب عضو خانواده با داشتن مهارت‌های عاطفی مدارا، گذشت از داشته‌های خود به رشد معنوی و ثبات عاطفی دست می‌یابد و مراقبتی ضابطه‌مند را به منظور پیشگیری از خطرات احتمالی در مراقبت تا سر حد توان و به صورت مداوم متعهد می‌شود.

در مورد محدودیت‌ها و نقاط قوت، این مطالعه سبب ایجاد و گسترش دانش در مورد مفهوم خودکنترلی مبنی بر تجارب مراقبان عضو خانواده در مراقبت خانواد محور از بیمار مزمن شده است که به رشد حرفه‌ای پرستاری کمک می‌کند. علی‌رغم تجربه بالینی در مراقبت از بیمار مزمن، سعی شد از ادغام یافته‌های ذهنی با داده‌های مطالعه تا حد ممکن پیشگیری شود. دسترسی ناکافی به مطالعات به روز کیفی مرتبط با مفهوم خودکنترلی جهت مقایسه نتایج در چارچوب زمینه‌ای نزدیک، از دیگر محدودیت‌های مهم قابل ذکر بود. دیگر محدودیت وضعیت روحی نمونه‌های مورد پژوهش حین مصاحبه بود که می‌توانست بر پاسخ‌ها تأثیر بگذارد و کنترل آن از حیثه توانایی‌های پژوهشگر خارج بود. در این راستا

«خودکنترلی تعالی بخش مراقب» با مفاهیم «بصیرت مراقب، اولویت‌گذاری ارزشی در مراقبت، پذیرش بار مراقبت و مراقبت متعهدانه» تبیین شد. انتظار می‌رود با فراهم‌سازی زمینه برای کاربردی کردن مفاهیم فرعی حاصل از تبیین مفهوم خودکنترلی، مراقبان در «مراقبت از بیمار در منزل» توانمندتر شده و به این ترتیب با شناسایی و توجه به ارزش توانمندی مراقبان عضو خانواده در تیم مراقبت حرفه‌ای به منظور کاهش بار کاری پرستاران بالینی، کیفیت عملکرد بالینی ارتقا یافته و در نتیجه به بهره‌وری خدمات سلامت و رضایتمندی هرچه بیشتر بیماران کمک شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به جهت حمایت‌های مالی برای انجام این تحقیق صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند. از کلیه مشارکت‌کنندگان و مسئولان که انجام و انتشار تحقیق را تسهیل نمودند سپاس‌گزاری می‌شود.

سعی شد با هماهنگی زمان و مکان متناسب این محدودیت به حداقل برسد. در روش تحلیل محتوای هدایت شده ممکن است داده‌ها بیش‌تر بر تأیید الگو تأکید کنند و جنبه‌های زمینه‌ای پدیده نادیده گرفته شود که با روش حسابرسی ممیزی این مورد کنترل شد.

درباره کاربرد یافته‌های تحقیق در دانش و / یا پیشرفت علم پرستاری به دنبال روند افزایشی شیوع بیماری‌های مزمن در جهان و ایران، افزایش میزان مراجعه بیماران مزمن به مراکز بستری، سنگینی بار کاری پرستاران در بالین و نهایتاً نظام سلامت، ضرورت اتخاذ تدابیری در پیشگیری مقدماتی قبل از ورود به بیمارستان و همچنین سطح دوم پیشگیری به منظور کاهش بار کاری پرستاران را ایجاب می‌نمود. بنابراین در چنین فضایی پرداختن به زوایایی غیرشفاف یا کاربردی نشده از جمله وظایف محققان نظام سلامت است. در خودکنترلی به عنوان یک ویژگی، فضیلت یا ظرفیت شرایط زمینه‌ای و ویژگی‌های محیطی قابل توجه است. با شفاف‌سازی مفهوم خودکنترلی مراقب از جمله عناصر کلیدی توانمندسازی بیمار و خانواده، مفهوم مرکزی

منابع

- 1 - Mozhaeva I. Who cares? Evidence on informal and formal home care use in Estonia. *Baltic Journal of Economics*. 2019; 19(1): 136-54. doi: 10.1080/1406099X.2019.1578478.
- 2 - Lefranc A, Perol D, Plantier M, Chatelain P, de Rohan-Chabot H, Schell M. Assessment of informal caregiver's needs by self-administered instruments: a literature review. *Eur J Public Health*. 2017 Oct 1; 27(5): 796-801. doi: 10.1093/eurpub/ckx103.
- 3 - Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of educational intervention on family caregivers' perceived threat of the risk of dependence among patients with stroke. 2017. doi: 10.20944/preprints201711.0173.v1.

