

Exploring Family Physicians' Perspectives on Self-Care Education for Medical Students

Atefeh Zabihi Zazoly¹

Reza Saharkhiz²

Maryam Zarrinkamar^{3,4}

Mojgan Geran^{3,4}

Akram Zhianifard⁵

¹ Assistant Professor, Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² MPH of Family Medicine, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Diabetes Research Center, Institute of Herbal Medicines and Metabolic Disorders, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ PhD Candidate in Medical Education, Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received May 12, 2025; Accepted July 15, 2026)

Abstract

Background and purpose: Self-care, defined as the ability to adapt and care for oneself in the face of physical, social, and emotional challenges, plays a key role in the health and well-being of both physicians and patients. Studies indicate that universities have been largely unsuccessful in promoting self-care among medical students and that comprehensive educational programmes on self-care remain lacking. Given that family medicine is among the most common and important career pathways for general medical students after graduation, exploring family physicians' experiences of self-care can provide valuable insights into the development and refinement of educational programmes in this area. Therefore, this study aimed to explore family physicians' perspectives on self-care education for undergraduate medical students.

Materials and methods: This qualitative study was conducted using a conventional content analysis approach. Data were collected through semi-structured interviews with seven family physicians, selected through purposive sampling to achieve maximum diversity. Data analysis was performed using the conventional content analysis approach described by Hsieh and Shannon.

Results: Analysis of the interview transcripts yielded 109 initial codes, 23 subcategories, 8 categories, and 3 overarching dimensions. These dimensions included: (1) barriers and challenges to self-care in medicine; (2) the self-care needs and priorities of family physicians; and (3) educational planning for self-care in undergraduate medical education.

Conclusion: The findings of this study provide valuable insights for the development of self-care education for medical students as future family physicians. Self-care education should be embedded throughout the medical curriculum, from the basic medical sciences to postgraduate and continuing professional education.

Keywords: Self-care, Medicine, Family Physician, Student, Clerkship

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (259): 124-135 (Persian).

Corresponding Author: Maryam Zarrinkamar - Department of family medicine, faculty of medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: Maryamzarrinkamar7040@gmail.com) & **Mojgan Geran**- Institute of Herbal Medicines and Metabolic Disorders, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Email: moj1357geran@gmail.com)

واکاوی نظرات پزشکان خانواده در خصوص آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی عمومی

عاطفه ذبیحی ززولی^۱رضا سحرخیز^۲مریم زرین کمر^{۳،۴}مژگان گران^{۳،۴}اکرم ثیانی فرد^۵

چکیده

سابقه و هدف: خود مراقبتی به عنوان توانایی تطابق و مراقبت از خود در برابر چالش‌های جسمی، اجتماعی و عاطفی، نقشی کلیدی در سلامت پزشکان و بیماران دارد. مطالعات نشان می‌دهد دانشگاه‌ها در ارتقای خود مراقبتی دانشجویان پزشکی چندان موفق نبوده‌اند و برنامه آموزشی جامعی در این زمینه وجود ندارد. با توجه به این که فعالیت به عنوان پزشک خانواده یکی از مسیرهای شغلی رایج و مهم دانشجویان پزشکی عمومی بعد از دانش آموختگی آن‌ها می‌باشد، بنابراین بررسی تجربیات پزشکان خانواده در خصوص خود مراقبتی، می‌تواند اطلاعات مناسبی برای طراحی یا اصلاح برنامه‌های آموزشی در این زمینه فراهم کند. لذا مطالعه کنونی با هدف واکاوی نظرات پزشکان خانواده درباره آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی عمومی، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه کیفی حاضر با رویکرد تحلیل محتوای عرفی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۷ نفر از پزشکان خانواده که به روش نمونه‌گیری هدفمند و حداکثر تنوع انتخاب شدند، جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با روش هسیه و شانون صورت گرفت.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها در مجموع ۱۰۹ کد اولیه، ۲۳ زیر طبقه، ۸ طبقه و ۳ بعد استخراج شد که این ابعاد شامل موانع و چالش‌های خود مراقبتی در پزشکی، ضروریات و حوزه‌های خود مراقبتی پزشکان خانواده، برنامه‌ریزی آموزشی خود مراقبتی در مقطع پزشکی عمومی بود.

استنتاج: یافته‌های مطالعه کنونی به عنوان نقشه راهی برای برنامه‌ریزی آموزشی خود مراقبتی جهت دانشجویان پزشکی به عنوان پزشکان خانواده آینده می‌باشد که نیاز است از زمان علوم پایه پزشکی تا ضمن خدمت (آموزش مداوم حرفه‌ای) ادامه یابد.

واژه‌های کلیدی: خود مراقبتی، پزشکی، پزشکی خانواده، دانشجوی، کارورزی

مؤلف مسئول: - مریم زرین کمر - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خورآباد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران E-mail: Maryamzarrinkamar7040@gmail.com

مژگان گران: - ساری: پژوهشکده داروهای گیاهی و اختلالات متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران E-mail: Moj1357geran@gmail.com

۱. استادیار، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. MPH پزشکی خانواده، گروه پزشکی خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه پزشکی خانواده، گروه آموزشی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده داروهای گیاهی و اختلالات متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. کاندیدای دکتری تخصصی آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۲/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۲/۲۹ تاریخ تصویب: ۱۴۰۵/۴/۲۴

مقدمه

امروزه اهمیت آموزش پزشکی جامعه‌محور به خصوص در مقطع پزشکی عمومی توجه زیادی را به خود جلب نموده است (۱). در آموزش جامعه‌نگر فرصت ویزیت مستقل بیماران، تجربه کردن بررسی‌ها و انتخاب‌های مناسب، برقراری ارتباط و تمرین رویه‌های عملی ساده وجود دارد و آموزش‌هایی همچون ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماری و ارزیابی نیاز جامعه می‌تواند مکمل خلاهای آموزشی باشد (۲). بنابراین آموزش در درمانگاه، مراکز بهداشت و جامع سلامت، بخش مهمی از کوریکولوم پزشکی عمومی ایران شده است که با اجرای طرح پزشک خانواده، فرصت بیش‌تری برای آموزش دانشجویان پزشکی در بستر جامعه فراهم گردیده است (۳).

