استخراج وظایف حرفه‌ای پرستاران خانواده با استفاده از نظرات پرستاران، خانواده‌ها، پزشکان و مدیران

مریم علیزاده، نیکو یمانی*، فریبا طالقانی، طاهره چنگیز

چکیده

مقدمه: با توجه به نیاز کشور ما به داشتن پرستارانی متخصص در زمینه خانواده و به منظور نیاز به تعریف وظایف حرفه‌ای به عنوان پایه‌ای جهت برنامه‌ریزی‌های آتی در خصوص رشته هاو گرایش‌های جدیدی مانند پرستاری خانواده دراین مطالعه به استخراج قسمتی از وظایف حرفه‌ای پرستاران خانواده با استفاده از نظرات پزشکان (خانواده، متخصص)، خانواده ها، پرستاران، مدیران مراکز بهداشتی– درمانی دولتی و خصوصی پرداختیم.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی/ توصیفی است که در سال ۱۳۸۹در اصفهان انجام شد. جامعه پژوهش شامل چند گروه می‌باشد خانواده‌های تحت پوشش مراکز بهداشتی اصفهان، پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی اصفهان، پزشکان خانواده، پزشکان متخصص، مدیران مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی. نمونه‌گیری از خانواده‌ها و پرستاران به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای، پزشکان خانواده و پزشکان متخصص به صورت تصادفی ساده انجام شد، مدیران مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی به صورت به صورت تصادفی از بین مدیرانی که حاضر به شرکت در پژوهش بودند انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه استفاده گردید. جهت تکمیل و اصلاح وظایف، از فوکوس گروپ استفاده شد. در آخر تعداد آیتم‌ها پس از استخراج نظرات افراد، وظایف بر اساس سؤالات مصاحبه و اهداف پژوهش دسته بندی شد و موارد تکراری و میزان تکرار هر مورد در کنار آن مشخص گردید.

نتایج: ۵۹ آیتم به عنوان وظیفه از مصاحبه با خانواده ها، ۳۰آیتم از مصاحبه با پرستاران، ۲۵ آیتم از مصاحبه با پزشکان خانواده، ۱۵آیتم از مصاحبه با پزشکان خانواده و۳۱ مورد از مصاحبه با مدیران استخراج گردید. پس از ادغام و حذف موارد تکراری و نهایی کردن در فوکوس گروپ به ۳۲ آیتم رسید.

نتیجه‌گیری: از آن جا که جهت برنامه‌ریزی‌های آتی برای تربیت نیروی تخصصی مورد نیاز جامعه در حیطه پرستاری خانواده نیاز به تعریف وظایف حرفه‌ای پرستاران می‌باشد از یافته‌های‌این پژوهش می‌توان در برنامه‌ریزی درسی برای این رشته استفاده نمود.

واژهای کلیدی: وظایف حرفه‌ای، پرستاران خانواده، نیاز سنجی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۷۰۷ تا ۷۱۸

مقدمه

* نویسنده مسؤول: دکتر نیکو یمانی (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
yamani@edc.mui.ac.ir
مریم علیزاده دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.(m_alizade@edc.mui.ac.ir)؛ دکتر فریبا طالقانی،(استادیار)، گروه پرستاری داخلی–جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (taleghani@nm.mui.ac.ir)؛ دکتر طاهره چنگیز (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران. (tahereh.changiz@gmail.com)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۱۱/۲۰ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

یکی از چالش‌هایی که در آموزش پزشکی امروزه با آن مواجه هستیم تغییر در نوع ارائه خدمات بهداشتی می‌باشد. به نحوی که این تغییرات از خدمات بیمارستانی سنتی و بیمار- محور به سمت خدمات پیشگیرانه و مبتنی بر جامعه پیش می‌رود(۱). از علل این گرایش می‌توان به تاثیرات اقتصادی بیماری‌ها بر دولت‌ها اشاره نمود. تمامی بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های مزمن بار اقتصادی زیادی را بر دولت‌ها تحمیل می‌نمایند.این امر به علاوه تاثیرات مخربی که مشکلات ناشی از بیماری بر فرد و خانواده‌ها می‌گذارند دولت‌ها را بر آن داشته است که به ایجاد اصلاحاتی در نظام سلامت خود بپردازند. از جمله این اصلاحات تغییر در گرایش از سمت درمان بیماری‌ها به سمت پیشگیری است(۲). طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی بیماری‌های مزمن در کل دنیا و همین طور در کشور ما ۴۳ درصد از بار بیماری‌ها و ۶۰ درصد از کل مرگ و میرها را تشکیل می‌دهند و تا سال ۲۰۲۰ توزیع این بیماری‌ها از ۶۰ درصد علل مرگ و میر به ۷۳ درصد و از ۴۳ درصد بار بیماری‌ها به ۶۰ درصد می‌رسد درایران روند رو به رشد پیر شدن جمعیت نیزاین روند را تقویت نموده است(۳و۴).به علاوه امروزه کاهش زمان بستری بیماران در بیمارستان، افزایش دسترسی به‌اینترنت و خدمات الکترونیک و در کل صنعتی شدن جوامع و افزایش هزینه‌های بستری در بیمارستان از یک طرف ودوری از خانواده و عفونت‌های بیمارستانی از طرف دیگر باعث شده است تا روز به روز خدمات مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرار گرفته و تمایل افراد به دریافت خدمات پزشکی و پرستاری در منزل افزایش یابد(۵). پرستاری خانواده رشته‌ای تخصصی در پرستاری است که با هدف اقدامات پیشگیرانه و ترویج بهداشت ایجاد شده است. پرستار خانواده فردی است که به افراد و خانواده‌ها کمک خواهد نمود تا با بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن مقابله نمایند .فردی که قسمت اعظم زمان کارش را در منزل بیماران و خانواده‌ها خواهد گذراند و به جمع آوری شواهد، کشف سریع مشکلات، درمان اولیه، مراقبت بهداشت عمومی و... می‌پردازد. و به همین دلایل نیز نیاز به تعریف نقش پرستار خانواده در رشته‌های تخصصی پرستاری در کشور ما احساس می‌شود. وجود چنین پرستاری در سیستم ارائه خدمات بهداشتی در جامعه‌ای مانندایران که علاوه بر وجود تغییرات ذکر شده در بالا روش ارائه خدمات بهداشتی آن نیز رو به تغییر و اصلاح است و به سمت ارائه خدمات پیشگیرانه پیش می‌رود لازم و ضروری به نظر می‌رسد. چنین پرستاری دارای نقش هایی خواهد بود که مستلزم داشتن مهارت‌های پیشرفته و صلاحیت وسیع بوده و طبیعتا نیاز به آموزش مهارت‌ها و توسعه دانش جدید خواهد داشت(۶). پرستاری در حال تغییر در راستای تطابق با نیازهای افراد و جامعه و تقاضاهای جدید بهداشتی است و پرستاران در ارائه خدمات بهداشتی مبتنی بر جامعه می‌توانند نقش زیادی ایفا کنند(۷). درگیر کردن خانواده‌ها در امر مراقبت بهداشتی همیشه قسمتی از کار پرستاری بوده است اگر چه با اصطلاح پرستاری خانواده یا (family nursing) نامیده نمی‌شده است. به هر حال تغییرات ایجاد شده در سیستم خدمات بهداشتی مثل ترخیص زودتر از بیمارستان و شیوع بیماری‌های مزمن باعث شده است که خانواده‌ها مسؤولیت بیشتری در امر مراقبت بر عهده بگیرند واین به این معناست که پرستاران باید یک نقش حمایتی در کمک به خانواده‌ها برای انجام‌این مسؤولیت خطیر داشته باشند(۸). در عملکردهای جدید پزشکی (خدمات مبتنی بر جامعه) نقش پرستاران متخصص گسترش یافته است. برای پاسخ به‌این نیازها و چالش‌ها جدید باید برنامه‌های درسی جدید، استراتژی‌های جدید آموزشی، مدل‌های نوین برنامه درسی، موقعیت‌های نوین یادگیری، ابزارهای جدید و روش‌های نوین ارزیابی را به کار برد(۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

