تبیین محورهای اصلی خود مراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری و تعیین ابعاد مدیریتی آن

فرزانه مفتون[1]، مژگان شریفان[1*]، فاطمه نقی زاده موغاری[1]

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۵/۹
سال هفدهم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۳۹۷ صص ۳۷۰-۳۶۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۴ مرداد ۹۷]

چکیده

مقدمه: خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. در یک رویکرد چهار نوع از فعالیتها شامل خودمراقبتی تنظیمی، خودمراقبتی پیشگیرانه، خودمراقبتی واکنشی و خودمراقبتی بازتوانی بعنوان انواع اصلی خودمراقبتی ذکر شده اند. مقاله حاضر بر آن است تا محورهای اصلی خودمراقبتی را در سطوح پیشگیری بررسی کرده و ابعاد مدیریتی برنامه‌های خودمراقبتی در نظام ارائه خدمات سلامت را تبیین نماید.

مواد و روش کار: این مطالعه به روش کیفی انجام شد. پس از جستجو و مطالعه متون موجود، گروه تحقیق محورهای اصلی خودمراقبتی در سطوح مختلف پیشگیری و ابعاد مدیریتی برنامه های خودمراقبتی را تدوین نموده و سپس در طی نشست تخصصی با صاحبنظران حوزه‌های بهداشتی و بالینی به تبیین آن پرداخته است.

یافته ها: محورهای اصلی خودمراقبتی در سطح اول پیشگیری (پیشگیری ابتدایی و اولیه) شامل موارد حفظ و ارتقای سلامت ، اصلاح شیوه زندگی و پیشگیری از بیماریها؛ در سطح دوم پیشگیری شامل موارد تشخیص زودرس، درمان و کنترل بیماری پنهان ، سازگاری بیمار با تشخیص احتمالی بیماری، تبعیت از شروع به موقع درمان مناسب و در سطح سوم پیشگیری شامل تشخیص بیماری، درمان و کنترل بیماری، سازگاری بیمار با بیماری یا ناتوانی، ارزیابی علایم و مصرف داروی مناسب، مراقبت تسکینی و توان بخشی است. هم چنین ابعاد مدیریتی برنامه های خودمراقبتی در نظام ارائه خدمت شامل سه جنبه آماده سازی سیستم سلامت، آماده سازی افراد جامعه و بیماران و ساز و کارهای پرداخت هستند.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، خودمراقبتی جزیی از حیطه های مراقبت است؛ اجرای ساختارمند و مبتنی بر شواهد نظام جامع حمایت از خودمراقبتی در ابتدای راه بوده و ایجاد یک نظام ارایه دهنده خدمت که تسهیل‌گر اجرای رفتار خودمراقبتی باشد بایستی محور مطالعات اجرایی و مدیریتی آتی قرار گیرند.

کلیدواژه: خودمراقبتی، سطوح پیشگیری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، نظام ارائه خدمت

کد اخلاق: IR.ACECR.IBCRC.REC.1396.6

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴
E-mail: Sharifan.mozhgan@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

مقدمه

خودمراقبتی به معنای فعالیت های آگاهانـه، اکتسـابی و هـدف داری است که افراد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام میدهند [۱] و در آن افراد از دانش و مهارت خود اسـتفاده می کنند تا مسئولانه از سلامت خود مراقبت کنند[۲]. اهمیت خـود ارزیـابی و خـود مراقبتـی در سیسـتم سـلامت و در راسـتای ارتقـای سلامتی افراد سالم و بیمار شناخته شده اسـت. نتـایج خـود مراقبتـی برای افراد بیمار شامل کاهش علایم و عوارض بیماری است و در مورد افراد سالم پیشگیری از ابتلا در بسیاری موارد و تشـخیص زودرس در سایر موارد نتایج ارزنده ای است که در خود ارزیـابی و خـود مراقبتـی حاصل می شود. خودمراقبتی موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، افـزایش اثربخشـی خـدمات، منطقـی شـدن اسـتفاده از خـدمات وکـاهش هزینـه هـای سـلامت مـی شـود [۳]. خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی نبوده بلکه مکمل آن است و یک سیسـتم مراقبـت از سـلامت کـارآتر را بـه دنبـال دارد. در واقـع خودمراقبتی یکی از عوامل تعیین کننـده میـزان و نحـوه اسـتفاده از خدمات تخصصی و مراقبتهای بهداشتی درمـانی اسـت [۲]. از طرفـی انجام خودمراقبتی توسط افراد، نیازمند پیش نیازها و زیر ساخت های زیادی است که باید توسط نظام سلامت تأمین شود . حمایـت ازخـود مراقبتی به مفهوم فراهم نمـودن ایـن شـرایط و زیـر سـاخت هـا در راستای توانمند سازی افراد و جامعه برای خـود مراقبتـی، سـبب مـی شود تا مؤلفه های ایجاد و تقویت عاملیت و تقاضای خود مراقبتـی در فرد و جامعه افزایش یابد و برنامه های نظام سلامت با رویکـرد تقویـت خودمراقبتی طراحی و اجرا شوند [۴]. همچنین بـرای اینکـه بتـوانیم برنامه ای اثربخش برای خود مراقبتی طراحی نماییم یـا برنامـه هـای موجود را در یک چارچوب مدون قرار دهیم، ضروری است کـه ابتـدا محورهای اصلی خودمراقبتی با رویکـردی جـامع و کـاربردی تبیـین گردند. در این خصوص، بعضی منابع خودمراقبتی را در دو دسته کلـی سلامت محور و درمان محور تقسیم بندی کرده اند [۵]. در رویکردی دیگر، چهار نوع از فعالیتها شامل خودمراقبتی تنظیمـی، خـودمراقبتی پیشگیرانه، خودمراقبتی واکنشی و خودمراقبتی بازتوانی بعنـوان انـواع اصلی خودمراقبتی ذکر شده است [۶]. به رغم انجام مطالعات مفیـد و موثری در خصوص خودمراقبتی، مطالعه ای که به طـور نظـام منـد و کاربردی به تبیین محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح سه گانه مراقبتی(پیشگیری) و ابعاد مـدیریتی آن در نظـام ارائـه خـدمات سلامت کشور پرداخته باشد، صورت نگرفته اسـت. مطالعـه حاضـر در این راستا طراحی و به انجام رسـید تـا مشـخص شـود در هـر یـک از سـطوح پیشـگیری از منظـر خـودمراقبتی چـه موضـوعاتی مطـرح می شوند و چه ابعاد مـدیریتی بـه منظـور اجـرای برنامـه هـای خـود مراقبتی اهمیت دارند.