اهمیت این موضوع با توجه به این‌که اکثر دانشجویان پزشکی بعد از فارغ التحصیلی به عنوان پزشک اورژانس، پزشک خانواده و در مراکز بهداشتی فعالیت می‌کنند، بیش‌تر می‌شود (۴، ۵). با این حال همواره نگرانی در مورد کسب آمادگی پزشکان عمومی برای پذیرش نقش پزشک خانواده وجود دارد و مطالعه طهماسبی و همکاران نشان داد که در برخی جنبه‌های پزشک خانواده نتایج مطلوب حاصل نشده است (۶، ۷).

مطالعات نشان داد که برخورد نامناسب مردم، ساعت کاری زیاد، بار مراجعه بالا، عدم امنیت شغلی، فشارهای هیجانی از جمله عوامل ترک خدمت پزشکان خانواده بوده است (۸، ۹). بنابراین نیاز است در برنامه‌ریزی آموزشی کارورزی پزشک خانواده جهت دانشجویان پزشکی عمومی فرصتی فراهم شود تا ضمن ظرفیت‌سازی برای پذیرش این نقش، قادر به خود مراقبتی نیز باشند. ضمن آن که مسئولیت آموزش خود مراقبتی به گروه‌های مختلف اجتماعی نظیر سالمندان، زنان و سایر افراد را نیز بر عهده دارند (۱۰). یکی از انتظارات جامعه از دانشگاه نیز کسب توانایی خود مراقبتی و خودکارآمدی در دانشجویان می‌باشد (۱۱).

خود مراقبتی، توانایی تطابق با شرایط و مراقبت از خود در مواجهه با چالش‌های فیزیکی، اجتماعی و احساسی نیز می‌باشد. میان سلامت روان و عناصر رفتاری در خود مراقبتی ارتباط وجود دارد (۱۲).

بررسی‌ها نشان داد مداخلات پراکنده برای آموزش خود مراقبتی صورت گرفته، اما برنامه جامعی وجود ندارد و دانشگاه‌ها مطلوب عمل نکرده‌اند (۱۱). یکی از دلایل این امر، مشخص نبودن ابعاد خود مراقبتی در حوزه‌های مختلف علوم پزشکی است تا برنامه‌ریزی متناسب صورت گیرد. دانشجویان با مفهوم خود مراقبتی بیگانه هستند و در شرایط حساس، قابلیت مراقبت فردی را ندارند. دارایی‌ها و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی مازندران، وضعیت خود مراقبتی معنوی را بررسی کردند (۱۳).

در این راستا بررسی نظرات پزشکان خانواده که بسیاری از موارد را تجربه و درک کرده‌اند، بسیار کمک کننده است. طی بررسی محققین، مطالعه‌ای که به بررسی این موضوع در ایران و جمعیت پزشکان خانواده به روش کیفی پرداخت، یافت نشد. لذا هدف از مطالعه جاری، واکاوی نظرات پزشکان خانواده در خصوص آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی عمومی بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه از روش تحلیل محتوای کیفی عرفی استفاده شد. انتخاب شرکت کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی بود و حداکثر تنوع از نظر سن، جنسیت، مدت اشتغال و محل خدمت رعایت شد. معیار ورود، پزشکان خانواده شاغل در مراکز جامع خدمات سلامت شهری و روستایی استان مازندران بودند و معیار خروج، فعالیت کم‌تر از یک سال یا ترک به دلیل ادامه تحصیل در نظر گرفته شد. مطالعه در مراکز بهداشت شهرستان ساری و مرکز پزشک خانواده سورک تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد و این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه

علوم پزشکی مازندران با کد IR.MAZUMS.REC.1403.291 است.

ابزار جمع آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختارمند چهره به چهره بود. مصاحبه در مکان آرام و ساعتی مناسب با هماهنگی قبلی انجام شد. قبل از شروع، فرم اطلاعات مطالعه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. سؤالات باز پاسخ با مرور متون و همکاری مشاور آگاه طراحی شد. سؤالات مصاحبه شامل موارد زیر بود.

۱. به نظر شما منظور از خود مراقبتی برای یک پزشک خانواده چیست؟ اهمیت خودمراقبتی در چیست؟
۲. به نظر شما ابعاد و حوزه های آموزش خود مراقبتی به کارورزان پزشکی خانواده کدامند؟
۳. به نظر شما مؤلفه ها و زیر حوزه های آموزش خود مراقبتی به کارورزان پزشکی خانواده کدامند؟
۴. در چه زمینه های خود مراقبتی یک فارغ التحصیل پزشکی عمومی برای پذیرش نقش های پزشک خانواده باید توانمند شود؟

در موارد نیازمند از سؤالات پیگیری (توضیح دهید یا مثالی بزنید) استفاده شد. مدت هر مصاحبه بین ۳۵ تا ۵۰ دقیقه بود. پس از پایان، از همکاری آنان قدردانی گردید. مصاحبه ها با کسب اجازه، توسط ضبط صوت ضبط و یادداشت برداری شد. فرآیند نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه یافت که پس از ۷ مصاحبه حاصل شد. نتایج تحلیل نشان داد که از مصاحبه پنجم به بعد، مفاهیم جدید به تدریج کاهش یافت و محتوای مصاحبه ها عمدتاً تکرار یافته های

پیشین بود. برای اطمینان از کفایت، دو مصاحبه دیگر انجام شد که اطلاعات جدیدی نداشت. تحلیل داده ها به صورت دستی با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم پیشنهادی هسیه و شانون انجام شد (۱۴).