- 4 - Aboozadeh Gotabi Kh, Ghanbari Moghaddam A, Mohammadi M, Zarei F. [The burden of family caregivers caring for older adults and its relationship with some factors]. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2016; 3(6): 27-36. (Persian)
- 5 - Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P, Kazemnejad Leili E, Shamsizadeh M. [Caregiver Burden in caregivers of renal patients under hemodialysis]. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2016; 26(2): 59-68. (Persian)
- 6 - Eghtedar S, Hassankhani H, Rahmani A, Ebrahimi H. [Empowerment process in family caregivers of patients with cancer: a grounded theory study]. Ph.D Dissertation, Tabriz University of Medical Sciences, 2018. (Persian)
- 7 - Ghane G, Ashghali Farahani M, Seyedfatemi N, Haghani H. [Effectiveness of supportive educative program on the burden in family caregivers of hemodialysis patients]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2017; 14(10): 885-895. (Persian)
- 8 - Bosma AR, Boot CRL, De Maaker M, Boeije HR, Schoonmade LJ, Anema JR, et al. Exploring self-control of workers with a chronic condition: a qualitative synthesis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2019; 28(5): 653-668. doi: 10.1080/1359432X.2019.1631801.
- 9 - Intrieri RC, Rapp SR. Self-control skillfulness and caregiver burden among help-seeking elders. *J Gerontol*. 1994 Jan; 49(1): P19-23. doi: 10.1093/geronj/49.1.p19.
- 10 - Duckworth AL, Kern ML. A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *J Res Pers*. 2011 Jun 1; 45(3): 259-268. doi: 10.1016/j.jrp.2011.02.004.
- 11 - Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*. 2007; 16(6): 351-355. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x.
- 12 - Ebrahimi Moghaddam H, Vahedi H. [Effectiveness of emotional self-control training on psychophysiological disorders of nurses in Tehran, Iran]. *Military Caring Sciences*. 2016; 2(4): 206-213. doi: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.206. (Persian)
- 13 - Sadeghian MD. [Explaining the dimensions of insight, tendency, and effectiveness of the concept of self-control (self-control) of a muslim conference on management and humanities research, Iran]. Institute Research Management, 2016. (Persian)
- 14 - Saxena M. Empirical examination of caregiver empowerment, appraisal, and depressive symptoms among adult siblings of individuals with intellectual and developmental disabilities. Ph.D Dissertation, University of Connecticut, 2013.
- 15 - Taghdisi MH, Abolkheirian S, Hosseini F. [Effectiveness of education and its influential factors on empowerment of the health volunteers in the west of Tehran health center]. *Iran Occupational Health*. 2011; 8(2): 24-30. (Persian)
- 16 - Sakanashi S, Fujita K. Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: a concept analysis. *Int J Nurs Pract*. 2017 Oct; 23(5). doi: 10.1111/ijn.12573.
- 17 - Alhani F. [Designing and evaluation of family centered empowerment model in preventing iron deficiency anemia]. Ph.D Thesis, Tehran, Tarbiat Modares University, 2003. (Persian)
- 18 - Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani SJ, Naderi A, Hajjesmaeili M. [Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: a clinical trial study]. *Journal of Nursing Education*. 2015; 4(1): 8-22. (Persian)

