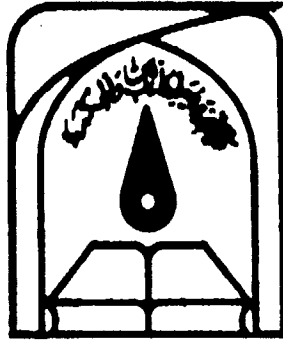


۲۵۱
۲۵۱۰۰۲۶
۲۵۱۰۰۲۶

۳۵۱۶۴

۱۳۸۱ / ۱ / ۲۰



017101

دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

رساله دوره دکتری رشته آموزش پرستاری

طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت پیگیر برای کنترل اختلال عروق کرونر

نگارش: فضل... احمدی

استاد راهنما:

دکتر فضل... غفرانی پور

اساتید مشاور:

دکتر سید حسن عارفی، دکتر حیدرعلی عابدی

زمستان ۱۳۸۰

۳۹۷۵۴

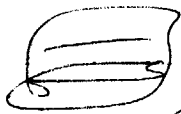
«فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در رساله دکتری»

بدینوسیله رساله دکتری خانم / آقای فضل الله احمدی

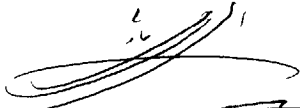
تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این رساله را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنیم.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

جناب آقای دکتر فضل الله غفرانی پور (استاد راهنما)



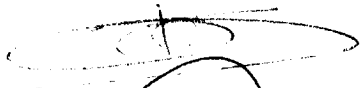
جناب آقای دکتر سیدحسن عارفی (استاد مشاور)



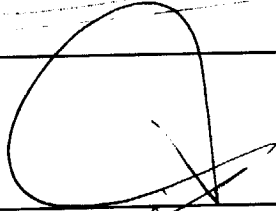
جناب آقای دکتر حیدرعلی عابدی (استاد مشاور)



جناب آقای دکتر شمس الدین نیکنامی (نماینده تحصیلات تکمیلی)



جناب آقای دکتر اصلانی (استاد ناظر)



جناب آقای دکتر سقراط فقیهزاده (استاد ناظر)



سرکار خانم دکتر منیرالسادات سیدباقر مداح (استاد ناظر)



جناب آقای دکتر شمس الدین نیکنامی (استاد ناظر)





بسمه تعالی

آیین نامه چاپ پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱ در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲ در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:
«کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته _____ است
که در سال _____ در دانشکده _____ دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم / جناب آقای دکتر _____ ، مشاوره سرکار خانم / جناب آقای دکتر _____ و مشاوره سرکار خانم / جناب آقای دکتر _____ از آن دفاع شده است.»

ماده ۳ به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر بوبت چاپ) را به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اهدا کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴ در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تأدیه کند.

ماده ۵ دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند؛ به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

ماده ۶ اینجانب _____ دانشجوی رشته _____ مقطع _____ تعهد فوق _____ و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضا:

من لم يشكر المخلوق و لم يشكر الخالق

سپاس پروردگار یکتائی که به انسان قدرت تفکر و تعقل عنایت فرمود و وجود انسان را به زیور علم و معرفت بیاراست. حکیمی که به قلم سوگند خورد و چراغ دل انسان را به نور علم و معرفت روشن نمود.

درورد بی پایان بر مربیان الهی بشر، معلمان تزکیه و تعلیم یعنی انبیاء الهی و با تشکر و سپاس فراوان از اساتید معظمی که در انجام این پژوهش این حقیر را راهنمایی نمودند.

- استاد محترم راهنما جناب آقای دکتر فضل اله غفرانی پور که با دقت، صبوری و دلسوزی فراوان، در تمامی لحظات مرا در پایان رسانیدن این پژوهش یاری نمودند.

- استاد گرانقدر مشاور جناب آقای دکتر سید حسن عارفی که نهایت لطف، مساعدت و همیاری خویش را در مراحل مختلف پایان این پژوهش از اینجانب دریغ نفرمودند.

- استاد گرامی مشاور جناب آقای دکتر حیدرعلی عابدی که پیوسته از نظرات و هدایت های ارزشمند ایشان در طول مراحل پژوهش بهره مند بودم.