دانشگاه‌های علوم پزشکی در کنار ارائه خدمات بهداشتی به مردم، وظیفه مهم تربیت نیروی انسانی ماهر و متخصص مورد نیاز بخش‌های مختلف جامعه را نیز انجام می‌دهند در همین راستا، و از آنجا که پرستاران در ارائه خدمات بهداشتی درمانی، نقش قابل توجهی ایفا می‌نمایند، تربیت پرستار نیز از وظایف مهم دانشگاه‌های علوم پزشکی است(۹). در حال حاضر در کشور ما آموزش دوره‌های تخصصی پرستاری به صورت آکادمیک در چند دانشکده و به صورت محدود وجود دارد(۱۰) .این در حالی است که پژوهش‌ها نشان داده اند در پرستاری حرفه‌ای تخصص‌گرا، عدم قاطعیت درتصمیم گیری، نیاز به حمایت‌های اجتماعی و تضاد درنقش، به میزان قابل توجهی پایین‌تر است .علاوه بر این مزایا، سازمان دهی در کار و واکنش‌های روانی پرستاران متخصص، بسیار مثبت ارزیابی شده است(۱۱) .هم چنین مطالعات نشان داده اند که ارائه برنامه‌های تخصصی پرستاری این امکان را به دانشجویان می‌دهد که در جمعیت خاصی (بزرگسالان، زنان، کودکان و خانواده ها) و یا در زمینه بیماری خاص (دیابت و سرطان) و یا در حوزه‌های خاص (کنترل درد و مراقبت از زخم) به صورت تخصصی عمل کنند و مهارت‌های خود را گسترش دهند(۱۲). در بسیاری از کشورها ارائه این تخصص‌ها در سطح کارشناسی ارشد و پس از طی دوره پرستاری عمومی انجام می‌شود. و شامل رشته‌ها و گرایش‌های بسیار متنوعی است که پس از فارغ‌التحصیلی به ارائه خدمات تخصصی می‌پردازند(۱۳). در عین حال پرستاران به عنوان افراد متخصص بزرگترین گروه حرفه‌ای سیستم مراقبتی، بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند و ضرورت دارد با انجام مداخلات با تکیه بر پیشگیری سطح اول گام‌های بسیار مؤثری در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه بردارند(۱۴). لذا تمرکز بیشتر بر خانواده محور بودن در ارئه خدمات پرستاری در برنامه‌ریزی‌های درسی پرستاری لازم به نظر می‌رسد(۱۵). آموزش علوم پزشکی جامعه نگر به معنای شناخت دقیق نیاز های جامعه و تربیت فراگیرانی که قابلیت رفع‌این نیازها را داشته باشند تعریف شده است .اولین قدم برای رسیدن به این هدف، شناخت دقیق نیازهای جامعه می‌باشد. شناخت نیازهای واقعی جامعه مقدمه تعیین وظایف شغلی پرسنل ذیربط است یعنی بایستی افرادی که قابلیت رفع این نیازها را دارند مشخص واین قابلیت‌ها را به اهداف آموزشی تبدیل نمود تا در چرخه آموزش قرار گیرند. به‌این ترتیب، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، مستقیما در ارتباط با جامعه قرار گرفته و دانشجویان و فراگیران در راستای رفع نیازهای جامعه تربیت می‌شوند. بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند که مراجعین مراکز بهداشتی درمانی، نسبت به مراکز بیمارستانی و تخصصی از تنوع بیشتری برخوردار هستند و توزیع شکایت‌ها و مسائل و مشکلات مطرح در بین مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی، مشابه توزیع طبیعی آن در جامعه است. بنابراین امکان نگرش صحیح تر و اولویت‌بندی دقیق‌تر مسائل جامعه و تمرین عملی پیرامون بیماری‌های شایع و مسائل رایج بهداشتی و درمانی مردم دراین جایگاه میسرتر است(۱۶). بنابراین اگر بخواهیم نیروی انسانی که تربیت می‌کنیم پاسخگوی نیازهای جامعه باشد بایستی در برنامه‌ریزی برای آن، نیازهای جامعه و افراد را نیز مد نظر قرار دهیم (۱۷). تعریف نمودن وظایف حرفه‌ای به عنوان پایه‌ای جهت برنامه‌ریزی‌های آتی در خصوص رشته ها و گرایش‌های جدیدی مانند پرستاری خانواده ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا دراین مطالعه به استخراج قسمتی از وظایف حرفه‌ای پرستاران خانواده با استفاده از نظرات پزشکان (خانواده، متخصص)، خانواده‌ها، پرستاران، مدیران مراکز بهداشتی- درمانی دولتی و خصوصی و نهایی سازی آن با استفاده از نظرات اساتید پرستاری پرداختیم.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی/ توصیفی است که در سال ۱۳۸۹در اصفهان انجام شد. خانواده‌های تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهر اصفهان. پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی اصفهان، پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی روستایی حومه اصفهان. پزشکان شهر اصفهان که بیماران مزمن را ویزیت می‌کنند و مدیران مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی اصفهان که در جذب و به کارگیری پرستاران خانواده نقش خواهند داشت جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری از خانواده‌ها و پرستاران به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای و پزشکان خانواده و متخصصین به صورت تصادفی ساده انجام گردید. مدیران مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی به صورت تصادفی از بین مدیرانی که حاضر به شرکت در پژوهش بودند انتخاب شدند. نمونه گیری تا زمان اقناع محقق و کامل شدن داده‌ها انجام گردید. ابزار جمع آوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختار دار بود. محور مصاحبه تعیین مشکلات بهداشتی افراد و مشخص ساختن خدماتی است که پرستار خانواده می‌تواند ارائه نماید. جهت انجام مصاحبه مراجعه حضوری به افراد نمونه انجام شد. تا حد امکان خانواده‌های دارای مشکلات بهداشتی (بیماران مزمن، سالمندان، خانم‌های باردارو یا تازه زایمان کرده و...) وارد نمونه گردیدند. برای انجام مصاحبه به منظور کسب رضایت از فرم رضایت آگاهانه و جهت جمع آوری اطلاعات از فرم مصاحبه نیمه ساختاردار استفاده گردید. در صورت تمایل افراد، مصاحبه حضوری و در مورد بیماران و یا افرادی که توانایی مراجعه نداشتند مصاحبه تلفنی انجام می‌گردید. پزشکان متخصص بیماری‌های مزمن به علت آشنایی با مشکلات ناشی از عدم آموزش یا انجام پیگیری در بیماران مزمن می‌توانستند در این خصوص نظرات مفیدی ارائه دهند. خانواده‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین ذی‌نفعان برنامه، پرستاران به عنوان گروه هدف آموزشی برنامه و پزشکان خانواده به عنوان گروهی که به ارائه خدمات پیشگیرانه به خانواده‌ها می‌پردازند و از مشکلات بهداشتی آنان تا حدی با خبر هستند انتخاب شدند. هم چنین مدیران معاونت‌های بهداشت و درمان و ارگان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی – درمانی خصوصی (شرکت نفت، تامین اجتماعی،سپاه،ارتش) استان اصفهان به دلیل این که در جذب، بکارگیری و استخدام این پرستاران نقش مهمی خواهند داشت با هدف گنجاندن نظرات قسمت‌های اجرایی در نظرسنجی شرکت داده شدند. پس از انجام مصاحبه‌ها نظرات افراد استخراج گردید و بر اساس سؤالات مصاحبه واهداف پژوهش دسته‌بندی شد و موارد تکراری و میزان تکرار هر مورد، در کنار آن مشخص گردید. دسته بندی در چهار فوکوس گروپ با حضور اساتید پرستاری و برنامه‌ریزی درسی و پرستاران شاغل به صورت بحث بر روی هر وظیفه به صورت جداگانه توسط همه افراد انجام گرفت وسپس وظایف با توافق همه افراد برای در نظر گرفتن وظیفه مورد نظر در لیست نهایی، تکمیل و اصلاح گردید. هر فوکوس گروپ به طور متوسط شامل ۵ نفر از افراد ذکر شده بود و به صورت بحث گروهی نظر خواهی انجام می‌گرفت.