- 19 - Vahedian-Azimi A, Rahimi Bashar F, Amini H, Salesi M, Alhani F. [Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2018; 24(2): 152-173. (Persian)
- 20 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9): 1277-88. doi: 10.1177/1049732305276687.
- 21 - Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press; 1997.
- 22 - Peterson C, Seligman ME. Character strengths and virtues: a handbook and classification. New York: Oxford University Press; 2004.
- 23 - Lindner C, Nagy G, Ramos Arhuis WA, Retelsdorf J. A new perspective on the interplay between self-control and cognitive performance: modeling progressive depletion patterns. *PLoS One*. 2017 Jun 29; 12(6): e0180149. doi: 10.1371/journal.pone.0180149.
- 24 - Chang C. Self-control-centered empowerment model: health consciousness and health knowledge as drivers of empowerment-seeking through health communication. *Health Commun*. 2019 Sep 3; 1-12. doi: 10.1080/10410236.2019.1652385.
- 25 - Pouladi Sh, Anoosheh M, Kazemnejad A, Zareian A. [Explanation of the insightful family concept in care of the elderly]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013; 11(7): 516-525. (Persian)
- 26 - Sheykhosslami A, Ghamari Kivi H, Ashrafi Varjoi S. [The effect of mindfulness-based stress reduction program training on self-control of female students]. *Journal of Research in Educational Systems*. 2016; 9(28): 87-104. (Persian)
- 27 - Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. Cardiac rehabilitation using the family-centered empowerment model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Open Heart*. 2016 Apr 19; 3(1): e000349. doi: 10.1136/openhrt-2015-000349.
- 28 - Nodehi H, Rashidi A, Khalili A, Mehravar Giglou Sh. [The relationship between self-control and locus of control and organizational commitment of the staff members at the education department of Sabzevar]. *Quarterly of Research on Educational Leadership and Management*. 2014; 1(1): 49-66. doi: 10.22054/JRLAT.2014.103. (Persian)
- 29 - Rosenbaum M. A schedule for assessing self-control behaviors: preliminary findings. *Behavior Therapy*. 1980 Jan; 11(1): 109-21. doi: 10.1016/S0005-7894(80)80040-2.
- 30 - Ahmadi Shurke Tukanlou A, Asghari Ebrahimabad MJ. [The role of hope in predicting psychological well-being of soldiers with self-control mediation]. *Journal of Military Caring Sciences*. 2019; 5(3): 201-210. doi: 10.29252/mcs.5.3.201. (Persian)
- 31 - Rivkin W, Diestel S, Schmidt K-H. Affective commitment as a moderator of the adverse relationships between day-specific self-control demands and psychological well-being. *Journal of Vocational Behavior*. 2015 Jun; 88: 185-94. doi: 10.1016/j.jvb.2015.03.005.
- 32 - Chan EY, Glass G, Chua KC, Ali N, Lim WS. Relationship between mastery and caregiving competence in protecting against burden, anxiety and depression among caregivers of frail older adults. *J Nutr Health Aging*. 2018; 22(10): 1238-1245. doi: 10.1007/s12603-018-1098-1.

The concept of self-control in the family caregivers of patients with chronic disease based on the family-centered empowerment model: A qualitative directed content analysis

Leila Nikrouz¹, Fatemeh Alhani^{1*}, Abbas Ebadi², Anooshirvan Kazemnejad³

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2020
Accepted: May 2020
e-Published: 7 Sep. 2020

Background & Aim: Self-control is the capacity to organize cognitive and emotional responses in order to provide continuous and adaptive behavior with ideal standards for long-term goals. Due to the high levels of care burden of patients with chronic disease, this study aims to explain the concept of self-control in the family caregivers of patients with chronic disease based on the family-centered empowerment model.

Methods & Materials: Data were collected through in-depth, semi-structured interviews with 26 participants (19 caregivers, four nurses and three patients with chronic disease) from June 2016 to August 2017 in southwestern of Iran. Data were analyzed using the directed content analysis approach. The documents recording, accurate description of details, member checking, peer checking, and maximum variation of participants, were considered for ensuring the trustworthiness of the data.

Results: "Transcendental self-control" of family caregiver was explained by four conceptual categories: "caregiver insight", "value prioritization in care", "acceptance of care responsibilities" and "committed care". By predicting the potential risks of playing the care role and deeply understanding the conditions of care while paying attention to the value prioritization outcome-centered and virtue-based care, the family caregiver accepts the care burden through positive thinking and expediency and modestly offers "committed care" while having competent care experiences.

Conclusion: The explanation of self-control concept based on family-centered empowerment model in the real field creates a clear understanding of this concept and leads to "commitment care" by family caregivers of patients with chronic diseases and in turn provides a basis for reducing workload in the clinical setting.

Corresponding author:
Fatemeh Alhani
e-mail:
alhani_f@modares.ac.ir

Key words: chronic disease, family caregiver, self-control, family centered empowerment model, qualitative research

Please cite this article as:

- Nikrouz L, Alhani F, Ebadi A, Kazemnejad A. [The concept of self-control in the family caregivers of patients with chronic disease based on the family-centered empowerment model: A qualitative directed content analysis]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2020; 26(2): 218-237. (Persian)

1 - Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 - Dept. of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran