

## بررسی تاثیر آموزش به همراه بیمار در پیشگیری از عوارض بيمرکتی

سیده فاطمه قاسمی<sup>۱</sup>، فاطمه ولی زاده<sup>۱</sup>، شیرین حسونند<sup>۱</sup>

۱. مربی، عضو هیات علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

افلاک / سال سوم / شماره ۶ و ۷ / بهار و تابستان ۱۳۸۶

### چکیده

**مقدمه و هدف:** حرکت از نیازهای فیزیولوژیک بشرودر سطح اول طبقه بندی نیازهای اساسی قرار دارد و بی حرکتی بر تمام سیستمهای بدن تاثیر نامطلوب می گذارد. یکی از وظایف عمده پرستاران آموزش به بیمار جهت مشارکت در برنامه های خود مراقبتی می باشد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر مشارکت همراه بیمار در برنامه آموزشی، بر عملکرد خود مراقبتی بیماران جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی بر بیماران بستری در بخشهای ارتوپدی بیمارستان شهدا خرم آباد ۱۳۸۳ بود.

**مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد بود. نمونه شامل ۶۰ بیمار دارای مشکل ارتوپدی منجر به بیحرکتی بود که به روش نمونه گیری دردسترس و تدریجی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری کنترل و آزمون قرار گرفتند. در گروه کنترل فقط به بیمار و در گروه آزمون علاوه بر بیمار به همراه اصلی وی نیز آموزشهای پیشگیری از عوارض بیحرکتی داده شد. ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک لیست عملکرد خود مراقبتی بیمار جهت پیشگیری از عوارض بیحرکتی بود که قبل و بعد از آموزش به روش مشاهده و مصاحبه تکمیل می شد.

**یافته ها:** آموزش در دو گروه باعث بهبود عملکرد خود مراقبتی در جهت پیشگیری از عوارض بیحرکتی شد ( $P=0/000$ ). اما این بهبود در گروه آموزش به بیمار و همراه به طور معنی داری بیشتر از گروه آموزش به بیمار به تنهایی بود ( $P=0/000$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج فوق و ثنوریهای جدید پرستاری از جمله مراقبت خانواده محور، پیشنهاد می شود همراهان بیمار حتماً در برنامه های آموزشی و مراقبتی بیماران شرکت داده شوند.

**واژه های کلیدی:** عوارض بیحرکتی، همراه، مشارکت، آموزش به بیمار، خود مراقبتی

## مقدمه

حرکت در اجتماع خیلی مهم است. اعمالی از قبیل کار کردن، برخورد های اجتماعی، پیشرفت و آسودگی خاطر همگی تحت تاثیر توانایی فرد در به حرکت در آوردن بدن خویش به طور آزادانه هستند. بعلاوه، حرکت قسمتی از بدن یا تمام اعضای بدن برای حفظ سلامتی فرد لازم است. این سلامتی شامل ابعاد فیزیولوژیک، روانی، اجتماعی و رشد و نمو بدن می باشد. انسان با انجام حرکت می تواند مقاصد خود شامل بیان احساس با یک اشاره، دفاع از خود، انجام نیازهای اساسی، فعالیتهای روزمره، فعالیتهای تفریحی و... را بیان نماید. بنابراین، حرکت جزء نیازهای فیزیولوژیک بشر محسوب می شود و در سطح اول طبقه بندی هرم نیازهای اساسی بشر قرار دارد (۲، ۱). در صورت عدم تحرک فرد دچار اثرات منفی در سیستم های بدن می شود. عدم تحرک، باعث کاهش متابولیسم پایه، کاهش قدرت جسمانی، تحلیل عضلات و کاهش قدرت عضلانی، اختلال در تخلیه ترشحات از ریه ها و افزایش احتمال عفونت، آمبولی، یبوست، ترومبوز، دفع کلسیم و نیتروژن و فسفر، افزایش نبض، هیجان و اضطراب و کاهش خواب می شود (۳، ۴). کمک به افراد برای حفظ و نگهداری وضعیت حرکتی و تشویق آنان به انجام حرکت در حین بیماری از مسئولیتهای بزرگ پرستاری است که نیازمند یک روش اساسی و مناسب می باشد؛ یکی از این روشها، آموزش به بیمار جهت شرکت در برنامه های خود مراقبتی است (۲). آموزش فردی در مراکز مراقبت بهداشتی از رویکرد های آموزشی است که می تواند بر اساس نظریه مراقبت از خود افراد را جهت مراقبت از خود توانمند سازد (۵). آموزش مراقبت از خود توانایی شخص را در مراقبت از خودش تایید می کند و نا امیدی را در فرد کاهش می دهد (۶). هنگامی که میزان فراگیری بیماران به حد اکثر برسد، توانایی آنها برای تصمیم

گیری و عمل افزایش یافته و مکانیسم های سازگاری آنها بیشتر می شود. از این رو، هدف از آموزش بیمار کمک به او برای کسب مسولیت بیشتر جهت مراقبت از خود و کمک به سازگاری با تغییراتی است که در وضعیت جسمی و عملی بیمار پدیدار گشته است (۷). انسانها باید برای تغییر روش زندگی تشویق شوند تا به کمک یادگیری، مشکلاتشان را کاهش داده و قادر به پذیرش مسولیت با شند (۸). خانواده به عنوان یک مکان اجتماعی می تواند جهت آموزش تغییر رفتار افراد جامعه در نظر گرفته شود و به نظر می رسد آموزش مددجو در کنار اعضای خانواده و دخالت دادن خانواده در برنامه های آموزشی توانایی افراد را جهت ایجاد و حفظ تغییرات سبک زندگی افزایش می دهد (۹). چوالو و همکاران (۱۹۹۰) در یک طرح تجربی دو گروهی کنترل و شاهد تاثیر مدل مراقبت مشارکتی را بر پذیرش بیمار و پزشک، دانش بیماران و وضعیت سلامتی آنها، مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصل از پیگیری ۱۲ ماهه پس از مطالعه حاکی از تجارب مثبت افراد پس از بستری شدن بود. بیش از ۹۰ درصد بیماران در هر دو گروه از عملکرد مناسبی برخوردار بودند. همچنین هیچ شواهدی نشان نداد که بیماران تحت مراقبت مشارکتی نیاز به بستری شدن مجدد یا مراقبت در منزل، مراقبت اورژانسی یا سایر خدمات داشته باشند (۱۰).

در مطالعه دیگری به منظور مقایسه آموزش فرد مدار و خانواده مدار بر کنترل فشارخون و سبک زندگی، ۹۱ مددجوی مبتلا به پر فشاری خون به صورت تصادفی در دو گروه مداخله خانواده محور و مداخله فرد مدار قرار گرفتند. مداخله شامل آموزش و مشاوره جهت بهبود سبک زندگی و پیگیری مداخله های پزشکی بود. نتایج نشان داد اگرچه میانگین فشارخون بعد از مداخله در هر دو گروه نسبت به وضعیت قبل از مداخله کاهش معنی دار داشت، و این کاهش بین دو گروه مداخله تفاوت معنی داری نداشت؛ اما از نظر پی گیری برنامه های درمانی گروه مداخله خانواده محور برنامه های پیگیری را دنبال بهتر

وتشخیص بیمار و سن، جنس، تحصیلات و نسبت همراه با بیمار بود که به روش مصاحبه تکمیل می شد. چک لیست که بعد از مطالعه کتابهای مرجع ومقالات مرتبط توسط پژوهشگران تهیه شد، شامل ۴۰ گویه مربوط به اقدامات خودمراقبتی پیشگیری از عوارض بی حرکتی در سیستمهای پوششی، ادراری، تنفسی، گوارشی، قلب وعروق، عضلانی استخوانی وروحي\_روانی بود. به هر گویه در صورت مشاهده رعایت آن توسط بیمار امتیاز دو ودر صورت عدم رعایت، امتیاز صفر تعلق می گرفت. مجموع امتیازها از ۸۰-۰ بود که براساس اهمیت گویه ها از نظر پیشگیری از عوارض زودرس یا دیررس امتیاز ۴۰-۰ عملکرد ضعیف، ۶۰-۴۱ عملکرد متوسط وامتیاز ۶۱ به بالا عملکردخوب در نظر گرفته شد. چک لیست برای هر یک از بیماران در شیفت صبح به روش مشاهده ودر مورد سوالاتی که نیاز به مشاهده ۲۴ ساعته داشت مثل میزان مصرف مایعات و...از طریق مصاحبه یک بار قبل از آموزش و دو باربه فاصله یک ودوهفته بعداز آموزش تکمیل شد. میانگین دوبار مشاهده بعد از آموزش به عنوان امتیاز عملکرد خود مراقبتی بیماران بعد از آموزش در نظر گرفته شد. به منظور تعیین اعتبار چک لیست از روش اعتبار محتوی به صورت ارایه آن به ۵ نفر از اعضا هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان واستفاده از نظرات اصلاحی آنها استفاده شد واعتماد علمی آن به روش آزمون مجدد (۸۶/۱=I) تعیین شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری Spss و آزمونهای آماری مجذور کای، تی تست، تی زوجی و میانگین وانحراف معیار مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته ها

یافته ها نشان داد در گروه آموزش به بیمار میانگین وانحراف معیار سن افراد ۳۰/۰۶±۱۵/۸۳، اکثر واحدهای مورد پژوهش مرد(۸۳/۳٪) و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۶۶/۷٪)، ۵۰٪ متاهل و ۵۳٪ مبتلا به شکستگی ران بودند. همچنین، یافته ها نشان داد که در گروه آزمون یعنی گروه آموزش به بیمار و همراه

کردند(۱۱). نقش پرستار در بازگشت به سلامتی شامل کمک به بیمار جهت سیر مراحل نقاهت و انجام مراقبتهای حمایتی طی بیماریهای دراز مدت است. در مرحله ی حاد بیماری، پرستار نقش کمکی در انجام فعالیتهای بیمار ایفا نموده و از طریقی بعنوان مربی آموزشهای لازم را به بیمار و خانواده در زمینه شناخت بیماری، نحوه درمان و مراقبت ارائه می دهد(۱۲). مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مشارکت همراه بیمار در برنامه آموزشی بر عملکرد خود مراقبتی جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی روی بیماران بستری در بخشهای ارتوپدی بیمارستان شهدا خرم آباد در سال ۱۳۸۳ انجام شد.

### مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد بود. جامعه پژوهش شامل بیماران بالای ۱۸ سال با سطح تحصیلات حداقل ابتدایی بود که حد اقل سه روز از زمان بستری شدن آنها گذشته بود ومشکل ارتوپدی آنها به صورتی بود که حداقل یک ماه نیاز به بستری شدن داشته و یکی از افراد خانواده آنها به عنوان همراه در کنار بیمار حضور داشت. نمونه پژوهش شامل ۶۰ بیمار بود که در صورت تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس وتدریجی انتخاب شده وبه صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره مورد آموزش قرار گرفتند. در گروه کنترل، آموزش تنها به بیمار داده می شد و در گروه آزمون علاوه بر بیمار برنامه آموزشی برای همراه اصلی وی نیز به همان صورت اجرا می شد. برنامه آموزش شامل اقدامات خود مراقبتی پیشگیری از عوارض بی حرکتی بود که به صورت آموزش شفاهی چهره به چهره در جلسه ای یک ساعته توسط یکی از پژوهشگران به بیمار داده شد و روز بعد هم عینا تکرار وبه سوالات پاسخ داده می شد. ابزار گرد آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک لیست خود مراقبتی جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی بود. پرسشنامه شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل

میانگین عملکرد قبل از آموزش در دو گروه آموزش به بیمار (۱۱/۴۳ ± ۱۲/۱۳) و آموزش به بیمار و همراه (۷/۴۰ ± ۱۰/۴) با آزمون تی مستقل بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری نشان نداد.

اما مقایسه میانگین عملکرد بعد از آموزش در دو گروه آموزش به بیمار (۸/۸۹ ± ۳۹/۸) و گروه آموزش به بیمار و همراه (۸/۸۹ ± ۵۹/۹۳) با آزمون تی مستقل بین دو گروه تفاوت معنی دار آماری نشان داد (P = ۰/۰۰۰ و t = -۸/۳۳).

جدول شماره ۱: فراوانی بیماران بستری در بخش های ارتوپدی بیمارستان شهر خرم آباد ۱۳۸۳ برحسب عملکرد خود مراقبتی بیماران بعد از آموزش جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی

گروه	عملکرد	ضعیف	متوسط	خوب
آموزش به بیمار		۱۸(۶۰)	۱۱(۳۶/۷)	۱(۳/۳)
آموزش به بیمار و همراه		۰(۰)	۱۸(۶۰)	۱۲(۴۰)

\* اعداد به صورت (درصد) تعداد می باشد

## بحث

موضوع مشارکت بیمار و خانواده بعنوان یک فلسفه و عملکرد پرستاری در جامعه، روندی رو به رشد داشته و نتایج تحقیقات مختلف بیانگر اثرات مثبت احتمالی مشارکت بیمار و خانواده در امر مراقبت است (۱۳). مشارکت بیمار و خانواده وی جهت شرکت در برنامه های خود مراقبتی از طریق فرآیند آموزش به بیمار میسر می گردد که در بیماران ارتوپدی آموزش به بعد فعالیت، محدودیتهای فیزیکی، توانبخشی و عوارض احتمالی آن مربوط می شود. بر اساس نتایج این مطالعه، دو گروه از نظر ویژگیهای فردی اختلاف معنی داری نداشتند و عملکرد جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی در دوهردو گروه آموزش به بیمار و همراه و گروه آموزش به بیمار بعد از گرفتن آموزشهای لازم به طور معنی داری بهتر شده بود. به عبارت دیگر، عملکرد

میانگین وانحراف معیار سنی بیماران ۱۹/۰۴ ± ۳۰/۳۷؛ اکثر واحدهای مورد پژوهش مرد (۶۳/۳٪) و دارای تحصیلات زیردپلم (۶۶/۷٪)؛ ۵۳/۳٪ متاهل و ۴۷/۶٪ مبتلا به شکستگی ران بودند. آزمون آماری تی تست از نظر سن و آزمون کای اسکوترز نظر سایر ویژگیهای دموگرافیک شامل تحصیلات، تاهل، جنس و تشخیص تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه نشان نداد. از نظر خصوصیات دموگرافیک همراه بیمار در گروه کنترل میانگین وانحراف معیار سنی همراهان ۲۸/۵۳ ± ۹/۷۳، اکثر آنان مرد (۸۳/۳٪)، دارای تحصیلات دپلم (۵۶/۵٪) و ۷۶/۷٪ نسبت درجه یک (برادر، خواهر، مادر، پدر و فرزند) با بیمار داشتند. میانگین وانحراف معیار سنی همراهان در گروه آزمون ۲۷/۵ ± ۸/۷۳، اکثر آنان مرد (۶۳/۳٪)، دارای تحصیلات دپلم (۵۰٪) و ۷۳/۴٪ نسبت درجه یک با بیمار داشتند. از نظر ویژگیهای دموگرافیک همراهان نیز تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه به دست نیامد.

میانگین وانحراف معیار عملکرد گروه آموزش به بیمار جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی قبل از آموزش ۱۱/۴۳ ± ۱۲/۱۳ و بعد از آموزش ۸/۸۹ ± ۳۹/۸ بود که آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی داری بین عملکرد گروه آموزش به بیمار قبل و بعد از آموزش نشان داد (P = ۰/۰۰۰ و t = -۸/۳۳).

میانگین وانحراف معیار عملکرد گروه آموزش به بیمار و همراه جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی قبل از آموزش ۷/۴۰ ± ۱۰/۴ و بعد از آموزش ۸/۸۹ ± ۵۹/۹۳ بود که آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی داری را بین عملکرد گروه آموزش به بیمار و همراه قبل و بعد از آموزش نشان داد (P = ۰/۰۰۰ و t = -۱۷/۶۰).

در گروه آموزش به بیمار قبل از آموزش همه (۱۰۰٪) عملکرد ضعیف داشتند و هیچکدام عملکرد متوسط و خوب نداشتند. در گروه آموزش به بیمار و همراه نیز قبل از آموزش ۹۷/۷٪ عملکرد ضعیف و ۳/۳٪ عملکرد متوسط داشتند و هیچکدام عملکرد خوب نداشتند (جدول شماره ۱). مقایسه

بیماران پس از دریافت برنامه های آموزشی بطور معناداری بهبود یافت. منگلیان نیز در مطالعه ای تاثیر آموزش مراقبت از خود را بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در دو گروه شاهد و تجربه مورد بررسی قرار داد. نتایج حاصل از ارائه برنامه آموزشی شامل چهار جلسه آموزشی و جزوه آموزشی در گروه تجربه حاکی از آن بود که اکثریت بیماران در گروه تجربی در مورد آگاهی و عملکرد امتیاز خوب کسب کردند و تفاوت بین دو گروه در هر دو حیطة معنی دار بود (۱۴). هیکینین<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در مطالعه ای تاثیر دو شیوه آموزش از طریق اینترنت و آموزش چهره به چهره توسط پرستار را روی ۱۴۷ بیمار در طی ۳ مرحله قبل و بلافاصله بعد از عمل و نیز دو هفته پس از عمل بررسی نمودند. محتوای آموزشی شامل آموزش درمورد عمل جراحی و مراقبتهای مربوط به پیگیری بود که نتایج بیانگر افزایش دانش و عملکرد افراد پس از آموزش بویژه در گروه دریافت کننده آموزش از طریق اینترنت بود (۱۵).

همچنین نتایج، این پژوهش نشان داد که بهبود عملکرد در گروهی که علاوه بر بیمار به همراه نیز آموزش داده شد، به مراتب بهتر از گروهی بود که آموزش فقط به بیمار داده شده بود، که خود بیانگر اهمیت الگوهای جدید پرستاری یا به عبارت دیگر پرستاری خانواده محورست. برون<sup>۲</sup> و همکاران در پژوهشی به بررسی نقش مشارکت خانواده در امر مراقبت از ۴۰ نوزاد بستری در بخش مراقبتهای ویژه پرداختند. نتایج حاصل از این مطالعه که به مدت شش سال بطول انجامید منجر به بهبود سیاستهای بیمارستان مذکور در مورد تغییر مفهوم خانواده به عنوان افراد ملاقات کننده به افراد مشارکت کننده در امر مراقبت از نوزاد و افزایش زمان حضور خانواده در بخش گردید (۱۶). در پژوهشی ۶۰ بیمار مبتلا به حمله قلبی بستری در بیمارستان به صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره تقسیم و تحت یک برنامه مداخله آموزشی قرار گرفتند. این برنامه شامل توصیه هایی در مورد رژیم غذایی بود و بعد از تر

خیص هم در منزل تداوم یافت؛ در گروه آزمون برنامه مداخله تغذیه ای با حضور یکی از اعضای خانواده اجراشد، نتایج نشان داد میزان اصلاح الگوی تغذیه گروه آزمون در ارتباط با پرهیز از مصرف غذای پر چرب، استفاده از گوشت سفید، کم کردن حجم غذا در هر وعده و مصرف روزانه میوه و سبزی به طور معنی داری از گروه شاهد بیشتر بود. این مطالعه نشان داد که رویکرد خانواده محور تاثیر قابل توجهی در اصلاح الگوی تغذیه ای بیماران دچار حمله قلبی داشته است (۱۷). دخالت دادن بیمار و خانواده در فعالیتهای یاد دهی در امر حل مشکلات و مراقبت جسمانی کمک می کند که بیمار و خانواده اعتماد به نفسشان را حفظ و احساس باارزش بودن نمایند (۱۸). در واقع، مراقبت بیمار - خانواده محور، مراقبتی است که به ارائه خدمات با کیفیت بالا منجر می شود و بیانگر نقش منسجم خانواده و افزایش مشارکت موثر در میان بیماران، خانواده آنها و مراقبین بهداشتی است (۱۹). به عبارت دیگر، روابط مشارکتی موثر بین اعضای تیم بهداشتی و بیماران و خانواده های آنها می تواند در کنترل هر چه بهتر اقدامات خود مراقبتی بیمار و خانواده ها

کمک کند (۲۰). پرستاران اعضای کلیدی در هماهنگی و هدایت برنامه های آموزش بیمار هستند که خود نیز از فواید ناشی از آموزش و درمان بیمار به اتفاق بیمار و خانواده بهره مند خواهند شد که هم رضایت فردی و هم رضایت حرفه ای را به دنبال خواهد داشت (۲۱). لذا، پیشنهاد می شود در مورد بیماران ببحرکت مثل مبتلایان به بیماریهای ارتوپدی، معلولیتهاو... حتماً همراه بیمار در برنامه های مراقبتی و آموزشی مشارکت داشته باشد تا بتواند مراقبت بهتری را به بیماران ارائه نماید. البته، این روش به صرف وقت و هزینه و کارکنان بیشتری نیاز دارد (۵)؛ و لازم است کارایی، بازدهی و ایمنی آن و نیز رضایت بیماران، خانواده ها و مراقبین آنها از این روش با انجام پژوهش های بیشتری مورد بررسی قرار گیرد.

1. Heikkinen  
2. Browne

### نتیجه گیری

اگر چه آموزش به بیمار و جلب مشارکت او می تواند باعث بهبود عملکرد وی جهت پیشگیری از عوارض بی حرکتی شود، اما در صورتیکه همراه بیمار نیز در برنامه آموزشی مشارکت داشته باشد این آموزشها موثرتر واقع شده و بیشتر در مراقبت از بیمار به کار گرفته خواهد شد .

## منابع

۱. بروز س ر، زندیه م، ترکمان ب. نقش فرآیند پرستاری در عدم تحرک ناشی از اختلالات حسی و حرکتی. خلاصه مقالات همایش سراسری رویکرد های نوین پرستاری در اختلالات حسی حرکتی از پیشگیری تا نوتوانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۸۲: ۳۵.
۲. معماریان ر. کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۷۸: ۲۸۸ - ۲۶۶.
3. Phipps WJ, Menahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors M. Medical surgical nursing : health and illness perspectives. 7<sup>th</sup> ed, Mosdy Inc, philadilphia, 2003:446.
4. Olson Edith V. The hazard of immobilily. AJN , March 1990 : 47-48.
5. Barry PD. Psychological nursing, Philadelphia, Lippincot, 1989:39-41.
6. Brunner LS, Suddurth DS. Textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2004: 1718-22.
7. Benedict R H B, Wahling E, Munschauer F, Zivadinov R, Bakshi R, Fishman I, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. Journal of Neurological science 2005; 231: 29 – 34.
8. Dugas BW. Introduction to Patient care, a comprehensive approach to nursing, Philadelphia, WB Saunders; 1995:191-210.
9. Cousins JH, Rubovits DS, Dunn JK, Reeves RS, Ramirez AG, Foreyt JP. Family versus individualy oriented intervention for weight loss in Mexican American women, Public Health Rep, 1992; 107(5):549-55.
10. Chwalow j, Mamon J, Crosby E, Grieco AJ, Salkever D. Effectiveness of a hospital-based cooperative care model on patients functional status and utilization; Patient education and counseling, 1990; 15(1):17-28.
۱۱. بهرامی نژاد ن، حنیفی ن، موسوی نسب ن. مقایسه تاثیر آموزش خانواده مدار و فرد مدار بر کنترل فشارخون و سبک زندگی مددجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال دوازدهم شماره ۱ (پی در پی ۴۶) بهار ۱۳۸۷: ۶۸-۶۲.
۱۲. دوگاس ب. اصول مراقبت از بیمار نگرشی جامع بر پرستاری، جلد اول. ترجمه اعضا هیات علمی داشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، تهران، چاپ معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۲: ۷۷.
13. Jewell S. Patient participation: what does it mean to nurses? Journal of Advanced Nursing; 2006; 19:433.
۱۴. منگلیان شهر بابکی پ. بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و ارائه الگوی آموزشی در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان، مجموعه مقالات دومین همایش سراسری پرستاری مامایی مددجو، مشارکت، سلامتی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، ۱۳۸۳: ۴۴-۴۳.
15. Heikkinen k, Helena LK, Taina N, Anne K, Sanna S. A Comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory Orthopedic survey patients. Patient education and conseling, 2008; 73:272-279.
16. Browne j. From visitation policies to family participation guidlines in the NICU: the experience of the Colorado consortim of intensive care nurseries. Neonatal, pediatric and child health nursing. 2004; 7(2):16-23.

۱۷. زرخواه س، غفرانی پور ف، احمدی ف، دوست کامی ح.  
بررسی تاثیر مداخله خانواده محور بر الگوهای تغذیه ای  
بیماران پس از سکته قلبی. پژوهنده، ۱۳۸۵: ۱۱(۵۳): ۳۰۷-  
۳۰۳.

۱۸. نصیری، م، بررسی نقش حضور همراه بر بالین بیمار در  
طول مدت بستری در بیمارستان، مجموعه مقالات دومین  
همایش سراسری پرستاری مامائی، مددجو، مشارکت و سلامتی  
دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان: ۱۳۸۳: ۳۷۵-۳۶۷.

19. O'Malley P, Brown K, Mace SE. Patient and family centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department Pediatrics. 2006 NOV; 118(5): 2242-4.

20. Von korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry S, Wagner E. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med. 1997;127(12):1097-1102.

21. Fersler J, Canon C. The ways of patient education. Seminars in oncology nursing. 1991; 7(2): 79-86.