مواد و روش کار

در این مطالعه کیفی، گروه تحقیق پـس از جسـتجو و مطالعـه متـون موجود شامل مقالات، کتب و گزارشـات بـا کلیـد واژه هـای مربـوط ، نسخه اولیه محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری و ابعاد مدیریتی برنامه خودمراقبتی را تدوین نمـود و سـپس در طـی نشست تخصصـی صـاحبنظری متشـکل از صـاحبنظران حـوزه‌هـای اپیدمیولوژی و سلامت همگانی، آموزش بهداشـت، مـدیریت خـدمات بهداشتی- درمانی، بهداشت و سلامت خانواده و حوزه بالینی، محورهـا تبیین و نهایی شد. کلیدواژه های مورد استفاده در جستجوی متـون و منابع علمی فارسی شامل مـوارد خودارزیـابی،خودمراقبتی ، مـدیریت بیمـاری ، مـدیریت خـودمراقبتی ، حمایـت از خـودمراقبتی، سـطوح پیشگیری، حفظ سلامت، سیستم پایش و ارزشیابی ، سواد سـلامت و نظام ارائه خدمت بود. در جستجوی متون و منابع علمی انگلیسی نیـز از کلیدواژه های

Self-Monitoring, Self-Assessment, Self-Care, Self-Management, Disease- Management, Self-Care Management, Self-Care Support, Health Maintenance, Health Literacy, Prevention Level, Health Delivery System, Monitoring and Evaluation

استفاده شد.

یافته‌ها

خودمراقبتی رویکردی با ماهیت پیشگیرانه است و اثربخشی عمده آن در مقایسـه بـا خـدمات تخصصـی درمـانی، در قالـب همـان ماهیـت پیشگیرانه آن است. بیماری یک فرآیند عینی قابل ردیـابی اسـت کـه میتوان آغاز، سیر و سرانجام آن را مشخص کرد. بیماری با شروع تأثیر عوامل سبب ساز آن بر بدن آغاز می شود و پس از عبور از یک مرحلـه نهفتگـی بـه صـورت بـروز ناتوانیهـای مختلـف در فـرد بیمـار آشـکار می شود. در واقع مادامی که آثار پاتولوژیک عوامل سبب ساز منجر به تغییرات غیر قابل جبران در عملکرد اندامها نشده اسـت؛ بیماریهـا، بـه رغم حضور، در مرحله نهفتگی قرار دارند. بروز ناتوانی به معنای پایان مرحله نهفتگی و آغاز مرحله آشکار بیماری است. ناتوانیهای به وجود آمده ممکن است موقت و برگشت پذیر یا برگشت ناپـذیر باشـند و در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

مواردی نیز به مرگ بیانجامند. بر این اساس برنامه های جاری در نظام سلامت، منطبق بر سه سطح از خدمات مراقبت سلامت(سطوح سه گانه پیشگیری) باید طراحی و اجرا گردد (شکل یک)[۶, ۷].

سطح اول پیشگیری شامل پیشگیری ابتدایی (primordial prevention) و اولیه (primary prevention) **و محورهای اصلی خودمراقبتی:** خودمراقبتی بعنوان مهمترین شکل مراقبت در سطح اول پیشگیری برای تمامی کشورها (در حال توسعه و توسعه یافته) است [۸]، چرا که در این سطح اغلب بیماریها می توانند به طور هزینه اثر بخش پیشگیری شوند، در واقع در این سطح از پیشگیری فرد بعنوان هسته اصلی عملکرد خود مراقبتی است که در این راستا توسط خانواده، جامعه و سیاست گذاران مورد حمایت قرار می گیرد [۹]. سطح اول پیشگیری خود شامل پیشگیری ابتدایی و اولیه است. برنامه هایی که به قصد مبارزه با بیماریهایی که میتوانند در آینده باری را بر جامعه تحمیل کنند طراحی میشوند، معمولاً تثبیت رفتارهای مناسب در جامعه و جلوگیری از پیدایش رفتارهای بیماریزا را تعقیب می‌کنند. به چنین مداخله ای اصطلاحا پیشگیری ابتدایی اطلاق میشود. در قیاس با پیشگیری ابتدایی، پیشگیری اولیه به مداخله ای اطلاق میشود که با هدف تغییر عوامل خطر و علت شناسی بیماریهای موجود و اولویت دار افراد طراحی و اجرا می‌شود. در مجموع افراد سالم گروه هدف برنامه‌های پیشگیری ابتدایی و اولیه را تشکیل میدهند [۱۰]. محورهای اصلی خودمراقبتی در سطح اول پیشگیری عبارتند از: حفظ و ارتقای سلامت؛ اصلاح سبک زندگی؛ پیشگیری از بیماریها

- ***حفظ و ارتقای سلامت:*** حفاظت از سلامت، به معنای مجموعه کنترل های قانونی و حقوقی و نیز مجموعه قوانین و سیاست‌ها و همینطور فعالیت‌های داوطلبانه افراد برای افزایش مثبت سلامت، پیشگیری از بیماریها، و موانع موجود در زمینه سلامت است، هدف نهایی حفاظت از سلامت ، ارتقای سلامت عمومی با هدف ایجاد اجتماعی سالم است. بنابراین حفظ و ارتقای سلامت جدا از هم نیستند و تکمیل کننده یکدیگرند [۱۱].

ارتقای سلامت، فرآیند توانمند سازی مردم به نحوی است که آنها کنترل بیشتری روی سلامت خود داشته باشند و بتوانند سلامت خود را بهبود بخشند [۱۲]. آموزش سلامت یکی از عناصر اصلی ارتقای سلامت هم در سطح پیشگیری ابتدایی و هم در سطح پیشگیری اولیه است. این آموزش ممکن است متوجه دانش، نگرش و رفتار افراد و یا متوجه افزایش آگاهی درباره نیاز به یک سیاست همگانی سالم و اقدامات سیاسی حمایتی باشد، که با رویکرد توانمند سازی آموزش سلامت ارائه می گردد. در این رویکرد، آموزش سلامت با هدف افزایش سلامت از طریق توسعه دانش و مهارت بمنظور قادرسازی مردم برای اتخاذ انتخاب های آگاهانه درباره سلامت طراحی می شود. نقطه قوت رویکرد توانمندسازی افراد برای خودمراقبتی این است که در این رویکرد، خود افراد در روش های آموزشی مورد استفاده به عنوان تسهیلگر و شریک مطرح می‌شوند، به عبارتی انتخابهای افراد داوطلبانه و همراه با رضایت هستند[۱۳].

- ***اصلاح سبک زندگی:*** مفهوم سبک زندگی متکی بر این ایده است که افراد به طور معمول الگوی قابل تشخیص از رفتار را در زندگی روزانه خود به نمایش می گذارند. الگوی زندگی روزانه افراد می تواند به عنوان سالم یا غیر سالم مورد داوری قرار گیرد. براساس تعریف سازمان سلامت جهان، سبک زندگی سالم راهی است برای زندگی سالم بر اساس الگوهای قابل تعریف رفتار که در تعامل بین ویژگی های فردی، روابط اجتماعی و شرایط محیط زندگی افراد تعیین می شود و زندگی متعادلی است که در آن هر فرد به طور آگاهانه رفتارهای سالم را انتخاب می کند [۱۴, ۱۵].

- ***پیشگیری از بیماریها:*** پیشگیری از بیماری به معنای کاربرد راهبردهایی برای کاهش تاثیر عوامل مخاطره آمیز در ایجاد یک بیماری خاص و یا برای بالا بردن عوامل مؤثر کاهش دهنده حساسیت در برابر بیماری است[۱۱]. پیشگیری از بیماریها در سطح پیشگیری اولیه با دو هدف اصلی تغییر رفتارهای ناسالم و بهبود وضعیت سلامت صورت می گیرد. مطابق مطالعات زمانی که افراد ایمان و اطمینان داشته باشند که می توانند بر سلامت خود تأثیر بگذارند، به احتمال بیشتری نسبت به سایر افراد این تأثیر را ایجاد می کنند. به این اطمینان" خود کارآمدی درک شده "می گویند. بنابراین آموزش سلامت برای پیشگیری با هدف تقویت خود کارآمدی درک شده"، علاوه بر تغییر رفتارهای ناسالم منجر به بهبود وضعیت سلامت می گردد [۱۳].

سطح دوم پیشگیری(پیشگیری ثانویه)و محورهای اصلی خودمراقبتی: این سطح از پیشگیری، شامل اقداماتی است که پیشرفت بیماری را در مرحله ناپیدای آن متوقف و از بروز عوارض بیماری جلوگیری می‌کنند. پیشگیری ثانویه عمدتاً در حیطه پزشکی بالینی است. آزمون های غربالگری و برنامه های بیماریابی که منجر به تشخیص زودرس بیماری ها می‌شوند و سپس درمان به موقع آنها، مثالهای این سطح از پیشگیری هستند. محورهای اصلی خودمراقبتی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

در این سطح عبارتند از: تشخیص زودرس، درمان و کنترل بیماری پنهان ؛ سازگاری بیمار با تشخیص احتمالی بیماری (Coping)؛ تبعیت از شروع به موقع درمان مناسب (Compliance).

- ***تشخیص زودرس، درمان و کنترل بیماری پنهان:*** تشخیص زودرس از طریق برنامه های غربالگری(بیماریابی) به این معناست که در افرادی که هیچ علامت هشداردهنده ای برای بیماری ندارند اما به دلیل شرایط جنسی (مثال سرطان پستان در خانمها) یا سنی خاص (مثال سن بالای ۵۰ سال در سرطان روده بزرگ) بالقوه در معرض بیماری هستند، اقدامات تشخیصی را انجام دهیم، بنابراین قادر خواهیم بود در مورد تعدادی از بیماریها که روش تشخیصی زود هنگام دارند و درمان پذیر هستند، بیماری را در مرحله ناپیدای آن(در افراد به ظاهر سالم) تشخیص داده و با درمان به موقع آنها از پیشرفت بیماری و بروز عوارض پیشگیری نماییم. آموزشهای خودمراقبتی و ارتقای سلامت با افزایش آگاهی افراد و افزایش مسئولیت پذیری آنها در برابر لزوم مراجعه به موقع برای انجام فعالیتهای غربالگری بیماریها، مهمترین نقش را در این محور ایفا می نماید [۱۶].

- ***سازگاری بیمار با تشخیص احتمالی بیماری:*** سازگاری بیمار با تشخیص بیماری به مجموعه نگرش ها و عملکردهایی اطلاق می شود که فرد برای بقاء ، سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس هایی که به علت ابتلا به بیماری ایجاد می‌گردد، اتخاذ می کند. البته سازگاری با بیماری فرآیندی است که در طول زمان انجام می شود. این سازگاری با تغییراتی در روش زندگی فرد همراه است که نیازمند برنامه ریزی و خودمراقبتی است.در راستای این محور از خودمراقبتی، فرد پس از مطلع شدن از نتیجه فعالیتهای غربالگری بیماری، بدون اتلاف زمان به پزشک مراجعه کرده و برای اقدامات تشخیصی و درمانی تکمیلی اقدام می نماید و در صورتی که برای انجام این کار آمادگی لازم را نداشته باشد جهت دریافت مشاوره های روان شناختی لازم برای سازگاری با تشخیص احتمالی بیماری اقدام می نماید.