پیاده سازی مصاحبه ها توسط محقق (R.S) در ورد انجام شد. سپس متن جلسات چندین بار توسط سه محقق (A.Z, M.Z, R.S) مطالعه شد تا مفاهیم اصلی استخراج شود. با مرور کلمه به کلمه و مشخص کردن واحدهای معنایی، کدهای اولیه استخراج و وارد اکسل شد و کدها خط به خط مقایسه شدند. اختلافات در جلسات اجماع حل شد. با حذف کدهای تکراری، تقلیل داده ها صورت گرفت. کدهای مشابه در دسته بندی کلی تر قرار گرفتند و زیر طبقه ها شکل گرفتند. در نهایت طبقه های اصلی ظهور یافتند. نسخه ای از نتایج برای دو محقق دیگر (M.G, A. Zh) ارسال شد که نتایج مشابهی به دست آمد. مثالی از فرایند کدگذاری در تصویر شماره ۱ آمده است.

در پژوهش کیفی حاضر، برای تأمین صحت و استحکام داده ها، چهار معیار اعتبار، تأیید پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال رعایت شد (۱۵). اعتبار از طریق بازخورد به مشارکت کنندگان، زمان کافی و ترکیب محققین، تأیید پذیری با بازنگری چند ناظر و مستندسازی کامل، قابلیت اعتماد با استفاده از داور خارجی و ثبت جزئیات، و قابلیت انتقال نیز با نمونه گیری حداکثر تنوع تأمین گردید.



تصویر شماره ۱: مثالی از فرایند تحلیل داده های کیفی طبقه "دلائل آموزش و بکارگیری خودمراقبتی در پزشکی"

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع با ۷ مصاحبه اشباع داده حاصل شد. اکثر شرکت کنندگان مؤنث (۷۰ درصد) و دارای میانگین سنی ۵۲ سال بودند. میانگین سنوات خدمت شرکت کنندگان در مطالعه برابر با ۲۴ سال بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

کد شرکت کننده	جنسیت	سن	تجربه پزشک خانواده شهری یا روستایی	سنوات خدمت
P1	مؤنث	۴۹	پزشک خانواده شهری	۲۳ سال
P2	مذکر	۵۹	پزشک خانواده شهری	۲۹ سال
P3	مؤنث	۴۷	پزشک خانواده شهری	۲۳ سال
P4	مذکر	۵۵	پزشک خانواده روستایی	۲۷ سال
P5	مؤنث	۵۳	پزشک خانواده شهری	۲۵ سال
P6	مؤنث	۵۱	پزشک خانواده شهری و روستایی	۱۹ سال
P7	مؤنث	۴۸	پزشک خانواده شهری و روستایی	۲۰ سال

با تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها در مجموع ۱۰۹ کد اولیه، ۲۳ زیر طبقه، ۸ طبقه و ۳ بعد استخراج شد. ابعاد استخراج شده شامل، اول، موانع و چالش‌های خود مراقبتی در پزشکی (شامل طبقه موانع خود مراقبتی در دانشجویان پزشکی و پزشکان خانواده)، دوم، ضروریات و حوزه‌های خود مراقبتی پزشکان خانواده (شامل دو طبقه دلایل آموزش و به‌کارگیری خود مراقبتی در پزشکی، ابعاد خود مراقبتی پزشکان) و سوم، برنامه‌ریزی آموزشی خود مراقبتی در مقطع پزشکی عمومی (شامل پنج طبقه آموزش سلامت جسمی و شیوه زندگی سالم در دانشجویان پزشکی، آموزش بهداشت و سلامت روانی و عاطفی دانشجویان پزشکی، زمان آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی، آموزش منسجم و سازماندهی شده خود مراقبتی، تدارک منابع و اقدامات حمایتی خود مراقبتی جهت پزشکان و دانشجویان پزشکی)، می‌باشد. جزئیات ابعاد، طبقه‌ها و زیر طبقه‌ها در جدول شماره ۲، آورده شده است.

به طور کلی، مطالعه کنونی نشان داد که تمامی پزشکان خانواده، خود مراقبتی را به عنوان یک الزام و ضرورت برای پزشک تعریف کردند و تاکید داشتند که توانمندسازی پزشکان در این زمینه باید از دوره

آموزشی پزشکی عمومی و در دانشکده پزشکی آغاز شود و بعد از فارغ التحصیلی نیز ادامه باید که در این مطالعه تحت عنوان طبقه دلایل آموزش و به‌کارگیری خود مراقبتی در پزشکی (شامل دو زیر طبقه انتظارات- فشارها و استرس‌های کاری و زندگی، پیشگیری و پیگیری به موقع بیماری‌ها) قرار داده شد.

به عنوان نمونه، شرکت کننده P7 در این زمینه بیان کرد: "هر روز هم یک طرح و برنامه جدید و توقع کاری در مدت محدود کاریمون داریم که باید عجله کنیم به اون دستورالعمل‌هایی که مد نظر هست هم برسیم که این باز فشار و استرس کاری را دو چندان میکنه -طبقه دلایل آموزش و به‌کارگیری خود مراقبتی در پزشکی".

علی رغم اهمیت مذکور، شرکت کنندگان در مطالعه بیان کردند که تعدادی موانع خود مراقبتی برای پزشکان چه در زمان دانشجویی و چه در زمان فعالیت به عنوان پزشک خانواده وجود دارد که منجر به عدم اقدامات خود مراقبتی و پیشگیری از بیماری‌ها در پزشکان می‌شود. این موارد در این مطالعه در دو زیر طبقه موانع خود مراقبتی حین تحصیل، موانع خود مراقبتی حین کار و اشتغال قرار داده شد. به عنوان مثال، شرکت کننده P2 اظهار داشت: "در حین تحصیل با توجه به سن کم اکثر دانشجویان و داشتن سلامت جسمی که در اون دوران دارند و با توجه به حجم بالای دروس، استرس‌های متفاوت و انواع و اقسام واحدهای عملی همراه با کشیک‌های پر استرس در اون زمان بسیاری از این افراد بحث خود مراقبتی جزء اولویت هاشون نبوده". همچنین مطابق نتایج مطالعه، تمامی شرکت کنندگان در مورد ابعاد مختلف خود مراقبتی پزشک با یکدیگر هم نظر بودند و در توصیفات خود، از خود مراقبتی برای پزشکان به ابعاد سلامت روان، جسمانی، روحی و ایجاد تعادل بین کار و زندگی توافق داشتند. ضمن آن که، تا پنج بعد برای خودمراقبتی یعنی بعد معنوی، بعد عاطفی، بعد جسمی، بعد روانی و بعد اجتماعی پررنگ کردند.

جدول شماره ۲: تجزیه و تحلیل متن مصاحبه و کدهای استخراج شده

کد	زیر طبقه	طبقه	ابعاد
حجم کار زیاد فشار چارچوب های آموزشی استرس های دوران تحصیل افزایش حجم دروس واسطه های علمی و تکنیک های پر استرس عدم انجام پیگیری های روتین سلامتی سن کم و داشتن سلامت جسمی اولیه در آن سن عدم آموزش در خصوص خود مراقبتی به دانشجویان ساعت کاری طولانی انتظارات بالای جامعه فرسودگی شغلی نداشتن و عدم اختصاص وقت کافی برای خود مراقبتی جسمی اضافه شدن مداوم طرح ها و برنامه های جدید به کار پزشکان خانواده فشارهای رسانه ای به حوزه پزشکی نیود مرجع حمایتی مشخص در حین فعالیت فشار ناشی از عدم آمادگی پزشکان جوان تفرقات غیر واقعی و توهمی ها پرداخت های نامنظم فشار و استرس کاری و زندگی استرس و اضطراب ناشی از خطاهای پزشکی پیشگیری از بروز به بیماری های عضلانی اسکلتی به خاطر کنشک های طولانی و سرپایمان طولانی پیشگیری از بیماری های مزمن با تغییر life style پیشگیری از بیماری ها با تشخیص زود هنگام آنها بالا بودن احتمال افزایش بیماری های مزمن در پزشکان به دلیل عدم خود مراقبتی نگاه کردن به بیمار با نگاه به مبدا هستی انسان را بالاتر از شرایط جسمی دیدن تقویت دید معنوی نسبت به یک بیمار در نظر گرفتن موارد معنوی در معاینه بیمار ایجاد تعادل بین خود و اطرافیان ایجاد فضای آرامش درمانی تغذیه سالم و حفظ یک رژیم غذایی متعادل انجام فعالیت های بدنی منظم ایجاد تعادل بین کار و زندگی داشتن زمان کافی برای استراحت و فعالیت های غیر حرفه ای خواب کافی و با کیفیت برای حفظ عملکرد شناختی و سلامت عمومی جلو گیری از فرسودگی شغلی ارتباط با مشاور یا روانشناس مدیریت فشارهای روانی گفتگو با همکاران و دوستان در مورد تجربیات شغلی بیان احساسات به شیوه سازنده تقویت و حفظ روابط سالم و معنادار با دیگران ارتباط با خانواده و دوستان اختصاص زمان برای خانواده و دوستان مشارکت در فعالیت های اجتماعی آموزش دوره ای خود مراقبتی در زمینه ٬ بیماری های دایب، فشار خون، هایپر لیپیدی، آموزش خود مراقبتی جهت بیماری های قلبی، مغز و عروق مغزی آموزش دوره ای مربوط به بیماری های کسره پستان، کسره سرویکس، HPV آموزش سلامت باروری انجام معاینات پزشکی و ویزیت دوره آزمایش خون دوره ای سونوگرافی و تصویربرداری ها پاپ اسمیر ماموگرافی خود مراقبتی در زمینه ٬ سلامت بهداشت و دندان آموزش در زمینه وضعیت صحیح رعایت ارگونومی نشستن یا کار با سیستم آموزش شیوه زندگی سالم آموزش مربوط به تغذیه سالم، خواب کافی و فعالیت های فیزیکی مناسب اجتناب از رفتارهای اعتیاد و پرخطر مانند مصرف الکل و سیگار استفاده از نچرال فود ها یا گرین فودها انجام ورزش های سبک مانند شنا و پیاده روی آموزش اجتماعی نظیر فوائد عدم استفاده از وسایل نقلیه آموزش مدیریت تئورین نقش ضعیف انجام فعالیت های مورد علاقه درک نشانه های استرس، اضطراب و افسردگی آموزش سلامت روان پزشکان مدیریت زمان و کارایی آموزش راهکارهای تعادل بین کار و زندگی مهارت های حل مسئله بهبود مهارت ارتباطی یادگیری گوش دادن فعال ارتقای همدلی تکنیک های مدیریت تعارض ضرورت آموزش عملی و تئوری در کنار هم آموزش خود مراقبتی قبل از شروع دوره و کار در محیط بالینی برگزاری کلاس های آموزشی حین دوره بالینی بهرین زمانش قبل از شروع دوره کارورزی و در زمان استاجری واکنش به کردن دانشجویان در مقابل بیماری ها در دوره پایان پزشکی و قبل شروع طرح آموزش اولیه در مراکز بهداشت و مناسب با فرهنگ هر شهر یا روستا شرکت در دوره های آموزشی و سمینارها آموزش خود مراقبتی توسط مراکز آموزش مداوم پروژکتور داشتن دانش پزشکی از طریق مقالات، کتب و رسانه ها تعریف درس خود مراقبتی در دوره پزشکی عمومی برگزاری کلاس های درست و حسابی خود مراقبتی جهت تبیین مقاطع پزشکی تعریف خود مراقبتی به عنوان یک سر فصل در کارورزی پزشکی خانواده ارائه آموزش های تصویری آموزش با مولتی مدیا آموزش عملی همراه با تئوری یکپارچگی رویکرد آموزشی الگو نقش استفاده از گروه های روان شناسان و روان پزشکان مرتبط با حوزه سلامت جهت مواردی نظیر استرس و افسردگی آموزش توسط متخصصان هر حوزه نظیر تغذیه، تربیت بدنی و غیره در نظر گرفتن ویزیت تخصصی سالانه توسط یک تیم تخصصی برای پزشکان خانواده معرفی منابع و خدمات حمایتی کمک کننده به خود مراقبتی حمایت مالی و درآمدی حمایت معنوی و مذهبی در نظر گرفتن فعالیت های مربوط به سبک زندگی سالم توسط سیستم کارفرما حمایت مالی و اقتصادی در نظر گرفتن خدمات خود مراقبتی رایگان جهت ویزیت ها و آزمایش های دوره ای برگزاری اردوهای حمایتی دانشجویی در نظر گرفتن فوق برنامه ها نظیر کلاس موسیقی، کوهنوردی، پیاده روی اجرای برنامه های ایجاد شادی حمایت روانی در خوابگاه و فضاهای آموزشی تدارک امکانات ورزشی و رفاهی حمایت تغذیه ای توسط دانشگاه ارائه برنامه ریزی های منظم تر در دوران تحصیل کاهش کنشک ها در دوران پزشکی	موانع خود مراقبتی حین تحصیل موانع خود مراقبتی در دانشجویان پزشکی و پزشکان خانواده موانع و چالش های خود مراقبتی در پزشکی موانع خود مراقبتی حین کار و اشتغال انتظارات، فشارها و استرس های کاری و زندگی دلایل آموزش و یکپارچگی خود مراقبتی در پزشکی پیشگیری و پیگیری به موقع بیماری ها بعد معنوی بعد عاطفی بعد جسمی بعد روانی بعد اجتماعی برنامه ریزی آموزشی خود مراقبتی در مقطع پزشکی عمومی افزایش دانش خود مراقبتی دانشجویان در زمینه ٬ بیماری های مزمن و روتین آموزش پیگیری های خود مراقبتی آموزش سلامت جسمی و شیوه زندگی سالم در دانشجویان پزشکی تغییر به سمت شیوه زندگی سالم آموزش تکنیک های مدیریت استرس یادگیری مدیریت زمان و حل مسئله آموزش مهارت ارتباطی آموزش حین دوره تحصیلی زمان آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی آموزش مداوم و یادگیری مادام العمر تعریف دروس و سر فصل های آموزشی خود مراقبتی روش های یاددهی و یادگیری خود مراقبتی به کارگیری مدرسان و مربیان تخصصی مرتبط جهت تدریس حمایت های خود مراقبتی حین اشتغال به کار تدارک منابع و اقدامات حمایتی خود مراقبتی جهت پزشکان و دانشجویان پزشکی حمایت های خود مراقبتی حین تحصیل		