نتایج

دراین مطالعه از ۱۴۸ فرد مصاحبه شده ۵۲ نفر بیمار مزمن (تلفنی و حضوری)، ۱۵ خانم باردار، ۲۵ خانم تازه زایمان کرده، ۵ خانم در شرف ازدواج و ۱۲سالمند، ۲۰ پرستار، ۸ نفر از پزشکان خانواده، ٦ نفر از پزشکان متخصص و ۵ نفر از مدیران بودند. در کل ۱٦٦۰آیتم از مصاحبه‌های انجام شده استخراج گردید.آیتم‌های تکراری حاصل از همه اعضای نمونه در جدول یک در هم ادغام شده اند. در زیر به ۵ مورد از وظایف اشاره شده که بیشترین تکرار را در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

هر گروه داشتند اشاره می‌شود.

بیماران مزمن به۲۳ مورد اشاره نمودند که آیتم‌های پر تکرار شامل آموزش نحوه استفاده از داروها، آموزش برای جلوگیری ازایجاد عوارض در بیماران مزمن مانند زخم پای دیابتی، شکستگی و غیره، آموزش تغذیه صحیح به بیماران مزمن و خانواده آن ها، ارائه راه حل برای کاهش مشکلات بیماران مزمن در هنگام بروز درد، بی خوابی، عدم فعالیت وغیره و مشاوره در مورد علائم افزایش قند خون، فشار خون و نحوه کنترل آن‌ها بود. زنان باردار و تازه زایمان کرده ۱۹ مورد را ذکر کردند که موارد مشاوره و آموزش در مورد روش‌های کاهش مشکلات دوران بارداری مانند کمر درد، افسردگی، فشارهای روحی- روانی، آموزش آشنایی با روانشناسی رشد فرزندان (دختر و پسر)، مشاوره تغذیه، آموزش روش‌های انجام ورزش و تمرینات بدنی دوران بارداری و آموزش به مادر برای تشخیص مشکلات نوزاد هنگام بی قراری و گریه کردن از موارد پر تکرار بودند.

سالمندان ۱۱ مورد را ذکر کردند که آیتم‌های پر تکرار آن شامل: ارجاع سالمندان نیازمند به مراکز حمایتی، بررسی سالمندان ناتوان از نظر برخورداری از حمایت خانواده در امر مراقبت مانند در دسترس بودن غذای کافی و مکان مناسب، آموزش به خانواده در مورد ارتباط صحیح با فرد سالمند، ارائه راه حل‌های کاربردی برای کاهش مشکلات جسمی دوران سالمندی مانند درد بدن، کم شدن حافظه، کاهش فعالیت‌های جسمی، مشکل در مصرف غذا، کم خوابی، کم شنوایی، کم بینی، مشکلات روحی، تنهایی و افسردگی بودند.

خانم‌های در شرف ازدواج به٦ مورد اشاره نمودندکه همه موارد ذکر شده پر تکرار بود و شامل: راهنمایی و مشاوره در خصوص نحوه برقراری ارتباط صحیح جنسی با استفاده از روش‌های مختلف آموزشی، آموزش انجام معاینات خودآزمایی پستان، برقراری ارتباط صحیح وایجاد اعتماد در فرد، آموزش چگونگی برخورد با مشکلات احتمالی بعد از اولین رابطه جنسی، کاهش استرس و آرام‌سازی، رعایت بهداشت جنسی و جلوگیری از بیماری‌های مقاربتی بودند.

پرستاران به ۳۰ آیتم اشاره نمودند که مهم‌ترین آن‌ها بازدید از منزل بیماران مبتلا به بیماری مزمن و ناتوان نسبی یا کامل به منظور ارائه مراقبت و آموزش، آموزش بهداشت فردی به اعضای خانواده، آموزش و مشاوره به خانواده‌ها در مورد سازمان‌های حمایتی و چگونگی دستیابی به آنها، آموزش کمک‌های اولیه به اعضای خانواده وارائه آموزش و مشاوره جهت ارتقای مهارت‌های زندگی بود.

پزشکان خانواده به ۲۵ آیتم اشاره نمودند که در بین موارد ذکر شده آموزش نحوهمصرف داروهای تجویز شده، تأکید بر اهمیت مصرف، زمان مصرف، کامل کردن دورهدرمان، عوارض دارویی، روش مصرف و غیره، پیگیری بیماران تحت پوشش تیم سلامت، آموزش تغذیه مناسب به افراد، آموزش‌های دوران نقاهت بیماری به بیماران ترخیص شده و پذیرش بیماراز موارد پرتکرار بود. پزشکان متخصص به ۱۵ مورد اشاره نمودند که آ موزش به بیماران مزمن به منظور جلوگیری ازایجاد عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن مانند شکستگی وزخم پای دیابتیک، بررسی علایم خطر موجود در بیماران مزمن و انجام اقدام سریع پرستاری به منظور جلوگیری ازایجاد عوارض وخیم، بازدید از منزل به منظور بررسی مشکلات بیماران مزمن و ارائه راه حل‌های کاربردی، آموزش خود مراقبتی به بیماران مزمن(کنترل قند خون توسط خود فرد و غیره) و کمک به بیماران برای سازگاری با محدودیت‌های جدید ناشی از بیماری از مهم‌ترین موارد ذکر شده بود.

مدیران به ۳۱ مورد اشاره نمودند که پر تکرارترین آن‌ها

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

شامل: عملکرد وسیع و مؤثر در سطح پیشگیری اولیه، شناسایی افراد در معرض خطر بیماری‌های گوارشی، دیابت، CVA وغیره واجرای اقدامات پیشگیرانه، غربالگری بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های مزمن بودند. در جدول شماره یک فراوانی نظرات افراد نمونه ذکر شده است *موارد مشخص شده وظایفی است که در فوکوس گروپ تکمیل و اصلاح گردید. همانطور که جدول یک نشان می‌دهد وظایف* آموزش به بیماران مزمن در مورد نحوه استفاده از داروها، نحوه کنترل قند خون، فشار خون و...، علائم افزایش قند خون، فشار خون و نحوه کنترل آن ها، تغذیه صحیح، نحوه کنترل عوارض حاد ناشی از بیماری مانند افت قند خون وتشنج، آموزش خود مراقبتی به بیماران مزمن (کنترل قند خون توسط خود فرد و غیره)، آموزش و مشاوره به خانواده‌ها در مورد سازمان‌های حمایتی و چگونگی دستیابی به آنها، ارجاع افراد نیازمند به مراکز حمایتی، حمایت‌های روحی- روانی از بیماران و سالمندان نیازمند و آموزش به خانواده در مورد ارتباط صحیح با افراد خانواده که تمامی گروه‌ها به آن اشاره کرده بودند. وظایف مدیریت تیم سلامت و هماهنگ کننده فعالیت‌های تیم، شرح‌حال‌گیری و انجام معاینات فیزیکی و پیشگیری ازایجاد بیماری‌های غیرواگیر مانند فشارخون، دیابت و...از طریق آموزش کمترین فراوانی را داشتند که فقط پزشکان و مدیران به آن تأکید داشتند.

جدول ۱: فراوانی نظرات استخراج شده از پرستاران، خانواده ها، پزشکان و مدیران و فوکوس گروپ

ردیف	نظرات	خانواده ها	پرستاران	پزشکان	مدیران	فراوانی	درصد
۱	**آموزش به بیماران مزمن در مورد نحوه استفاده از داروها، نحوه کنترل قند خون، فشار خون و...، علائم افزایش قند خون، فشار خون و نحوه کنترل آن ها، تغذیه صحیح، نحوه کنترل عوارض حاد ناشی از بیماری مانند افت قند خون، تشنج و...**	*	*	*		۷۶	۵۱.۳۵
۲	**بازدید از منزل بیماران ناتوان مبتلا به بیماری مزمن به منظور رفع مشکلات آن‌ها در مورد داروها، استراحت، خواب، فعالیت و ...**	*	*	*	*	۵۹	۴۲.۱۴
۳	**مشاوره و آموزش در مورد روش‌های کاهش مشکلات دوران بارداری مانند کمر درد، افسردگی، فشارهای روحی- روانی**	*	*			۴۷	۳۱.۷۵
٤	پیشگیری ازایجاد افسردگی بعد از زایمان	*				۲۹	۱۹.۵۹
٥	آموزش روش‌های انجام ورزش و تمرینات بدنی دوران بارداری	*				۳۲	۲۱.۶۲
٦	آموزش به مادر برای تشخیص مشکلات نوزاد هنگام بی قراری و گریه کردن	*				۳۵	۲۳.۶۴
۷	درمان مشکلات ساده نوزاد در منزل مانند زردی، ترشحات ناف و ...	*	*	*		۴۵	۳۰.۴۰
۸	**ارائه راه حل‌های کاربردی برای کاهش مشکلات جسمی دوران سالمندی مانند درد بدن، کم شدن حافظه، کاهش فعالیت‌های جسمی، مشکل در مصرف غذا، کم خوابی، کم شنوایی، کم بینی، مشکلات روحی، تنهایی و افسردگی**	*	*	*	*	۴۲	۲۸.۳۷
۹	**کمک به سالمندان برای پذیرش بحران‌های ناشی از سالمندی**	*	*	*		۲۹	۱۹.۵۹
۱۰	**بررسی سالمندان ناتوان از نظر برخورداری از حمایت خانواده در امر مراقبت مانند در دسترس بودن غذای کافی، مکان مناسب و...**	*	*			۵۸	۳۹.۱۸

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

۱۱	**آموزش بهداشت جنسی و ازدواج**	*	*			۲۶	۱۷.۵۶
۱۲	**پیگیری بیماران تحت پوشش تیم سلامت**		*	*	*	۳۵	۲۳.۶۴
۱۳	**آموزش روش برخورد با مشکلات ساده بهداشتی اطفال و مراقبت از آنان به خانواده ها**	*	*	*		۵۱	۳۴.۴۵
۱٤	**درمان مشکلات ساده بهداشتی قبل ازایجاد بیماری‌های وخیم (تب، اسهال و استفراغ و...)**		*	*		۲۶	۱۷.۵۶
۱۵	**کمک به بیماران برای سازگاری با محدودیت‌های جدید ناشی از بیماری مزمن**	*	*	*	*	۶۱	۴۱.۲۱
۱۶	**شناسایی افراد در معرض خطر بیماری‌های گوارشی، دیابت، CVA و...واجرای اقدامات پیشگیرانه**		*	*	*	۳۷	۲۵
۱۷	**توانایی بالا در امر آموزش به بیمار (دانش در مورد بیماری، روش‌های آموزش مؤثر، برنامه‌ریزی و ....)**		*	*	*	۳۹	۲۶.۳۵
۱۸	**بررسی و تحلیل وضعیت تغذیه‌ای افراد در خانواده و در صورت نیاز ارجاع به مشاور تغذیه**		*	*	*	۳۵	۲۳.۶۴
۱۹	**انجام مراقبت از خانواده‌ها در حیطه بهداشت روان**		*	*	*	۳۳	۲۲.۲۹
۲۰	**غربالگری بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های مزمن**		*	*	*	۳۹	۲۶.۳۵
۲۱	**پیشگیری ازایجاد بیماری‌های غیر واگیر مانند فشارخون، دیابت و...از طریق آموزش**		*		*	۲۲	۱۴.۸۶
۲۲	**پیشگیری ازایجاد عوارض ناشی از دیابت مانند رتینو پاتی، زخم پای دیابتی و ..**	*	*	*	*	۵۶	۳۷.۸۳
۲۳	شرح حال گیری و انجام معاینات فیزیکی		*	*		۲۸	۱۸.۹۱
۲٤	**مدیریت تیم سلامت و هماهنگ کننده فعالیت‌های تیم**			*	*	۱۳	۸.۷۸
۲۵	**آموزش خود مراقبتی به بیماران مزمن(کنترل قند خون توسط خود فردو...)**	*	*	*	*	۷۰	۴۷.۲۹
۲۶	**آموزش روش انجام معاینات خودآزمایی پستان در زنان خانواده**	*	*	*		۲۹	۱۹.۵۹
۲۷	**آموزش و مشاوره جهت ارتقای مهارت‌های زندگی**	*	*			۵۲	۳۵.۱۳
۲۹	**آموزش بهداشت فردی به اعضای خانواده**		*			۱۵	۱۰.۱۳
۳۰	**آموزش کمک‌های اولیه به اعضای خانواده**		*	*		۲۴	۱۶.۲۱
۳۱	**عملکرد وسیع و مؤثر در سطح پیشگیری اولیه**		*	*	*	۲۷	۱۸.۲۴
۳۲	**آموزش و مشاوره به خانواده‌ها در مورد سازمان‌های حمایتی و چگونگی دستیابی به آنها**	*	*	*	*	۷۵	۵۰.۶۷
۳۳	**بررسی علائم سالمند آزاری در خانواده و انجام اقدامات حمایتی مناسب**	*	*	*		۳۰	۲۰.۲۷
۳٤	**ارجاع افراد نیازمند به مراکز حمایتی**	*	*		*	۷۰	۴۷.۲۹
۳۵	**حمایت‌های روحی-روانی از بیماران و سالمندان نیازمند**	*	*	*		۷۳	۴۹.۳۲
۳۶	**آموزش به خانواده در مورد ارتباط صحیح با افراد خانواده**	*	*			۷۵	۵۰.۶۷
۳۷	**آموزش به مادر برای تشخیص مشکلات نوزاد هنگام بی قراری و گریه کردن**	*				۳۲	۲۱.۶۲
۳۸	آموزش در مورد مراقبت از ناف نوزاد به مادر	*				۲۹	۱۹.۵۹
۳۹	بررسی نوزاد از نظر ابتلا به زردی	*	*			۴۳	۲۹.۰۵
٤۰	آموزش روش شیردهی موفق و مؤثر	*	*			۴۳	۲۹.۰۵
٤۱	مشاوره با همسر در مورد نحوه برخورد با همسر باردار و یا تازه زایمان کرده و حمایت از وی	*				۳۲	۲۱.۶۲
٤۳	**ارزیابی بحران‌ها در خانواده و مداخله در بحران**	*	*		*	۴۸	۳۲.۴۳
٤۵	انجام اقدامات درمانی در صورت بروز عوارض دارویی	*	*			۴۴	۲۹.۷۲
٤۶	**در گیر کردن اعضای خانواده برای کمک به بیمار**	*	*	*		۵۴	۳۶.۴۸

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

بحث

این مطالعه به دلیل نیاز کشور ما به داشتن پرستارانی متخصص در زمینه خانواده و به منظور نیاز به تعریف وظایف حرفه‌ای به عنوان پایه‌ای جهت برنامه‌ریزی درسی این رشته تلاش نمود وظایف حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان این رشته را از دیدگاه ذی نفعان این رشته بررسی نماید.