-***تبعیت از شروع به موقع درمان:*** تبعیت از شروع به موقع درمان مناسب و ادامه آن، از مهمترین رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با مدیریت بیماری ها به خصوص بیماریهای مزمن است که سلامت بیماران را تضمین نموده و یا از شدت عوارض بیماری می کاهد. در بسیاری موارد پس از تشخیص یک بیماری جدی در افراد، وقفه ای تا شروع درمان ایجاد می شود. این امر منجر به از دست رفتن زمان گشته و وضعیت بیماری و مدیریت آن را دشوارتر می نماید. آموزه های خودمراقبتی باید بر اهمیت این زمان طلایی تاکید کرده و بیماران را در این مرحله حمایت و پشتیبانی نماید. هم چنین اصطلاح تبعیت از درمان در اختلالات مزمن مانند دیابت، بعنوان انجام رفتارهایی مانند مصرف داروهای تجویز شده، پیروی از رژیم غذایی، سبک زندگی سالم و توصیه های ارائه شده توسط مراقبان بهداشتی تعریف می شود. عدم تبعیت از درمان توصیه شده، یکی از دلایل شکست در درمان، افزایش عوارض بیماری، طولانی شدن مدت درمان و افزایش هزینه های حوزه مراقبت سلامتی است [۱۷].

سطح سوم پیشگیری(پیشگیری ثالثیه) و محورهای اصلی خودمراقبتی: هنگامی که فرآیند بیماری از مراحل اولیه خود فراتر می رود، هنوز هم می توان به وسیله آنچه پیشگیری ثالثیه نامیده می شود، اقدامات پیشگیرانه انجام داد. در حقیقت، به کار گرفتن همه تدابیر موجود برای کاهش یا محدود کردن نقص عضو و ناتوانیهای حاصله از بیماری، به حداقل رساندن رنج و آسیب ناشی از انحراف از سلامت کامل و ارتقای قدرت تطابق بیمار با حالات بهبود ناپذیر، معنای پیشگیری ثالثیه است [۱۰]. در این خصوص بازتوانی به معنای به کاربردن تدابیر پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه ای به صورت مرکب و هماهنگ در آموزش و بازآموزی افراد با بیشترین سطح توانایی عملی است. این تعریف تمام اقداماتی را که هدف آنها کاهش تاثیر نهایی ناتوانی و از کارافتادگی و قادر ساختن افراد ناتوان و معلول به دستیابی در کارهای ادغام یافته اجتماعی است، را شامل می شود. محورهای اصلی خودمراقبتی در سطح سوم پیشگیری موارد زیر را شامل می شوند: تشخیص بیماری؛ درمان و کنترل بیماری؛ سازگاری بیمار با بیماری یا ناتوانی؛ ارزیابی علایم و مصرف داروی مناسب؛ مراقبت تسکینی و توان بخشی. تقسیم بندی محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری در چارچوب یک آمده است.

ابعاد مدیریتی و برنامه های خودمراقبتی: برای ادغام برنامه خودمراقبتی در نظام رایج ارایه خدمات بهداشتی درمانی، حداقل سه جنبه باید مورد ملاحظه قرار گیرد که عبارتند از: آماده سازی سیستم سلامت؛ آماده سازی افراد جامعه و بیماران ؛ سازو کارهای پرداخت.

- ***آماده سازی سیستم سلامت:*** نظام سلامت بعنوان یک جایگاه بالقوه برای انتشار برنامه های خود مراقبتی سبب می شود تا به هم پیوستگی آموزش خودمراقبتی با مراقبتهای بهداشتی درمانی حفظ شده و یک همکاری مستمر بین بیمار و تامین کنندگان خدمات سلامت شکل گیرد. بر این اساس جهت آماده سازی سیستم سلامت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

در خصوص برنامه های خود مراقبتی، باید آموزش خود مراقبتی یکی از اهداف اصلی سیستم سلامت باشد و با سایر خدمات سلامت شامل مراقبتهای بهداشتی درمانی ادغام شده باشد. هم چنین سیستم پایش و ارزشیابی برنامه های خود مراقبتی در نظام سلامت مستقر گردیده و با استفاده از پایش مستمر شاخصهای کمی و کیفی تعریف شده، نحوه ارائه خدمات خودمراقبتی را مورد بررسی قرار دهد. دیگر آنکه نظام سلامت بایستی در جهت حمایت از نقاط عطف برنامه خود مراقبتی آماده باشد؛ به این معنا که خودمراقبتی مثل هر خدمت مراقبتی دیگری ممکن است همراه با ملاحظاتی باشد که باید در زمان معرفی و اجرا و جنبش های جدید حمایت از خودمراقبتی به طور کامل مورد توجه سازمان ها و متخصصان مراقبت قرار بگیرد.

مردم نیز قبل از انتخاب باید به این ملاحظات توجه نمایند. این موارد عبارتند از:

۱. متناسب بودن برنامه خودمراقبتی با در نظر داشتن خطرات بالینی متوجه افراد

۲. تضمین عدالت در دسترسی به برنامه های خودمراقبتی برای همه افراد

۳. به کارگیری و تقویت سرمایه اجتماعی محلی برای حمایت از خودمراقبتی [۸].