لذا در مطالعه کنونی در طبقه ابعاد خود مراقبتی پزشکان قرار داده شد. به عنوان مثال شرکت کننده P6 گفت: "خود مراقبتی برای پزشک خانواده به معنای توجه به سلامت جسمی، روحی، روانی خودمون به منظور حفظ تعادل و توانایی ارائه خدمات بهتر به بیماران".

همچنین شرکت کنندگان در مطالعه تأکید داشتند که خود مراقبتی نه تنها برای سلامتی خودشان، بلکه به کیفیت خدماتی که بیمارانشان ارائه می کنند، نیز بسیار تأثیرگذار هست. به عنوان مثال، شرکت کننده P7 اظهار داشت "یک پزشک سالم با روحیه بالا مسلماً به صورت الگوی عملی برای بیماران هست که با وضعیت جسمی و روحی مناسب تری داره میتونه به دیگران خدمت رساتی بهتری هم انجام بده".

علاوه بر آن، بررسی کدهای استخراج شده نشان داد که بیش ترین کدها به ترتیب مربوط به طبقه "تغییر به سمت شیوه زندگی سالم" و سپس طبقه آموزش بهداشت و سلامت روانی و عاطفی دانشجویان پزشکی بود که در صحبت های شرکت کنندگان در مطالعه تکرار شد. آن ها بیان کردند که برای آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی سرفصل های آموزشی باید شامل مواردی نظیر یادگیری تکنیک های مدیریت استرس مانند مدیتیشن، تمرین تنفس عمیق و انجام فعالیت های مورد علاقه باشد. به عنوان مثال، شرکت کننده P1 بیان کرد: "اصلاح شیوه زندگی یا لایف استایل داشته باشه. لایف استایلش چنج بشه. بتونه از بیماری ها پیشگیری بکنه. خیلی از دانشجویان ما وزن های خیلی بالایی دارند، خیلی از دانشجویان سندرم های متابولیک دارند که پیش درامد بیماری ها هستش باید این ها براشون انجام بشه".

با کنار هم قرار دادن بیانات شرکت کنندگان در مطالعه مشخص شد که از نظر آن ها آموزش و تشویق به خود مراقبتی در تمامی دوره تحصیلی و حرفه ای رشته پزشکی ضرورت دارد و آن را یک فرایند مداوم و مستمر می دانند که کدهای مربوطه در طبقه زمان آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی قرار گرفتند. علاوه بر آن نیاز

است، این آموزش به شکل منسجم و سازماندهی شده باشد (طبقه آموزش منسجم و سازماندهی شده خود مراقبتی). به عنوان مثال، شرکت کننده P7 بیان کرد: "جای دیگه ای که شاید آموزش خود مراقبتی بتونه کمک کنه در دوره پایان پزشکی و قبل شروع طرح هستش که در شبکه بهداشت همون منطقه اگر آموزش داده بشه شاید به نظر من مفیدتر باشه. چون ممکنه مسائل و چالش های کار تو هر فرهنگی در شهر یا روستا جاهای مختلف متفاوت باشه و از نظر خود مراقبتی اجتماعی این آموزش ها در اون زمان مناسبتره، به نظر من".

در مطالعه کنونی، شرکت کنندگان براساس تجربیات دوره دانشجویی خود در پزشکی عمومی و تجربه اشتغال به عنوان پزشک خانواده تأکید کردند که هرگونه برنامه آموزشی خود مراقبتی بدون تدارک منابع حمایتی و اقدامات پیگیرانه بی نتیجه خواهد بود لذا موارد مذکور در طبقه تدارک منابع و اقدامات حمایتی خود مراقبتی جهت پزشکان و دانشجویان پزشکی قرار گرفت. به عنوان نمونه، شرکت کننده P1 بیان کرد: "به نظر من ویزیت های آزمایشی انجام بشه آزمایشات روتین اولیه مثل FBS سال هفتم تو اینترنتی انجام بشه، بیمه های خوب باید دانشجویان داشته باشند که بتواند انجام بدن یا اگر تو سیستم بهداشت انجام میدن رایگان براشون باشه لافل یکی دوبار رایگان باشه".

بحث

هدف از مطالعه جاری واکاوی نظرات پزشکان خانواده در خصوص آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود تا بر اساس دیدگاه و تجربیات آن ها نسبت به شناسایی و تبیین الزامات آموزشی خود مراقبتی به عنوان شاغلین آینده حوزه پزشکی خانواده اقدام کند. با تجزیه و تحلیل داده ها سه بعد استخراج شد که شامل، موانع و چالش های خود مراقبتی در پزشکی، ضروریات و حوزه های خود مراقبتی، برنامه ریزی آموزشی خود مراقبتی در مقطع پزشکی عمومی بود.

مطابق یافته‌ها، موانع و چالش‌های خود مراقبتی شامل موانع حین تحصیل و حین کار می‌باشد. شرکت کنندگان تأکید داشتند که یکی از مهم‌ترین موانع حین تحصیل، کم بودن سن دانشجویان و شور جوانی است که در کی از شرایط ناشی از افزایش سن ندارند تا نسبت به خود مراقبتی اقدام نمایند. ضمن آن که حجم دروس و کاری دانشجویان نیز فرصت کمی ایجاد می‌نماید. در مورد موانع حین کار، فشار کاری، قوانین اجرایی جدید و انتظارات بیماران و سیستم از موانع خود مراقبتی محسوب می‌شود. در مطالعه سربایان و همکاران نیز نقش سن و باورهای جوانی در کاهش خود مراقبتی مورد تأیید قرار گرفت. مطابق یافته‌های آن‌ها، باورهای جوانان درباره رفتارهای بهداشتی در خود مراقبتی تأثیر می‌گذارد. افراد هر چه موانع بیش تری درک کنند خود مراقبتی کم تری انجام می‌دهند (۱۶).

بعد ضروریات و حوزه‌های خود مراقبتی پزشکان خانواده شامل دلایل آموزش و ابعاد خود مراقبتی می‌باشد. مطابق یافته‌ها، دلایل به کارگیری خود مراقبتی در پزشکی ریشه در وظایف متعدد و جایگاه آن‌ها در جامعه دارد، زیرا علاوه بر نیاز انسانی، خود مجری و آموزش دهنده به سایرین هستند و به عنوان الگو مطرح می‌باشند. تا زمانی که خود سالم نباشند، امکان ارائه خدمات مراقبتی کامل را نخواهند داشت. پژوهش امیری و همکاران نشان داد که در ۲۲/۶۴ درصد دانشجویان علوم پزشکی استرس شدید، ۲۷/۳۴ درصد اضطراب شدید و ۶۵/۳۵ درصد افسردگی شدید وجود دارد که ناشی از استرس‌زاهای محیط تحصیلی است (۱۷).

همچنین مطابق مطالعه کنونی، ابعاد مختلفی برای خود مراقبتی پزشکان مطرح است و شرکت کنندگان در مطالعه بیان کردند، این ابعاد به یک اندازه مهم هستند و در کنار هم معیار کاملی از خود مراقبتی پزشکان را به نمایش خواهند گذاشت. بررسی مطالعات موجود نیز نشان داد که در آن‌ها بر اساس نوع مطالعه و جمعیت مورد بررسی، برخی از ابعاد برجسته‌تر بوده است.

به عنوان مثال همتی و هاشم لوطی مطالعه خود با بررسی ابزارها و مطالعات مختلف نسبت به استخراج ابعاد

خود مراقبتی و طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه اقدام کردند. در مطالعه آن‌ها پنج بعد برای خود مراقبتی تعیین شد که این پنج بعد، مراقبت از خود جسمی، مراقبت از خود روزانه، مراقبت از خود عاطفی، مراقبت از خود اجتماعی و مراقبت از خود به هنگام بیماری می‌باشد (۱۸). مقایسه یافته‌های مطالعه آن‌ها با مطالعه کنونی نشان داد که این یافته‌ها هم‌راستا با ابعاد خود مراقبتی مطالعه کنونی یعنی ابعاد جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی می‌باشد.

برخی از مطالعات نیز خود مراقبتی به دو قسمت یعنی سلامت محور و درمان محور قرار دادند و برخی نیز ۴ نوع از فعالیت‌ها را به عنوان انواع اصلی خود مراقبتی ذکر نموده است که این ۴ نوع فعالیت، خود مراقبتی تنظیمی، خود مراقبتی پیشگیرانه، خود مراقبتی واکنشی، خود مراقبتی بازتوانی، می‌باشد. همه موارد مذکور از طبقه‌ها و زیر طبقه‌های مطالعه کنونی نیز قابل استنباط است.

با این حال در مطالعه کنونی، بعد معنوی نیز توسط شرکت کنندگان پررنگ گردید که در تضاد با یافته‌های مطالعه همتی و هاشم‌لو می‌باشد. شرکت کنندگان در مطالعه کنونی باور داشتند که بعد معنوی خود مراقبتی نیز به دلیل فرهنگ و اعتقادات جامعه ایرانی به اندازه سایر ابعاد مهم می‌باشد. این تفاوت می‌تواند ناشی از نوع نگاه شرکت کنندگان در مطالعه و جمعیت مورد بررسی باشد و در مطالعه همتی و هاشم‌لو، ابعاد خود مراقبتی با نگاه با خود مراقبتی سالمندی استخراج شد (۱۸).

در بعد، برنامه‌ریزی آموزشی خود مراقبتی در مقطع پزشکی عمومی طبقه‌های آموزش سلامت جسمی و شیوه زندگی سالم در دانشجویان پزشکی، آموزش بهداشت و سلامت روانی و عاطفی دانشجویان پزشکی، زمان آموزش خود مراقبتی به دانشجویان پزشکی، آموزش منسجم و سازمان‌دهی شده خود مراقبتی، تدارک منابع و اقدامات حمایتی خود مراقبتی جهت پزشکان و دانشجویان پزشکی قرار گرفت. بررسی مطالعات موجود نشان داد که اهمیت آموزش خود مراقبتی و بررسی نتایج این آموزش به صورت محدودی در برخی از مطالعات و گروه‌های

مختلف بررسی شد. با این حال اکثر این مطالعات خارج از حوزه پزشکی عمومی بود.

به عنوان مثال Wan و همکاران طی یک مرور دامنه نشان دادند که جهت دانشجویان پزشکی عمومی بیش تر مداخلات آموزشی خود مراقبتی امیدوارکننده بود، اگر چه مداخلات مرتبط با ذهن آگاهی مبتنی بر همتایان بیش ترین اثربخشی از نظر تأثیر مثبت بر سلامت شخصی و بهبود مراقبت از بیمار داشت. با این حال وضعیت آموزشی خود مراقبتی ضعیف است و نیاز است در برنامه های درسی ادغام شود. همچنین در این مطالعه بر ارزیابی طولی و پشتیبانی از خود مراقبتی هم تأکید گردید (۱۹).

زری مقدم و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی اثربخشی آموزش خود مراقبتی روانی بر سلامت روان و اشتیاق تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه دوم نشان دادند که آموزش خود مراقبتی روانی بر سلامت روان فراگیران مؤثر بوده است. هر چند خود مراقبتی روانی بر اشتیاق تحصیلی فراگیران مؤثر نبوده است. در این مطالعه جمعیت مورد بررسی دانش آموزان بود و آموزش خود مراقبتی از نظر بعد روانی بررسی شد. یافته فوق هم راستا با طبقه آموزش بهداشت و سلامت روانی و عاطفی دانشجویان پزشکی بود و اثربخشی آن را مورد تأیید قرار داد (۲۰).

صادقی و همکاران نیز در مطالعه نیمه تجربی خود به آموزش بیماران جهت خود مراقبتی در چهار جلسه ۶۰ دقیقه ای پرداختند. محتوای آموزشی مورد تأکید آن ها در این جلسات عمدتاً مربوط به داشتن سبک زندگی سالم مواردی نظیر چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، فعالیت روزمره، ورزش، اجتناب از محرک ها و استرس، آموزش مهارت هایی مانند استفاده از اسپری های تنفسی بود. یافته های آن ها نشان داد که آموزش خود مراقبتی بر آگاهی و نگرش در بیماران مؤثر بود و آگاهی و نگرش در گروه آزمون پس از مداخله به شکل معناداری بهبود یافته بود (۲۱).

زارع و همکاران نیز در مطالعه خود طی تبیین مفهوم خود مراقبتی در جوانان، به پنج مضمون اصلی

تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی، رعایت بهداشت، خواب، مصرف دخانیات و الکل دست یافتند که این موارد در مطالعه کنونی نیز استخراج گردید (۲۲). موارد ذکر شده در پژوهش های مذکور، هم راستا با طبقه آموزش سلامت جسمی و شیوه زندگی سالم در دانشجویان پزشکی مطالعه کنونی می باشد که بیش تر تکرار و کدها را در مطالعه داشت.

مزدور دشتابی و همکاران در مطالعه خود به مقایسه آموزش خود مراقبتی از طریق تلفن همراه با روش آموزش چهره به چهره بر رفتارهای مراقبتی پرداختند. در پژوهش آن ها، نمونه ها در سه گروه (دو گروه ۱۹ نفره و یک گروه ۲۰ نفره) شامل گروه آموزش از طریق تلفن همراه، آموزش چهره به چهره و گروه کنترل تقسیم شدند. این مطالعه بیانگر تأثیر مثبت و برابر آموزش چهره به چهره و آموزش از طریق تلفن همراه بر رفتارهای مراقبتی شرکت کنندگان در مطالعه بود نتایج مطالعه آن ها با زیر طبقه های روش های یاددهی و یادگیری خود مراقبتی هم راستا می باشد (۲۳).

این امر می تواند ناشی از تنوع در سبک یادگیری افراد باشد، لذا استفاده از رویکردهای مختلف آموزشی به آن ها اجازه می دهد تا حداکثر تطبیق را داشته باشند و یادگیری عمیق تری اتفاق بیفتد. در مطالعه حاضر، استفاده از الگو نقش نیز پررنگ شد که به دلیل گروه هدف یعنی جامعه پزشکی است که خود الگوی بیماران هستند. به کارگیری روش های نمایشی، الگو نقش و شبیه سازها با ماهیت خود مراقبتی سازگارتر می باشد. طبقه دیگر، زمان آموزش است که بر آموزش حین تحصیل و تداوم آن در زمان اشتغال تأکید دارد. Kelly در مطالعه خود بیان کرد که رفتارهای پرخطر جوانان را تهدید می کند و تا بزرگ سالی تداوم می یابد (۲۴).

همچنین مطابق مطالعات، دانشجویان وضعیت مطلوبی در مورد روش های حفظ سلامت خود ندارند و رفتارها و عادات ناسالم جوانی زمینه ساز بیماری های مزمن در بزرگ سالی می شود. لذا آموزش خود مراقبتی از زمان جوانی می تواند مؤثر واقع شود (۱۶).

حمایت‌های خود مراقبتی حین اشتغال به کار "هم‌راستا می‌باشد (۲۶).

موارد استخراج شده طی مطالعه کنونی به عنوان نقشه راهی برای برنامه‌ریزی آموزشی خود مراقبتی جهت دانشجویان پزشکی به عنوان پزشکان خانواده آینده می‌باشد که نیاز است از زمان علوم پایه پزشکی تا آموزش مداوم ضمن خدمت تداوم یابد.