- استاد معظم مشاور جناب آقای دکتر سقراط فقیه زاده که همواره از رهنمودهای ایشان برخوردار بوده ام.

و با تشکر از سروران محترم سرکار خانم دکتر مداح، جناب آقای دکتر اصلانی و جناب آقای دکتر نیکنامی که از نقطه نظرات ارزشمند خود اینجانب را بی بهره نگذاشتند.

- مراتب سپاس و تشکر خود را نثار سروران گرامی سرکار خانم معماریان، خانم دکتر معزی، خانم دکتر صلصالی، جناب آقای دکتر محمدی، دکتر فلاحی و همکاران محترم گروه پرستاری که همواره از کمک های بی شائبه این عزیزان برخوردار بودم، می نمایم.

- همچنین از پرسنل پرستاری و مسئولین محترم بخش مراقبت های بعد از کاتتریسیم بیمارستان دکتر شریعتی که در تحقق یافتن این پژوهش نقش ارزنده داشته و بنده را یاری نمودند تقدیر و تشکر می نمایم.

چکیده:

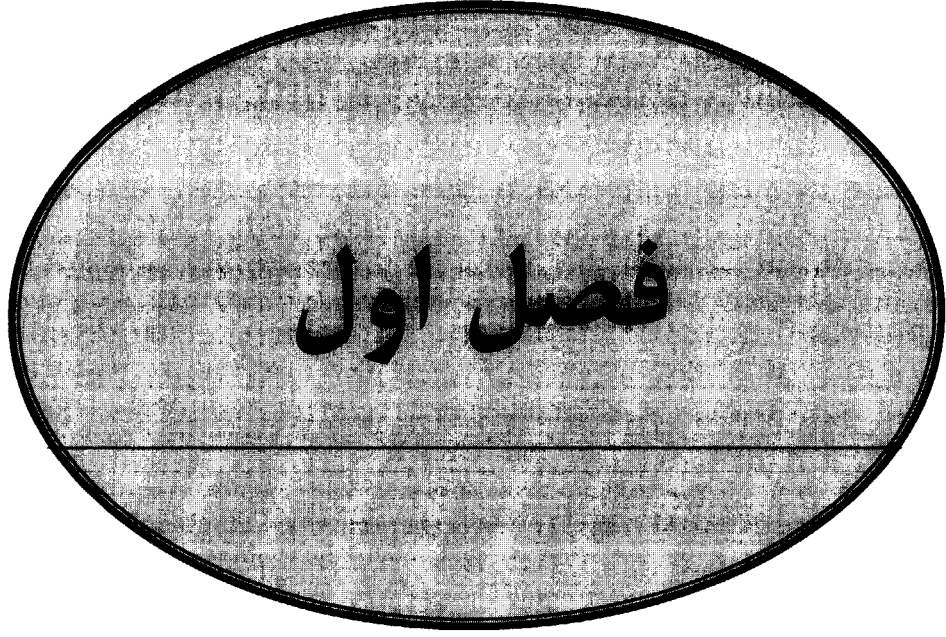
کنترل بیماریهای قلب و عروق خصوصا "عروق کرونر یکی از مهمترین معضلات بهداشتی جهان بشمار می رود. بطوریکه حدود یک چهارم جهان کل مرگ و میر در دنیا ناشی از مشکل قلبی عروقی است و تاکنون پژوهشهای بسیاری به منظور کنترل بیماری قلبی عروقی و عوامل خطرزای آن صورت گرفته که اکثرا "از نوع تحقیقات کمی می باشد و طبعا" کمتر به درک و فهم عمیق و هم جانبه این پدیده پرداخته شده چراکه اصولا "شناخت و تشریح ساختار و ماهیت یک پدیده در حیطه پژوهشهای کیفی است و بدین منظور پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و با الگو و فرآیند تئوری زمینه‌ای یا پایه می باشد که در جهت تعیین و شناخت ساختار اصلی کنترل بیماری عروق کرونر در مورد این بیماران صورت پذیرفت، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از همکاران پژوهشی (بیماران کرونری و خانواده آنها، پزشکان و پرستاران) و تبیین مفاهیم و متغیرهایی چون مراقبت مقطعی، عدم شناخت و درک کافی از ماهیت بیماری و قطع رابطه مراقبتی موثر و منجر به پیدایش و تولید یک متغیر کلیدی و اولیه به نام مراقبت پیگیر گردید که به عنوان رویکرد مراقبتی مطرح می باشد چراکه پیوند دهنده مفاهیم و متغیرهای استخراج شده از بخش کیفی پژوهش می باشد و الگوی عملیاتی و تجربی مورد نظر دارای چهار مرحله، آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی می باشد که با روش کارآزمایی بالینی و طی شش ماه بر روی دو گروه (هفتاد نفر) از بیماران کرونری (آزمون و شاهد) مورد ارزیابی قرار گرفت. بطوریکه گروه شاهد تحت روند جاری مراقبتی بوده و الگوی مراقبت پیگیر در گروه آزمون اجرا گردید. یافته‌هایی نهائی پژوهش نشان می دهد که بکارگیری این الگو بر شاخص‌های متعددی چون، دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک معالج، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسرین زیر زبانی و خصوصا "کیفیت زندگی بیماران موثر بوده و لذا می توان ادعان نمود که این الگوی مراقبتی در کنترل شاخص‌های مورد نظر قابل استفاده می باشد.

واژه‌های کلیدی: مدل مراقبت پی‌گیر، بیماری شریان کرونر، تحقیق کیفی

فهرست مطالب

صفحه	موضوع
	۱- فصل اول
۱	۱-۱ مقدمه
۱	۱-۲ چارچوب پنداشتی مطالعه
۵	۱-۲-۱ رویکرد های مراقبتی
۱۰	
	۲- فصل دوم
۱۶	۲-۱ روش تحقیق
۱۷	۲-۲ روش های تحقیق کیفی
۲۲	۲-۳ سؤال پژوهش
۲۲	۲-۴ همکاران پژوهش
۲۴	۲-۵ مراحل تحقیق کیفی
۲۶	۲-۶ روش جمع آوری داده ها
۲۷	۲-۶-۱ مفهوم سازی
۲۷	۲-۶-۲ کد گذاری سطح اول
۳۱	۲-۶-۳ کد گذاری سطح دوم
۳۵	۲-۶-۴ کد گذاری سطح سوم
۴۰	۲-۷ اعتبار داده ها
۴۲	۲-۸ توسعه و تکامل مفهوم
۴۲	۲-۸-۱ خلاصه سازی
۴۸	۲-۸-۲ نمونه گیری انتخابی از داده ها
۵۳	۲-۸-۳ مفاهیم محوری الگو
۵۴	۲-۹ مبانی و تعریف استمرار
۵۶	۲-۱۰ هدف پیگیری
۵۷	۲-۱۱ نظریه نهانی پژوهش
۵۸	۲-۱۲ نمودار متغیر ها و رویکرد مراقبتی
	۳- فصل سوم
۵۹	۳-۱ فرایند پردازش الگوی مراقبتی
۶۲	۳-۲ پیش فرض های پژوهش
۶۴	۳-۳ مفاهیم الگو و تعاریف آنها
۶۹	۳-۴ اهداف الگوی مراقبت پیگیر
۶۹	۳-۵ مراحل اصلی الگوی مراقبتی
۷۰	۳-۶-۱ آشنا سازی

۷۰	۳-۶-۲ حساس سازی
۷۲	۳-۶-۳ کنترل
۷۳	۳-۶-۴ ارزشیابی
	۴- فصل چهارم
۷۵	۴-۱ ارزشیابی الگوی طراحی شده
۷۵	۴-۲ عنوان پژوهش
۷۶	۴-۳ بیان مساله پژوهش
۷۸	۴-۳-۱ علت و عوامل خطر ساز کرونرها
۷۹	۴-۳-۲ افزایش چربی خون
۸۰	۴-۳-۳ فشارخون بالا
۸۲	۴-۳-۴ افزایش وزن
۸۳	۴-۴-۵ سیگار و دیابت
۸۴	۴-۴-۶ ضایعه کرونری
۸۷	۴-۴-۷ استراتژیهای درمانی بیماران کرونری
۹۳	۴-۴ مطالعات انجام شده
۹۸	۴-۵ اهداف پژوهش
۹۸	۴-۶ فرضیه
۱۰۰	۴-۷ ابزار گرد آوری داده ها
۱۰۱	۴-۹ اعتبار و اعتماد ابزار
۱۰۲	۴-۹ محیط و جامعه پژوهش
۱۰۳	۴-۱۰ روش پژوهش و حجم نمونه
۱۰۴	۴-۱۰-۱ تکنیک یا روش کار
۱۱۰	۴-۱۱ روش آنالیز داده ها
	۵- فصل پنجم
۱۱۱	۵-۱ یافته ها (جدول)
۱۴۳	۵-۲ بحث و بررسی
۱۶۰	۵-۳ نتیجه گیری نهایی
۱۶۰	۵-۴ پیشنهادات برای پژوهش های بعدی
۱۶۱	فهرست منابع
	ضمائم
	ضمیمه ۱ پرسشنامه
	ضمیمه ۲ چک لیست
	ضمیمه ۳ سیاهه اسپیل برگر
	ضمیمه ۴ فرم کوتاه ۳۶



فصل اول

مقدمه

در شروع قرن بیستم اختلال قلبی عروقی کمتر از ده درصد کل مرگ و میر در جهان را شامل می شد. و در پایان این قرن بیماریهای قلبی عروقی نزدیک به نیمی از کل مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و حدود بیست و پنج درصد در کشورهای در حال توسعه را شامل می گردد. پیش بینی می گردد که در سال دوهزار و بیست نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلال قلبی عروقی در سال رخ خواهد داد و این بیماری در رده اولین ضایعه کشنده و ناتوان کننده بشمار می رود بطوریکه بنظر می رسد در سال ۲۰۲۰ از هر سه مورد مرگ، یک مورد آن به علت اختلال قلبی عروقی خواهد بود و لذا این ضایعه از شیوع و بروز بسیار خطرناکی برخوردار است (۱).

در سال ۱۹۹۸ نزدیک به دوازده میلیون نفر امریکایی مبتلا به اختلال عروق کرونر شناسایی شده و از این تعداد حدود ۴۶۰۰۰۰ نفر فوت نموده اند. که ۴۴ درصد علت مرگ این بیماری ناشی از انفارکتوس میوکارد بوده است (۲). بررسی ها نشان می دهد نزدیک به چهار تا پنج میلیون امریکائی مبتلا به نارسائی قلب ناشی از اختلال عروق کرونر هستند و سالانه ۵۵۰۰۰۰ مورد جدید نیز به این تعداد اضافه می گردد. مطالعات نشان می دهد در سه دهه گذشته شیوع و بروز نارسائی قلبی روند افزایشی داشته. بطوریکه سالانه حدود ۹۰۰۰۰۰-۸۰۰ بیمار مبتلا به نارسائی قلب در بیمارستانهای ایالت متحده بستری می گردند و این بیماران اصولاً بطور طولانی مدت بستری شده و هزینه های بهداشتی بالایی دارند و همچنان یکی از اساسی ترین مشکل بهداشتی تلقی می گردد (۳).

تا قبل از سال ۱۹۰۰، بیماریهای عفونی (مسری) و سوتغذیه، عمده ترین علت مرگ بشمار می رفت. و پس از آن به مرور زمان از آمار مرگ و میر ناشی از این بیماریها کاسته شد و اختلالات قلبی عروقی در شمار اساسی ترین مشکل بهداشتی قرار گرفت. بطوریکه در سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه یافته حدود ۴۴/۶ درصد مرگ و میرها ناشی از اختلال قلبی عروقی، و ۶/۴ درصد بیماریهای عفونی و مسری، و حدود ۱۰/۷ درصد حوادث و تصادفات و حدود ۴۰ درصد باقیمانده در اثر بیماریها

رخ داده است. و به عبارتی حدود نیمی از علت کل مرگ و میر، در این کشورها به علت ضایعات قلبی عروقی گزارش شده است. و اما در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۳٪ از مرگ و میرها متأثر از اختلال قلبی عروقی و حدود ۴۷ درصد ناشی از بیماریهای عفونی و مسری، و ۶/۲ درصد بعلت حوادث و ۲۴/۳ درصد باقیمانده ناشی از دیگر بیماریها بوده است. بطوریکه در سال ۱۹۹۰ بیش از ۳/۵ میلیون بیمار مبتلا به اختلال قلبی عروقی گزارش شده که حدود ۱۴/۳ میلیون مورد مرگ در اثر بیماری قلبی رخ داده و سهمی نزدیک به ۲۸/۵ درصد از کل مرگ یعنی ۵۰ میلیون مرگ در جهان را به خود اختصاص داده است (۴).

بر اساس مطالعات انجام شده و دیدگاههای سازمان های بین المللی و بهداشتی، همگام با توسعه و پیشرفت علوم و صنایع و به عبارتی تکنولوژی، درصد ضایعات قلبی عروقی که متأثر از الگوهای رژیم غذایی، الگوهای فعالیتی، سبک زندگی و وجود تنش زاهای متعدد و مستمر و عوامل متنوع دیگر می باشد رو به فزونی گذاشته و به عنوان یک مشکل اساسی بهداشتی و اجتماعی تلقی می گردد که از نقطه نظر مسئولین بهداشتی همواره توجه به این مسئله بایستی در اولویت های اول قرار گیرد. در امریکا سالانه پانصد هزار نفر به علت اختلال عروق کرونر جان خود را از دست می دهند و یک و نیم میلیون نفر دچار انفارکتوس قلبی می گردند. و در حدود دو میلیون میانسال مبتلا به اختلال عروق کرونر خاموش^۱ زندگی می کنند (۵).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ در سال ۱۹۹۶ بیماریهای قلب و عروق در حدود ۲۰ درصد از علل مرگ در دنیا را شامل می شد. (حدود ۱۴ میلیون نفر) و از جمله مهمترین علت مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه تلقی میشود. و از طرفی انجمن قلب امریکا^۳ اظهار می دارد هزینه درمانی بیماران کرونری در این کشور نزدیک به ۱۵۰ میلیون دلار در سال تخمین زده می شود (۶).

1- Silent Myocardial Ischemia

2- World Health Organization (WHO)

3- American Heart Association

مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد حدود ۲۵ درصد مرگ و میرها ناشی از اختلال قلبی عروقی است و این آمار همیشه صدر جدول مرگ و میر قرار دارد، مطالعه انجام شده در سال ۱۳۶۹ که در بیست و چهار استان ایران انجام شده نشان می‌دهد ۳۸٪ علت مرگ و میر مربوط به اختلال قلبی عروقی است و این رقم در سال ۷۳ به ۴۶٪ رسیده است (۷).

درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در تهران روندی شبیه به کشورهای پیشرفته و داشته و مطالعات نشان می‌دهد که سهم بیماری قلبی عروقی در تهرانی‌ها از حدود ۲۶٪ در سال ۱۳۶۵ به بیش از ۵۰٪ در سال ۱۳۷۵ رسیده است (۸).

گزارش دیگری حاکی از این است که حدود یک چهارم مرگ و میر در کشور ما از ناشی از اختلال قلبی عروقی است. بطوریکه بر اساس گزارش درج شده و آمار استخراج شده از واحد انفورماتیک سازمان بهشت زهرا در نیمه اول سال ۱۳۷۹ نشان می‌دهد که حدوداً بیست درصد از کل فوت شدگان ناشی از مشکل قلبی عروقی بوده است. البته لازم به ذکر است که احتمال اینکه درصد یاد شده قابل تعمیم به دیگر مناطق کشور نباشد وجود دارد، اما مطالعات پراکنده موجود همگی بیانگر این واقعیت هستند که آمار مرگ و میر ناشی از بیماریهای مسری کاسته شده و مشکل قلبی عروقی و حوادث همچنان کاملاً جدی و قابل توجه می‌باشد (۹).