- نقش پزشکان در اجرای برنامه خودمراقبتی: ادغام موفقیت آمیز برنامه های خود مراقبتی در خدمات بهداشتی درمانی مشروط به آن است که این برنامه ها دارای پشتوانه کاملی از متخصصان بخش های مختلف سلامت، پزشکان و مدیران باشند. در برنامه های توانمند سازی مردم برای مراقبت از خود، یکی از مؤلفه های بسیار مهم پزشکان جامعه می باشند که می توانند اثرات دوگانه ای (مثبت یا منفی) بر اهداف مراقبت از خود داشته باشند. لذا حضور پزشکانی با نگرش مثبت به این برنامه ها که احساس مسئولیت در قبال مردم و خودمراقبتی دارند، می تواند راهگشای این مسیر باشد. بعلاوه پزشکان خود باید اول مهارت های لازم برای ارایه خدمات خودمراقبتی را کسب کرده و به این باور رسیده باشند که خودمراقبتی می تواند باعث بهبود وضعیت بیماران و کاهش بار مراجعات غیر ضروری و کاهش هزینه ها گردد [۸]. خدماتی که پزشکان در برنامه خودمراقبتی می توانند ارائه دهند شامل موارد زیر است:

۱. هدایت مراجعان برای آشنایی با مفهوم و اهمیت خودمراقبتی به افراد (مراکز) ذی صلاح

۲. هدایت مراجعان برای کسب آموزش های مناسب در خصوص مهارت های زندگی

۳. هدایت مراجعان به گروه های حمایتی (خودیاری) برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی برنامه های خودمراقبتی

۴. هدایت مراجعان برای استفاده از خدمات مشاوره ای در خصوص خودمراقبتی

۵. تقویت اعتماد به نفس و مسئولیت پذیری سلامت مراجعان

۶. هدایت مراجعان برای کسب آموزش های لازم در خصوص نحوه استفاده از منابع اطلاعاتی موجود خودمراقبتی

۷. پیگیری مراجعان برای تکمیل دفترچه خودمراقبتی

خدمات پشتیبانی که خود پزشکان در برنامه خودمراقبتی، بایستی از آنها بهره مند شوند شامل موارد زیر است:

۱. جلب مشارکت پزشکان در خصوص اهمیت خودمراقبتی

۲. ایجاد انجمن های پزشکان حامی برنامه های خودمراقبتی

۳. جلب مشارکت برنامه ریزان آموزش پزشکی در زمینه آموزش حمایت از خودمراقبتی در برنامه تحصیلی گروه های پزشکی مختلف

۴. آموزش نحوه انجام مشاوره های فردی یا گروهی

۵. آموزش اهمیت و نحوه استفاده از منابع اطلاعاتی موجود

۶. ارائه تسهیلات لازم برای استفاده از منابع اطلاعاتی موجود به روز رسانی شده در زمینه خودمراقبتی

۷. ارائه سیستم های تشویقی برای پزشکان که در طرح حمایت از خودمراقبتی مشارکت فعال دارند

۸. ارائه بازخوردهای مربوطه از نتایج اجرای طرح خودمراقبتی

اهداف آماده سازی سیستم سلامت برای اجرای برنامه خودمراقبتی عبارتند از:

۱. توانمندسازی افراد برای مراقبت از سلامت خود و خانواده شان

۲. توانمند سازی افراد برای مراقبت از بیماری ها و ناخوشی های جزئی خود

۳. توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن برای مراقبت از سلامت خود از طریق بهبود تبعیت بیماران از پروتکل های درمانی، بهبود مراقبت های غیردارویی و رفتارهای جستجوی خدمت، کاهش رخداد عوارض و دوره های تشدید بیماری و کاهش نیاز به مراجعات اورژانس

۴. ایجاد و اجرای نظام جامع آموزش سلامت (برای افراد سالم و بیمار)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

۵. توانمندسازی تیم سلامت، سفیران و رابطان سلامت برای حمایت از خودمراقبتی با هدف انتقال دانش و مهارت های حمایت از خودمراقبتی
۶. طراحی و راه اندازی رویکردها و تجهیزات حمایت از خودمراقبتی در سیستم خدمات بهداشتی درمانی همچون راه اندازی و مدیریت مراکز ۲۴ ساعته تماس مستقیم سلامت برای دریافت مشاوره حضوری یا تلفنی و سامانه ملی خودمراقبتی سلامت به عنوان یک مرجع رسمی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی [۱۸]. در خصوص دستیابی به اهداف ذکر شده، سیستم پایش و ارزشیابی بایستی با استفاده از رویکردهای زیر نحوه ارائه خدمات خودمراقبتی را مورد بررسی قرار دهد:
۱. انجام مطالعات دانش، نگرش، عملکرد بر روی مراجعان هر پزشک در خصوص مفاهیم، اهمیت و انجام اقدامات خودمراقبتی و مهارتهای زندگی
۲. بررسی درصد مراجعان هر پزشک که به کلاسهای آموزش مهارتهای زندگی ارجاع شده اند.
۳. بررسی درصد مراجعان هر پزشک که در گروههای حمایتی وخودیاری عضو شده اند.
۴. بررسی تفاوت هزینه های درمانی بیماران هر پزشک قبل و بعد از اجرای طرح خودمراقبتی
۵. بررسی تفاوت نتایج درمانی مراجعان هر پزشک قبل و بعد از اجرای طرح خودمراقبتی
۶. بررسی میزان رضایتمندی پزشکان قبل و بعد از اجرای طرح خودمراقبتی
۷. بررسی میزان رضایتمندی مراجعان هر پزشک قبل و بعد از اجرای طرح خودمراقبتی

- ***آماده سازی افراد جامعه و بیماران:*** جنبه مهم دیگری از استقرار برنامه های خودمراقبتی، آماده سازی افراد جامعه و بیماران و میزان پذیرش آنهاست. در کنار آماده سازی سیستم سلامت برای اجرای برنامه های خود مراقبتی در نظام سلامت، لازم است بیماران، خانواده ها و جوامع برای پذیرش نقش مراقبت از خود آماده باشند تا برنامه های خود مراقبتی بتوانند قابلیتهای بالقوه خود را محقق سازند. در این راستا علاوه برارجاعات مستقیم از سوی تامین کنندگان خدمات سلامت، به یک بسیج بازاریابی اجتماعی برای خودمراقبتی نیاز است. درغیر اینصورت، هر نوع حرکتی، فقط ایجاد هزینه بدون فایده می کند. با توجه به اینکه خودمراقبتی در سیستم اجرایی نظام سلامت کشور ما رویکردی تازه است، ایجاد تقاضا برای خودمراقبتی در کنار ایجاد ظرفیتهای مناسب کاربردی ضروری است.
- ***ساز و کارهای پرداخت:*** تامین اعتبار کافی برای برنامه های خودمراقبتی اهمیت حیاتی دارد و این امر لزوم همکاری بین بخشی را در ایجاد و اجرای برنامه های خودمراقبتی استاندارد ، موثر و مبتنی بر شواهد می طلبد. همچنین برای اینکه ارائه خدمات خودمراقبتی از سوی پزشکان و تیم درمانگر به طور کارآ و در زمان مناسب انجام شده و استمرار یابد، باید بعنوان یک بسته خدمت جداگانه ، مشارکت سازمانهای بیمه گر و تعرفه مشخص برای آموزش خودمراقبتی و ارائه سایر خدمات خودمراقبتی در نظام سلامت کشور در نظر گرفته شود. خلاصه ابعاد مدیریتی برنامه های خود مراقبتی در چارچوب ۲ آمده است.