سپاسگزاری

نویسندگان از کلیه مشارکت کنندگان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که اجرای این مطالعه را ممکن ساختند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

ضمن آن که از نقش طبقه "تدارک منابع و اقدامات حمایتی خود مراقبتی جهت پزشکان و دانشجویان پزشکی" نباید غافل شد. کاشانی و همکاران، بازدارنده‌هایی مانند باورهای فرهنگی و اجتماعی و موانع زمینه‌ای و ساختاری را بیان کردند. لذا خود مراقبتی بدون اصلاح زیرساخت‌ها ناممکن است که لزوم بومی‌سازی دستورالعمل‌های آموزشی برای ایجاد انگیزه پررنگ کردند (۲۵). در این راستا منشگر و همکاران در پژوهش خود چارچوبی برای ارزیابی سامانه پایش سلامت کارکنان بخش بهداشت و درمان بر پایه زمان‌بندی ارزیابی، سؤالات ارزیابی و شاخص‌ها ارائه دادند که با کدهای موجود در زیر طبقه "

References

- 1- Sajjadi F, Davoudi Monfared E, Saberi Isfeedvajani M, Sanaeinasab H, Mehrabi Tavana A. Level of Educational Objectives Achievement in Health and Community Medicine Internship Course; Interns Viewpoint. Educ Strategy Med Sci 2016; 8 (6) :29-34.(persian)
- 2- Reshadat S, Ghasemi S, Rajabi Gilan N, Azizi A, Abbas-Abadi S, Ahmadian M. Perception of medical students participated in community-oriented medical education in Kermanshah (2007-2011). Journal of Medical Education and Development 2014; 8 (4) :21-31.
- 3- Gotalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: a qualitative research. J Med Council Iran 2012 ;29(4):309-321.
- 4- Kruger S, Nel M, Van Zyl G. Implementing and managing community-based education and service learning in undergraduate health sciences programmes: Students' perspectives. African Journal of Health Professions Education 2015;7(2):161-164.
- 5- Remesh A. Curriculum design principles for developing a module in medical education. Progress in Medical Sciences 2017;1(1):34-37.
- 6- Omid A, Yamani N, Heidari K, Moghadas T, Mousavi A. Educational needs of general practitioners who enrolled as family physicians in national family medicine program and referral system. Iran J Med Educ 2013 ; 13 (6) :470-479.(persian)
- 7- Tahmasbi B, Abedi G, Abedini E, Nadi A, Moosazadeh M, Rostami F. Analysis of Patients' Satisfaction from Urban Family Physician Program in Mazandaran Province. J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 26 (144) :65-75.(persian)
- 8- Jafari M, Tavasoli M, Mohamadzadeh KA. Factors related to longevity of physician in the family physician program in Rural family physician program of Sabsevar by

- using Dematel method. Payavard 2021; 14 (5) :424-434.
- 9- Hooshmand E, Nejatadegan Z, Ebrahimipour H, Esmaily H, VafaeNajar A. The Challenges of the Family Physician Program in The North East of Iran from The Perspective of Managers and Practitioners Working On the Plan. Journal of Advanced Biomedical Sciences [Internet] 2020;9(4):1794-1808. Available From: <https://Sid.Ir/Paper/406154/En>.
- 10- Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini M, Batebi A. Effect of Self-Care Educational Program to Improving Quality of Life Among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan. Journal of Education and Community Health 2015;2(2):28-37. (persian)
- 11- Tavafi M, khoramimarkani A, Baghaei R. The Effect of Health Habit-based Intervention Program on Self-care and Self-efficacy of Nursing Students. Journal of Health Promotion Management 2019; 7 (6) :53-61.
- 12- Mousavi M, Tehranchi A, Sadeghipour M, Namdari M , Dalband M, Ekhlasmand Kermani M,etal. Relationship between Precautionary Measures and Perceived Stress and Self-care Behaviors in Shahid Beheshti Dental School during COVID-19 Pandemic: A Path Analysis Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (201) :93-103.(persian)
- 13- Darabinia M, Gholami S, HeidariGorji AM. Evaluation of Islamic Spiritual Self-care (Musharatah) in the Students of Mazandaran University of Medical Sciences. Journal of Religion and Health 2016; 4 (1) :12-20.(persian)
- 14- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005;15(9):1277-1288 PMID: 16204405.
- 15- Mohsenpour M. Evaluation of qualitative data. The Journal of Research Committee of Students at Sabzevar University of Medical Sciences 2013; 4,3(24):50-55 (Persian)
- 16- Sarabian M, Savadian P, Kaldi A. Factors influencing self-care in young adults in Tehran, Iran. Payesh 2023;22(4):415-422.(persian)
- 17- Amiri M, Dowran B, Salimi SH, Zarghami MH, Gholami Fesharaki M. The relationships between student stressors with psychological problems in students in a military Medical Sciences University in Tehran. Journal of Military Medicine 2022;21(4):380-389.
- 18- Hemmati Maslak Pak M, Hashemlo L. Design and Psychometric Properties of a Self-Care Questionnaire for the Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2015;10(3):120-131.
- 19- Wan DWJ, Goh LSH, Teo MYK, Loh CJL, Yak GHK, Lee JJH, etal. Enhancing self-care education amongst medical students: a systematic scoping review. BMC Med Educ 2024;24(1):37 PMID: 38191374.
- 20- Zarimoghadam Z, Davoodi H, Ghafari K, Jamilian H. The Effects of Mental Self-care Training on Mental Health and Academic Achievement in Students. J Arak Univ Med Sci 2021;24(1):150-167.(persian)
- 21- Sadeghi A, Kokabi S, Oshvandi k, Tapak L. The Effect of Self-care Education on knowledge and Attitude in Patients with Asthma: A Randomized Clinical Trial.

- Avicenna J Nurs Midwifery Care 2019;27(5):306-314.(persian)
- 22- Zare E, Simbar M, Shahhoseini Z. Explaining the Concept of Self-Care in Adolescents. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2015;4(4):395-405.(persian)
- 23- Mozdoor Dashtabi S, Eslami Akbar R, Dehghani A, Sadat Sabzevari Z. Comparison of Mobile Phone and Face-to-Face Methods in Self- Care Training on Caring Behavior in Thalassemia Major Patients. Journal of Nursing Education 2023;12(3):100-109.
- 24- Kelly A, Green M. Health behavior of undergraduate African Nursing students. ABNF J 2000; 11(1): 7 -12 PMID: 10876466.
- 25- Kashani E, Roshanzadeh M, Tajabadi A. self-care approach: double-edged sword of health system. EBNESINA2022;24(3):81-99. (persian)
- 26- Maneshgar H, Mohamadi Sh, Karim Zadegan D, Madani SJ. A model for assessment of health care workers' health monitoring. J Military Medicine 2012;13(4):223-227.(persian).