از آنجائیکه بیماری اختلال عروق کرونر ماهیت پیچیده و مولتی فاکتوریال^۱ دارد، طبعاً برای حل این مشکل نمی‌توان یک راه حل واضح طراحی نمود و این اختلال میتواند متأثر از مسائل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، منطقه ای و ... باشد. و لذا توجه به استراتژی جهانی، که نگاه همه جانبه می‌باشد، امکان کاهش بروز و شیوع بیماری و به نوعی کنترل آن را تا حد زیادی میسر خواهد کرد. بطوریکه، کنترل و کاهش عوامل خطر ساز بیماری، آموزش های عمومی در خصوص مواردی چون چاقی، سیگار، چربی ها، رژیم غذایی مناسب، فعالیت فیزیکی، سبک زندگی. شناسائی و تعیین افراد در

معرض خطر و پیشگیری از بروز اختلال کرونری از برنامه های اصولی بهداشت جهانی است. که در این خصوص تحقیقات و سرمایه گذاری زیادی صورت گرفته (۱۰).

مرکز تحقیقات و مراقبت های سلامتی^۱ بر این اعتقاد است که همه مددجویان مبتلا به نارسائی قلبی باید اطلاعات ضروری در زمینه ماهیت بیماری خود علائم و نشانه های بدتر شدن، عوارض زود رس و دیررس بیماری و بالاخره از پیش آگهی و روند مراقبت از خود مطلع باشند(۱۱). اقدامات مراقبتی پرستاران در جهت آموزش بیمار، درگیر کردن بیمار در امر مراقبت از خود و پی گیری و ارزیابی مستمر مددجویان قلبی از سوی پرستار منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش مرگ و میر شده و علیرغم مداخله همه جانبه^۲ و بکارگیری تخصص های متعدد مداخله مراقبتی پرستار اثربخشی مطلوبی داشته و ضروری است مشکل سلامتی این بیماران، با نگاه و مطالعه عمیق تری صورت پذیرد (۱۲). و لذا به منظور شناخت ماهیت مشکل، تعریف و تشریح عمیق تر پدیده میتوان از روش پژوهش کیفی کمک گرفت چراکه اگر مطالعات و بررسی های انجام شده در خصوص بیماری عروق کرونر را نگاه کنیم در می یابیم که اکثر این مطالعات به منظور بررسی فیزیو پاتولوژی و یا در جهت یافتن روشهای درمان دارویی و جراحی می باشد. وبه عبارتی می توان اذعان نمود که رویکرد غالب در این بررسی ها، نگرش طبی و با استفاده از روشهای تحقیق کمی صورت پذیرفته است. البته شکی نیست که پژوهشها و اقدامات انجام شده، توفیقات بسیار زیادی در جهت درمان و شناخت فیزیو پاتولوژی بیماری را کسب نموده، اما به نظر می رسد ضروری است همگام با پژوهشهای با رویکرد طبی که رفع مشکل را در انجام، درمان دارویی و جراحی می داند. توجه به رویکرد های مراقبتی و استفاده از روش های کیفی که برای تبیین و شناخت عمیق مشکلات طراحی شده، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. که در فصول بعدی در خصوص پژوهش کیفی و رویکرد مراقبتی مورد نظر توضیح داده خواهد شد.

1- Agency for Health Care Policy And Research (AHCPR)

2- Multidisciplinary interventions

چارچوب پنداشتی مطالعه

با توجه به نگاه و رویکرد مراقبتی، چارچوب پنداشتی در این پژوهش را مفهوم «مراقبت»^۱ تشکیل می‌دهد چرا که از دید پژوهشگر نگاه کردن از منظر مراقبت، می‌تواند مکمل مطالعات قبلی بوده و به شناخت بهتر این معضل کمک نماید.

مراقبت اساسی‌ترین محور فعالیتهای پرستاری محسوب شده و شالوده حرفه پرستاری تلقی می‌گردد (۱۳). از نقطه نظر تاریخچه ای مفهوم عام مراقبت بهداشتی را میتوان در یادداشت‌های فلورانس نایتینگل^۲ در سال ۱۸۵۹ پیدا نمود. نایتینگل که از بینان گذاران پرستاری علمی است با روشی مطلوب بیماران خود را بدقت مشاهده و بررسی می‌نمود و سپس به امر مراقبت می‌پرداخت. او اظهار می‌دارد در ارائه مراقبت باید به عواملی چون هوای تازه، نور مناسب درجه حرارت (گرما) مطلوب، سکوت و آرامش روحی روانی، پاکیزگی و نظافت توجه نمود. و لذا در جهت تسهیل در فرآیند بهبودی توجه و تأمین شرایط محیطی را جزء ضرورت‌های امر مراقبت نام می‌برد (۱۴).