چارچوب ۱: محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری

	محورهای اصلی خودمراقبتی
سطح اول پیشگیری (ابتدایی-اولیه)	حفظ و ارتقای سلامت
ابتدایی: تثبیت رفتارهای مناسب در جامعه و جلوگیری از پیدایش رفتارهای بیماریزا در جامعه	اصلاح شیوه زندگی
اولیه: شناسایی و تغییر عوامل خطر و علت شناسی بیماریهای موجود و اولویت دار افراد	پیشگیری از بیماریها
سطح دوم پیشگیری (ثانویه)	تشخیص زودرس، درمان و کنترل بیماری پنهان
شناسایی بیماری در دوره نهفتگی و درمان زودرس آن	سازگاری بیمار با تشخیص احتمالی بیماری
	تبعیت از شروع به موقع درمان مناسب
سطح سوم پیشگیری (ثالثیه)	تشخیص بیماری
درمان بیماری ظهور کرده جهت اعاده توانایی یا افزایش سازگاری فرد بیمار یا معلول	درمان و کنترل بیماری
	سازگاری بیمار با بیماری یا ناتوانی
	ارزیابی علایم و مصرف داروی مناسب
	مراقبت تسکینی و توان بخشی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

چارچوب ۲ :ابعاد مدیریتی و برنامه های خودمراقبتی

۱. آماده سازی سیستم سلامت

طراحی و اجرای برنامه های خودمراقبتی مبتنی بر شواهد

ساختار تعریف شده جهت آموزش و حمایت از خود مراقبتی

شبکه های بهداشتی - درمانی

گروهها و موسسات داوطلب- NGO ها

متخصصان و پرسنل آموزش دیده برای اجرای برنامه های خودمراقبتی در ساختار فوق

برنامه های آموزشی مدون و حمایت از پرسنل اجرایی و ارائه دهندگان خدمت

ایجاد و اجرای سیستم پایش و ارزشیابی خدمات خود مراقبتی

پاسخگویی مطلوب برای کیفیت خدمات خودمراقبتی ارائه شده

۲. آماده سازی افراد جامعه و بیماران

احساس مسئولیت فردی- خانوادگی- اجتماعی در مورد خودمراقبتی(فرهنگ سازی و بازاریابی اجتماعی)

حمایت از تشکیل گروه های حمایتی و خود یاری

تامین خدمات مشاوره ای در دسترس و با کیفیت

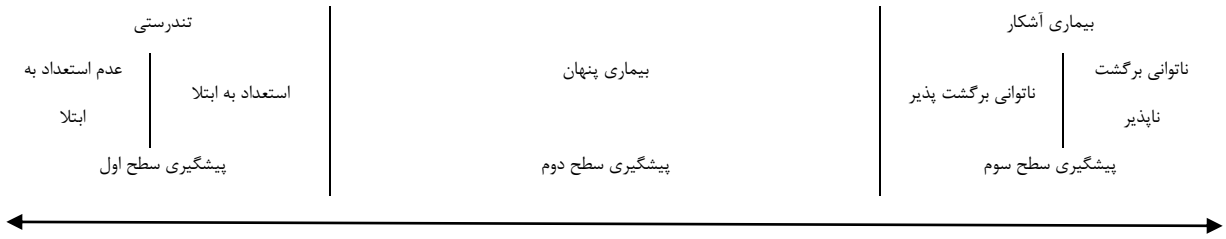
۳. مکانیسم های پرداخت

تامین اعتبار کافی

جلب حمایت سازمان های بیمه گر (وجود برنامه های استاندارد)

تعرفه مشخص برای ارائه خدمات خودمراقبتی و آموزش خودمراقبتی از سوی پزشک یا تیم درمانگر (به عنوان یک بسته خدمت جداگانه)

شکل ۱: سطوح سه گانه پیشگیری



بحث و نتیجه‌گیری

اورم معتقد است که انسان به این دلیل مراقبت از خود را انجام می دهد که مجموعه ای از نیازهای اساسی او برآورده شود. او نیازهای اساسی را به سه گروه نیازهای همگانی مراقبت از خود، نیازهای مراقبتی فرد در مورد رشد و تکامل و مراقبت از خود در هنگام انحراف از سلامتی، تقسیم کرده است [۳]. موضوع مراقبت ازخود باید در زندگی افراد جاری باشد، خودمراقبتی در واقع سریعترین و ارزان‌ترین روش برای ارتقای سلامت جامعه است. یک عامل اصلی تعیین کننده انجام فعالیتهای خودمراقبتی توسط افراد ، مسئولیت پذیری سلامت است. مسئولیت پذیری به عنوان تعهدی درونی از سوی فرد برای انجام مطلوب همه فعالیت‌هایی که بر عهده او گذاشته شده است، تعریف می‌شود به این معنا که در برابر خودش، کسی یا چیزی پاسخگو باشد. افراد حتی اگر دارای دانش و نگرش کافی و مطلوب در قبال سلامت باشند و مهارتهای انجام اقدامات خودمراقبتی را آموخته باشند تنها در صورتی که خود را مسئول سلامتی خود و خانواده شان بدانند می توانند اقدامات خودمراقبتی را بعنوان جزئی مهمی از فعالیتهای روزانه شان انجام دهند. مسئولیت افراد در قبال سلامتی، یکی از مهمترین ابعاد سبک زندگی سالم است که طی آن فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری ها، اقدامات و فعالیت هایی مانند رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب وفعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن سازی درمقابل بیماریها انجام می دهد. رویکرد قابل قبول برای ارتقای سلامت رویکردی است که در آن افراد جامعه به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

نوعی توانمند شوند که مسئولیت سلامتی خود را بپذیرند و شیوه زندگی سالمی را اتخاذ کنند. مطابق مطالعه دکتر صلحی و همکاران، مسئولیت پذیری افراد در قبال سلامت بیشترین نقش را در میان ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت به خود اختصاص می دهد و در میان دوره های مختلف زندگی، نوجوانی دوره مهمی برای تقویت مسئولیت پذیری در زمینه مراقبت از سلامتی خود است. بنابراین این دوره سنی بایستی به میزان بیشتری هدف مداخلات آموزش و ارتقای سلامت قرار گیرد [۱۹]. موضوع دیگری که در زمینه خودمراقبتی مطرح می شود ارتباط سواد سلامت با انجام فعالیتهای خود مراقبتی است. سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت هر فرد برای به دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات و خدمات اساسی مورد نیاز سلامت برای مراقبت از سلامت است.در تعریفی دیگر، سواد سلامت، شامل مجموعه ای از مهارتهای خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارتها در موقعیتهای سلامت است که لزوما به سالهای تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود [۲۰]. در خصوص ارتباط خودمراقبتی با سواد سلامت، قطعا سطح سواد سلامت در افراد و در سطح جامعه یکی از شاخصهای تعیین‌کننده وضعیت خودمراقبتی در جامعه است؛ اما با توجه به پویایی و گستردگی مفهوم سواد سلامت و اجزای مختلف آن، لازم است که در پژوهشهای آتی به طور گسترده تری به تبیین ارتباط سواد سلامت و خودمراقبتی پرداخته شود. ارتباط حساسیت و شدت درک شده با انجام اقدامات خودمراقبتی نیز مساله مورد توجه دیگری است. حساسیت درک شده، درک ذهنی فرد از خطر مواجهه با شرایط بهداشتی درمانی مختلف است. شدت درک شده شرایط مختلف بهداشتی درمانی، به این بر می‌گردد که افراد تا چه حد یک بیماری یا عارضه را به طور جدی و مهم ارزیابی می کنند. بر اساس این مفهوم حساسیت و شدت درک شده، افراد میزان ناتوانی، درد و رنج و مرگ و میر ناشی از شرایط مختلف بهداشتی درمانی را ارزیابی کرده و رفتارهای مختلفی را انجام می دهند. این رفتارها می تواند در راستای انجام اقدامات خودمراقبتی و پیشگیرانه به موقع باشد. از سوی دیگر بعضی مطالعات بین شدت درک شده بالا و انجام رفتارهای خودمراقبتی رابطه معکوس مشاهده کرده اند به طوری که شدت درک شده بالا با ایجاد تهدید و ترس، می تواند موجب اجتناب از انجام رفتارها ی خودمراقبتی و مراجعات پزشکی به موقع شود [۲۱].

لازم است که به ارتباط بین این مفاهیم و خودمراقبتی با جزئیات بیشتری پرداخته شود تا آموزش دهندگان و ارائه دهندگان خدمات خودمراقبتی در انتقال مفاهیم به مراجعان از آنها استفاده نمایند. خودمراقبتی جزیی از تمام حیطه های مراقبت است ، لذا حمایت از خودمراقبتی نیز در تمام حیطه‌های آن باید اتفاق بیفتد. از طریق یک نظام جامع حمایت از خودمراقبتی، هر برنامهٔ سلامت می تواند با رویکرد تقویت خود مراقبتی، یعنی تقویت تصمیم گیری آگاهانه، آموخته شده و هدفدار طراحی و اجرا شود. در این نظام جامع خود مراقبتی عبارت است از اهداف اصلی شامل ایجاد عاملیت خودمراقبتی در افراد در ارتباط با رفتار مورد نظر (توانمندسازی فرد برای خودمراقبتی) و ایجاد سیستم ارایه دهنده خدمات سلامت که مروج، حامی و تسهیل‌گر شکل‌گیری این عاملیت است [۸]. در این خصوص پس از پیاده‌سازی نظام جامع حمایت از خودمراقبتی در سطح کشور، سیستم پایش و ارزشیابی مبتنی بر نتیجه از الزامات اجرایی آن در جهت رسیدن به نتایج مورد نظر و ارتقای سلامت افراد جامعه خواهد بود. مطالعات آینده بایستی در جهت ایجاد و اجرای رویکردهای نظام مند مبتنی بر شواهد خودمراقبتی و پایش و ارزشیابی آنها صورت گیرد.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: طراحی و اجرای مطالعه (مجری طرح)، نویسنده اول
مژگان شریفان: همکار اصلی طرح، نویسنده مسئول
فاطمه نقی زاده موغاری: همکاری در اجرای طرح ، همکاری در تدوین گزارش و مقاله

تشکر و قدردانی

هزینه های این طرح از محل معاونت پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی تامین شده است(کد طرح:۳۰۰۷-۳۳). تیم تحقیق بر خود لازم می داند از این معاونت و کلیه صاحبنظرانی که با شرکت در نشست تخصصی و ارائه نظرات ارزشمند خود ما را در اجرای این طرح همراهی نمودند، تشکر و قدردانی نماید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

منابع

1. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. Nursing Science Quarterly 2001; 14:48-54

2. Cameron S. Do I Need to see the Doctor? A Guide for Treating Common Minor Ailments at Home for All Ages. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 1998; 159:561

3. Hemmati Maslak Pak M, Hashemlo L. Design and Psychometric Properties of a Self-Care Questionnaire for the Elderly. Iranian Journal of Ageing 2015; 10:120-31

4. Thorne SE, Paterson BL. Health care professional support for self-care management in chronic illness: insights from diabetes research. Patient education and counseling Journal 2001;42:81-90

5. Vickery DM and Iverson DC. Medical self-care and use of the medical care system. In: O'Donnell MP and Harris JD (Ed.). Health promotion in the workplace, 1994, pp 367-89. Albany, NY: Delmar. Available in: http://ro.uow.edu.au/hbspapers/1200

6. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology 1978;12:369-76

7. Naderimagham S, Niknami S, Abolhassani F, Hajizadeh E, Montazeri A. Development and psychometric properties of a new social support scale for self-care in middle-aged patients with type II diabetes (S4-MAD). BMC Public Health 2012; 12:1035

8. Rafieifar S, Attarzadeh M. a comprehensive system for empowering people to take care of their health.Department of Health education and Communication, Ministry of Health and Medical Education, Qom University of Medical Sciences, 2005: Available in: http://phc.mui.ac.ir/sites/phc.mui.ac.ir/files/selfcare.pdf [in Persian]

9. WHO. Self-care in the context of primary health care. 2009: Available in :http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4301.pdf.

10. Park John Everett. Textbook of preventive and social medicine a treatise on community health,19th Edition, Banarsidas bhanot:India, 2007

11. Rafieifar S. From Health Education to Health, Tehran, 2004: Available in: http://oldedc.tums.ac.ir/UserFiles/File/pasokhgoo/amozesh_salamat.pdf [in Persian]

12. Bhuyan KK. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. BMC public health 2004; 4:11

13. Rafieifar S, Ahmadzadeh M, Sharifi M.The comprehensive health education system for patients in the Islamic Republic of Iran. Department of Health education and Communication, Ministry of Health and Medical Education, Qom University of Medical Sciences, 2005: Available in: http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_94_29.pdf [in Persian]

14. WHO. Self care for health: A handbook for community health workers and volunteers. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia 2013:135-55

15. Heshmati H, Alizadeh SH, Adib M, Khajavi S, Rafiee N, Behnampour N. Selfcare pattern related to life style and its related factors among female high school students in Gorgan in 2013. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2014; 2:40-48

16. Early diagnosis of cancer, general principles and practices, Ministry of Health and Medical Education, Department of Health Education and Promotion. Available in: http://ilambh.medilam.ac.ir/Portals/163/A9R5046.pdf?ver=1396-10-30-080950-057 [in Persian]

17. Mousavizadeh S, Ashktorab T, Ahmadi F, Zandi M. Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes. Journal of diabetes Nursing 2016; 4:94-108

18. National Program Components of Self-Care Development and Promotion in the Islamic Republic of Iran, Department of Health Education and Promotion, Ministry of Health and Medical Education, 2014. Available in: http://www.gums.ac.ir/Upload/Modules/Contents/asset50/barname%20melli%20khod%20moraghebati.pdf [in Persian]

19. Solhi M, Rezazadeh A, Azam K, Khoushemehri G. Application of theory of planned behavior in prediction of health responsibility, spiritual health and interpersonal relations in high school girl students in Tabriz. Razi Journal of Medical Sciences 2014; 21:9-17

20. Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health status, Preventive Behaviors and Health services Utilization in Baluchistan, Iran. Journal of Education and Community Health 2015;2:43-50

21. Sharifabad MM, Tonekaboni NR. Perceived severity and susceptibility of diabetes complications and its relation to self-care behaviors among diabetic patients. Armaghane Danesh Bimonthly Journal 2007;12:59-68

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]

ABSTRACT

Self-care in health system: Prevention and management dimensions

Farzaneh Maftoon[1], Mojgan sharifan[1*], Fatemeh Naghizadeh Moghari[1]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(4): 361-370
Accepted for publication: 31 July 2018
[EPub a head of print-5 August 2018]

Objective (s): Self-care is the conscious, acquired, and purposeful activities that people take to preserve their lives and provide, maintain and enhance their own health and their families. In self-care, people use their knowledge, skills, and power as a source to take care of their health responsibly. Every human being inherently has the power and ability to take care of himself, and this is the gem that God has given to him. Self-care is not a substitute for professional and organizational care, but a complement to it and one of the determinants of using it. From this perspective, self-care is more about interacting with a health care system, and as a result of self-care, we will have a more efficient health care system. Regarding the main dimensions of self-care, various sources have addressed this issue with different approaches.Some researchers have classified self-care into health SC and medical SC. In another approach, four types of activities include regulatory self-care, preventive self-care; reactive self-care and restorative self-care are the main types of self-care.
This study includes the main aspects of self-care in prevention levels and outlines the dimensions of self-care management in the health service delivery system.
Methods: In this qualitative study, after a literature review, the research group developed the draft of the main dimensions of self-care, based on levels of prevention, and self-care management. Then findings shared with an expert panel. The expert panel included experts on epidemiology and public health, health education, health management, family health and clinical experts. The panel finalized the different levels of prevention and management dimensions of self-care in health delivery system.
Results: The main dimensions of self-care were determined as follows: for first level of prevention, the main dimensions of self-care were: health maintenance and promotion, Lifestyle modification, Disease prevention; for the second level of prevention (secondary prevention), the main areas of self-care included the following three areas: early diagnosis, treatment and control of latent diseases; patient compatibility with the diagnosis of a disease (coping); compliance with the onset of timely treatment; for the third level of prevention (tertiary prevention), the following five dimensions were identified: diagnosis of diseases, treatment and control, patient compatibility with illness or disability, evaluation of symptoms and proper drug use, Palliative and rehabilitation care. Regarding implementation of self-care in health delivery system, at least three aspects should be considered: preparation of the system, preparation of patients, and payment mechanisms.
Conclusion: According to the findings of this study, self-care is an integral part of all areas of care, and therefore health plans should be designed with a self-care reinforcement approach. Structured and evidence-based implementation of a comprehensive self-care support system is the first priority. The establishment of a health care provider that promotes and facilitates self-care behaviors should be the focus of future executive and management studies.

Key Words: Self-care, prevention levels, health service management, service delivery system

[*] Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
Tel: 66480804
E-mail: Sharifan.mozhgan@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.4.2.2]