نتایج این پژوهش موید آن بود که از نظر خانواده‌ها خصوصاً بیماران مزمن، پزشکان خانواده و پزشکان متخصص و پرستاران مهم‌ترین کمکی که یک پرستار خانواده می‌تواند به بیماران مزمن ارائه دهد در خصوص افزایش آگاهی آنان در مورد روند درمانشان خصوصاً نحوه استفاده از داروها کنترل بیماری و تغذیه از طریق آموزش می‌باشد(۶۹.۷۲ درصد). این نتایج با وظایف تدوین شده در برنامه درسی سازمان بهداشت جهانی که شامل مدیریت و پیشگیری بیماری‌های مزمن، مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن و افراد مبتلا به سرطان می‌باشد شباهت دارد(۱۸). تفاوت‌های موجود در این آیتم‌ها اختصاصی تر و ریزتر شدن وظایف از دیدگاه بیماران می‌باشد. و هم چنین به نظر می‌رسد افراد بیشتر نیازمند گرفتن آموزش و مشاوره می‌باشند تا دریافت مراقبت. شاید دلیل آن را بتوان در تفاوت‌های فرهنگی موجود جستجو کرد و این که هم چنان در کشور ما بنیاد خانواده پا بر جا بوده و افراد خانواده از بیماران مزمن مراقبت می‌کنند و دراین زمینه نیاز به افزایش آگاهی دارند تا بتوانند خدمات بهتری را ارائه دهند. افزایش گرایش خانواده‌ها به سمت درخواست آموزش و مشاوره به جای گرفتن مراقبت نکته قابل توجهی در یافته‌های پژوهش می‌باشد که بیانگرایجاد تغییرات نگرشی مثبت به سمت خودمراقبتی و پیشگیری می‌باشد. و این امر نشان دهنده نیاز به گنجاندن‌این وظایف در حیطه وظایف پرستاران خانواده می‌باشد. از طرف دیگروظایف استخراج شده در مطالعه حاضر با وظایف پرستار خانواده در اسکاتلند و اروپا که شامل کمک به افراد و خانواده‌ها برای سازگاری با بیماری‌ها و نا توانی‌های مزمن و ادامه مراقبت، بازتوانی و اداره بیماری‌های مزمن است مشابهت دارد(۱۹و۲۰). علت این تشابه را می‌توان در هدف برنامه پرستار خانواده جستجو نمود زیرا فلسفه وجودی پرستار خانواده کمک به افراد در مدیریت بیماری‌های مزمن است. در همین راستا تأکید اکثریت پزشکان متخصص بر آموزش به بیماران مزمن وگنجاندن وظایف مربوط به آموزش به بیمار در خصوص درمان‌های دریافتی بود. به نظر می‌رسداین وظیفه‌ای است که از یک طرف پزشکان متخصص به علت درگیری در روند درمان، شلوغی بیمارستان و مطب‌ها و از طرف دیگر سایر پرسنل خصوصاً پرستاران بالینی نیز به علت شلوغی و نداشتن زمان کافی از آن غافل شده اند این در حالی است که در وظایف پرستاران خانواده در سایر کشورها مانند آمریکا، سازمان بهداشت جهانی و اسکاتلند بیشتر بر امر مراقبت از بیمار تأکید شده است تا آموزش(۱۸و۱۹و۲۲). البته نباید از نظر دور داشت که امروزه مراقبت از افراد خانواده و آموزش به آن‌ها در مورد مشکلات بهداشتی شان دو جزء تفکیک ناشدنی در آموزش علوم پزشکی هستند و نمی توان کم رنگ بودن آن در لیست وظایف را به منزله نادیده گرفتن آن در نقش‌های پرستاران خانواده در سایر کشورها تلقی نمود.

در موارد ذکر شده توسط زنان باردار و تازه زایمان کرده آیتم پرتکرار مشاوره و آموزش در مورد روش‌های کاهش مشکلات دوران بارداری مانند کمر درد، افسردگی، فشارهای روحی- روانی بود که علت آن میزان اهمیت این موارد در سلامت مادر و نوزادش بود. تفاوت این نتیجه با وظیفه پرستار خانواده در برنامه سازمان بهداشت جهانی در نوع مراقبت است. زنان خواستار آموزش و مشاوره بودند اما در برنامه سازمان بهداشت ارائه مراقبت توسط

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

پرستار ذکر شده است که البته می‌تواند آموزش را هم در بر بگیرد. این آیتم تحت عنوان مراقبت از خانواده دارای یک نوزاد تازه متولد شده و مراقبت از خانواده‌ای که در حال آماده شدن برای تولد اولین فرزندشان هستند ذکر شده است(۱۸). دلیل این تفاوت را می‌توان در ساختارهای فرهنگی دانست. درایران خانم‌های تازه زایمان کرده اکثرا تحت حمایت کامل خانواده خود قرار دارند و پیوندهای خویشاوندی خود را بعد از ازدواج حفظ می‌کنند و بیشتر نیازمند آموزش و مشاوره هستند تا دریافت مراقبت. در برنامه درسی اسکاتلند،آمریکا، اروپا و تاجیکستان وظایف به صورت عنوان‌های کلی ارائه مراقبت به خانواده‌ها بر اساس ارزیابی‌های انجام شده از هر یک از خانواده‌ها اشاره شده است و موردی از اشاره به خانم باردار یا تازه زایمان کرده دیده نمی‌شود(۲۰و۲۱و۲۲و۱۹). شاید این امر به علت پیر شدن جمعیت آن کشورها باشد.

در مصاحبه با سالمندان آیتمی که توسط اکثرافراد سالمند به آن اشاره شده است ارائه راه حل‌های کاربردی برای کاهش مشکلات جسمی دوران سالمندی مانند درد بدن، کم شدن حافظه، کاهش فعالیت‌های جسمی، مشکل در مصرف غذا، کم خوابی، کم شنوایی، کم بینی، مشکلات روحی، تنهایی و افسردگی می‌باشد(۲۵.۷۶ درصد). آیتم‌های مراقبت از سالمندان در برنامه درسی پرستاران خانواده در سازمان جهانی بهداشت به صورت مراقبت از یک زوج سالمند که هر دو دارای سطح سلامتی پایینی هستند و مراقبت از یک فرد بیوه سالمند که بیماری‌های متعددی داردذکر شده است(۱۸). اما در برنامه‌های درسی سایر کشورها مانند آمریکا، اسکاتلند، تاجیکستان و سایر کشورهای اروپایی هیچ آیتمی به طور مستقیم به مراقبت از سالمندان اشاره‌ای نکرده است(۲۰و۲۱و۲۲و۱۹). دلیل این امر شاید وجود گرایش پرستاری سالمندی دراین کشورها باشد که وظایف ارائه مراقبت و آموزش به سالمندان را بر عهده گرفته و حتی خدمات پرستاری به سالمندان در منزل را نیز ارائه می‌دهند.

موارد ذکر شده توسط افراد در شرف ازدواج دارای فراوانی یکسانی است به طوری که اولین و مهم ترین آیتمی که همه افراد نیاز به دانستن آن را ذکر کرده اند راهنمایی و مشاوره در مورد نحوه برقراری ارتباط صحیح جنسی و نحوه برخورد با مشکلات احتمالی بعد از اولین ارتباط و کاهش میزان استرسشان بود(۲۰.۱۵ درصد). مواردی که شاید به دلایل فرهنگی در کشور ما کمتر به آن پرداخته می‌شود که دراین مورد در حیطه وظایف پرستار خانواده در سایر کشورها مورد مشابهی یافت نشد(۱۹و۲۰و۲۱و۲۲و۱۸). شاید دلیل آن این باشد که در کشورهای اروپایی و آمریکا آموزش‌های جنسی از مدارس ابتدایی شروع می‌شود و نیاز به آن در زمان ازدواج چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

نتیجه‌گیری

در نتایج مشخص گردید که دغدغه اصلی مدیران در حیطه پیشگیری اولیه است. یکی از دلایل آن دیدگاه‌های اقتصادی و پیشگیری از بار مالی اضافی است که بیماری بر افراد و دولت‌ها تحمیل می‌نماید. دربین وظایف ذکر شده توسط مدیران پراکندگی زیادی مشاهده نمی شود به طوری که اکثریت موارد در حیطه پیشگیری سطح اول می‌باشد که شامل شناسایی افراد در معرض خطر و عمل کردن به عنوان واسطه بهداشتی است. حتی موارد جزیی، مانند آموزش نحوه صحیح شستن سبزیجات و مصرف مواد غذایی نیز ذکر شده است که با هدف اصلی‌ایجاد برنامه پرستاری بهداشت خانواده توسط سازمان بهداشت جهانی که در گیر کردن پرستاران در حیطه بهداشت و پیشگیری سطح اول می‌باشد کاملا تطابق دارد(۱۸).

نتایجی که بر اساس نظر افراد در فوکوس گروپ تکمیل و اصلاح گردید را می‌توان در چند گروه دسته بندی نمود که از

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

مهم‌ترین موارد، ارائه مراقبت و آموزش به بیماران مزمن و خانواده آن‌ها می‌باشد که با وظایف تدوین شده در برنامه درسی سازمان بهداشت جهانی و همچنین با وظایف پرستار خانواده در اسکاتلند و اروپا شباهت دارد(۱۸،۱۹،۲۰). در نتایج ارائه شده توسط فوکوس گروپ ارائه خدمات بهداشتی به اطفال نیز قرار گرفت که در بررسی وظایف موجود در برنامه پرستاری خانواده در سازمان بهداشت جهانی، اروپا، آمریکا، اسکاتلند و تاجیکستان مورد مشابهی یافت نشد(۱۹و ۲۰و ۲۱و ۲۲و ۱۸). شاید دلیل آن پیر شدن جمعیت دراین کشورها و کاهش تعداد کودکان به نسبت جمعیت باشد. دسته بعد شامل وظایف مربوط به ارائه مراقبت به سالمندان است. آیتم‌های مراقبت از سالمندان در برنامه درسی پرستاران خانواده در سازمان جهانی بهداشت ذکر شده است(۱۸)، اما در برنامه‌های درسی سایر کشورها مانند آمریکا، اسکاتلند، تاجیکستان و سایر کشورهای اروپایی هیچ آیتمی به طور مستقیم به مراقبت از سالمندان اشاره‌ای نکرده است(۲۰و ۲۱و ۲۲و ۱۹). دلیل این امر شاید وجود گرایش پرستاری سالمندی دراین کشورها باشد و عدم وجود رشته پرستاری سالمندی درایران باعث در نظر گرفتن حیطه‌ای در وظایف پرستاران خانواده می‌باشد.آیتم دیگری که اساتید پرستاری آن را در حیطه وظایف وارد نمودند آموزش بهداشت جنسی و ازدواج است دراین مورد در حیطه وظایف پرستار خانواده در سایر کشورها مورد مشابهی یافت نشد(۱۹و ۲۰و ۲۱و ۲۲و ۱۸). دلیل این که اساتید پرستاری نیز این آیتم را در حیطه وظایف وارد نمودند نیاز افراد در شرف ازدواج به دانستن مسائل جنسی به علت عدم آموزش رسمی و کافی دراین مورد در کشور ما می‌باشد.

ارائه مراقبت در خانواده دچار بحران نیز توسط اساتید پرستاری مورد توجه قرار گرفته است این نتیجه با وظیفه در نظر گرفته شده توسط سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان مراقبت از خانواده دارای مشکلات روحی- روانی و وظیفه در نظر گرفته شده در برنامه درسی اسکاتلند تحت عنوان کمک به خانواده‌ها برای سازگاری با زمان‌های وجود استرس در خانواده مشابه است(۱۸و ۱۹). دلیل‌این شباهت این است که یکی از اهداف اصلی وجود پرستاری خانواده کمک به خانواده‌ها در تطابق با شرایط ایجاد بحران در خانواده می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر، منجر به استخراج وظایف حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان رشته پرستاری خانواده گردید که می‌توان از آن جهت تدوین یک برنامه درسی مبتنی بر وظیفه استفاده نمود بنابراین در مطالعات بعدی توصیه می‌شود طراحی برنامه درسی رشته با استفاده از نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه انجام گردد.