اگرچه نایتینگل در خصوص پرستاری مطالب مفیدی را عرضه نمود اما تا قبل از سال ۱۹۵۰ اصولاً مفهوم مراقبت به معنای خاص مطرح نبود و اقدامات پرستاری بر اساس تجربیات افراد و بیشتر از روی دلسوزی و عواطف انسانی صورت می‌پذیرفت و اصولاً پرستاری بصورت حرفه ای مطرح نبود. و لذا روشهایی که صورت می‌پذیرفت بر اساس تجربیات گذشته بود و بشکل سنتی و ثابت بود. در این روند رویکرد سنتی حدود یک قرن ادامه داشت. اما از سال ۱۹۶۰ به بعد همگام با توسعه و پیشرفت سریع علوم و تکنولوژی شرایط و نیازهای جدیدی در علوم بهداشتی درمانی مطرح شد که این رویکرد سنتی تأمین کننده نیازهای تازه نبود و بالطبع پرستاران نیز برای تأمین نیازهای متنوع و جدید، شروع به توسعه و تجدید نظر و تبیین عملکرد خود نمودند.

1- Caring

2- Florence Nightingale

پیلو^۱ جزء اولین افرادی است که در اوایل دهه ۱۹۵۰ سال (۱۹۵۲) تلاش زیادی در جهت تغییر نگرش سنتی پرستاری نمود و نظریه ارتباطات فردی^۲ را مطرح نمود و در همین راستا معتقد است پرستاری نوعی رابطه انسانی است که بین فرد نیازمند به خدمات پرستاری (بهداشتی) و پرستار مجرب به منظور شناخت و پاسخ به نیازهای بیمار بوجود می‌آید. و در این خصوص نقشهای متنوعی چون مشاور، معلم یا آموزش دهنده، را برای پرستاری قائل و تعریف نمود تا تکمیل کننده این تعامل انسانی باشد. ولی معتقد بود پرستاران تحصیل کرده باید به منظور رفع نیازهای بیماران ابتدا اقدام به شناخت و بررسی دقیق و علمی نموده تا بتوانند فردی موثر باشند (۱۵).

در سال ۱۹۸۵ هندرسون^۳ پرستاری را یک فعالیت ویژه و منحصر به فرد تلقی کرد و در تعریفی از پرستاری اظهار می کند «پرستاری در واقع کمک کردن به فرد بیمار یا سالم است تا بتواند در انجام فعالیت‌هایی که او را در تامین سلامتی و بهبودی یاری دهد. بطوریکه با کسب آگاهی‌های ضروری و لازم و حفظ نیروی جسمی روانی بتواند در جهت فعالیت‌های روزمره خود اقدام نموده و بنوعی مراقبت از خود را انجام دهد. و به عبارتی رساندن بیمار به حد استقلال و عدم وابستگی را جزء وظایف و استراتژی‌های مراقبتی تلقی می کند (۱۶).

حدود یکسال پس از طرح نظریه هندرسون، خانم اورم (سال ۱۹۵۹) الگوی خود مراقبتی^۴ را مطرح نمود. و انسان را موجودی جسمی، روانی، اجتماعی معرفی نمود که می تواند به عنوان عامل مراقبت از خود مطرح شده و در جهت تامین و حفظ سلامتی خود کوشا باشد. و در همین رابطه پرستار را به عنوان کمک کننده و آموزش دهنده فرد در زمانی که مددجو قادر به برآورده کردن نیازهایش نیست معرفی می کند. اورم انجام مراقبت اصولی را منوط به شناخت نیازهای همگانی، تکاملی و زمان بیماری می داند. و اظهار می دارد امر مراقبت همواره بدنبال تشخیص نیازها و درک

1- Peplau

2- Interpersonal Relations

3- Henderson

4- Self care model