قدردانی

از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی اصفهان، کلیه خانواده ها، پزشکان متخصص، پزشکان خانواده ومدیران محترمی که در طرح شرکت نمودند. مسؤولین و کارکنان محترم معاونت بهداشت و درمان استان اصفهان، مسؤولین و کارکنان کلیه درمانگاه هایی که محیط پژوهش را تشکیل می‌دادند و کلیه عزیزانی که ما را در اجرای‌این طرح یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع

1. Dent j, Harden R. A practical guide for medical teacher. 2end ed . landan:Churchill Livingstone. 2005.
2. Thompson L.the role of nursing in governmentality,biopower and population healh . fnj. 2008; 14(1):76-84.
3. Integrated chronic disease prevention and control. [cited 2011 Mar 10]. Available from:

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/
4. Kelishadi R, Motlagh MS. Ardalan G, Ziyaodini H.[pishgiri az bimarihaye mozmene gheyre vagir. Vezarate behdasht darman va amoozeshe pezeshki. Moavenate salamat].1st ed.Isfahan: daneshgahe olume pezeshki. 2007. [Persian]
5. SHamsai F, CHeraghi F,GHalealiha A.[barrasiye tasire moraghebathaye parastari dar manzel bar darmane bimarane skizophernia bastari dar bimarestane Hamedan]. Majale elmi daneshgahe olume pezeshki Ilam. 2007. 15(2). [Persian]
6. C Macduff,B West.An evaluation of an educational programme to prepare family health nurses.nurse education today. 2004;24(7):575-583.
7. Parfit B.family health nursing :role development in Europe . Intensive Crit Care Nurs. 1998;14(3):117-23.
8. Robb YA.Family nursing in intensive care part one:is family nursing appropriate in intensive care? Intensive Crit Care Nurs. 1998; 14(3):117-123.
9.Borzu R, Safari M, Khodavisi M, Torkaman B. The Viewpoints of Nurses towards Applicability of Nursing Curriculum in Hospitals Affiliated to Hamedan University of Medical Sciences. Source: Iranian Journal of Medical Education .2009; 8(2): 205-210.
10. Mirzabeygi Gh, Sanjari M, Salemi S, Babaei F, Kheradmand M. The Necessity for Specialty Education in Nursing MS Program: Viewpoints of the Faculty Members of School of Nursing and Midwifery in Iran. Iranian Journal of Medical Education .2009; 9(3): 263-271.
11. Van den Berg TI, Vrijhoef HJ, Tummers G, Landeweerd JA, van Merode GG. The work setting of diabetes nursing specialists in the Netherlands: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008; 45(10): 1422-1432.
12. Footner A. Nursing specialism or nursing specialization? Orthop Nurs .1998; 2(4): 219-223. [cited 2011 Feb 22].available from: http://www.orthopaedic-nursing.com/article/S1361-3111(98)80049-6/abstract.
13. Vallier D.what are the roles of nursing? journal of perianesthesia nursing. 2006; 21(4): 298-300.
14. Abedi HA, rezazadeh M, dabirzadeh Sh. [The Clinical Teaching Role of Nursing Teachers]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2 (2):43-47. [Persian]
15. Saveman B,Mahlen Ch,Benzein E.nursing students beliefs about families hn nursing care .nursing education today. 2005; 25(6): 480-486.
16. Delpishe A, Mozafari M. [amoozeshe parastari jamenegar be enzemame tarhe pishnahadiye taghyire nezame amuzeshe parastari]. Ilam: gooyesh. 2003. [Persian]
17. Mirzabeygi A.[curriculum planning and lesson plan in formal education and human resourse training]. 2end ed. Tehran:Yastoroon. 2005. [Persian]
18. THE FAMILY HEALTH NURSE: CONTEXT, CONCEPTUAL FRAMEWORK AND CURRICULUM. World Health Organization. 2000; EUR/00/5019309/13.18. [cited 2011 Feb 11].available from: http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-enl-t06.pdf.
19. C Macduff. A follow- up study of professionals perspectives on the development of family health nursing in Scothland:A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2006; 43(3): 345-356.
20. Parfit B.family health nursing :role development in Europe .applied nursing reaserch. 2007; 20(2): 100-103.
21. Parfit B,Cornish F.implementing family health nursing in Tajikestan:from policy to practice in primery healh care reform.social sience and medicine. 2007; 65(8):1720-1729.
22. Family nurse practitioner curriculum. [cited 2011 Mar 10]. available from: http://www.samuelmerritt.edu/nursing/fnp_nursing/technical_requirements.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]

Determining the Professional Tasks of Family Nurses through the Viewpoints of Nurses, Families, Physicians, and Managers

Maryam Alizadeh[1], Nikoo Yamani[2], Fariba Taleghani[3], Tahereh Changiz[4]

Abstract

Introduction: *Our country needs expert nurses who are professional in family nursing. As a result, it is required to determine their professional duties as a basis for future planning for new disciplines and new majors such as family nursing. This study is an endeavor to determine a portion of professional tasks of family nurses via the viewpoints of physicians (family physicians and specialists), families, nurses, managers of health care centers, and administrators of private and public hospitals.*

Methods: *In this descriptive cross-sectional study in the year 2010 in Isfahan, study population included multiple groups of families who were covered by Isfahan health centers, nurses employed in public hospitals of Isfahan, family physicians, specialists, and managers of private and public health care centers. Families and nurses were selected through multi-stage cluster sampling, family physicians and specialist were chosen via simple random sampling, and managers were selected randomly among managers volunteered for participation in the study. Data gathering method was interview and focus groups were employed for completing and modifying the tasks. After determining the viewpoints, the tasks were categorized based on interview items and research objectives. Overlapping items and the number of repetitions were determined and were written beside each item.*

Results: *Based on the viewpoints of study groups, 59 items were determined from families' viewpoints, 30 items from nurses', 25 items from family physicians', 15 items from family physicians', and 31 items from managers. After integration, elimination of the repeated items, and finalization in focus group, 32 items were remained.*

Conclusion: *With regard to the need for future planning to train family nurses, there is a need for defining their professional tasks. Findings of the study could be used in curriculum development of this discipline.*

Keywords: Professional tasks, family nursing, and need assessment.

Addresses

[1] Master Student in Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: m_alizade@edc.mui.ac.ir

[2] (✉) Assistant Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: yamani@edc.mui.ac.ir

[3] Assistant Professor, Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: taleghani@nm.mui.ac.ir

[4] Associate Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: changiz@edc.mui.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-10]