

تبیین تجارب پرستاران در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار

امیر واحیدیان عظیمی، فاطمه الحانی*، کوثر هدایت

چکیده

مقدمه: آموزش به بیمار و به کارگیری مشارکت بیماران در روند درمان در طول بستری به ویژه در زمان ترخیص کاملاً ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان شریعی تهران انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه تلفیقی با استفاده از رویکرد دلفی است که در ۳ مرحله انجام گردید. نمونه‌ها ۲۵ نفر (شامل ۱ مترون، ۸ سوپروایزر، ۸ سرپرستار و ۸ پرستار) بودند. محیط مطالعه بیمارستان شریعی تهران بوده، روش جمع‌آوری داده‌ها در مرحله اول مصاحبه بدون ساختار، مرحله دوم توسط پرسشنامه حاصل از مرحله اول و در مرحله سوم گروه‌های متمرکز بود.

نتایج: میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کار واحدهای مورد پژوهش به ترتیب $42/20 \pm 6/14$ و $14/84 \pm 6/20$ بود. بر اساس مرحله سوم، مهمترین موانع آموزش بیمار شامل کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار، کمبود نیروی پرسنلی پرستاری، مشغله زیاد کاری پرستار، ایجاد سیستم نظارت و بازخورد، آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی به پرستاران، بود. مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌ها نیازسنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن، ایجاد سیستم نظارت و بازخورد، ارتباطات خوب بین پرستار و بیمار و پزشک، گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش، برگزاری کلاس‌های آموزشی به عنوان جز ساعت کاری ذکر شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به چند بعدی بودن موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار بر اساس نتایج این مطالعه، انجام اقدامات نظام مند و همه جانبه آموزش به بیمار انجام برای فراهم نمودن امکانات و شرایط طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و خودمراقبتی بر اساس نیاز مددجویان در بالین توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: پرستاران، آموزش به بیمار، نیازسنجی، مراقبت از خود

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / دی ۱۳۹۰؛ ۱۱(۶): ۶۲۰ تا ۶۳۴

مقدمه

انسان در طول حیات خود به طور دائم در حال تغییر و

حرکت بین سلامت و بیماری بوده و بدون شک بازگشت سلامت پس از مشکلات طبّی و بهداشتی افراد در جامعه به آگاهی و همکاری خود آنان بیش از هر عامل دیگری بستگی دارد. در آمریکا برآورد شده که ۸۰ درصد مشکلات و نیازهای بهداشتی در رابطه با نحوه رفتار فرد پس از ترخیص در منزل به وجود می‌آید (۱).

به طور کلی انسان در هر موقعیتی تلاش می‌کند تا با فراگیری دانش و مهارت‌های خاص، توانایی خود را برای

* نویسنده مسؤول: دکتر فاطمه الحانی (دانشیار) تربیت مدرس، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. alhani_f@modares.ac.ir
امیر واحیدیان عظیمی، کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه بقیه‌الله، تهران، ایران. vahedian63@gmail.com
: دکتر کوثر هدایت (دستیار)، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. kosarhedayat@yahoo.com
تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۴/۲۲، تاریخ اصلاح: ۹۰/۶/۱۴، تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۲۱

خودکنترلی، کاهش ترس و اضطراب، بهبود توانایی بیمار برای سازگاری با مشکلات مربوط به سلامتی خویش، خود مراقبتی و انجام مراقبت‌های غیر تخصصی باشد؛ چرا که اساس یک آموزش اثر بخش مشارکت و همکاری بیمار است (۸ تا ۱۰).

نتایج تحقیقات نشان داده است که میزان بهره‌وری پرستاران تا حد زیادی به چگونگی توجه و پاسخ‌گویی مؤثر آنان به نیازهای آموزشی مددجویان‌شان بستگی دارد (۱۱). همچنین دلایل متعددی در این راستا برای ضرورت امر آموزش به بیمار وجود دارد که بعضی از این عوامل عبارتند از: ارتقای سلامتی، تقدم پیشگیری بر درمان، اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان، خروج زودتر از تخت، گذراندن دوره نقاهت در منزل، افزایش موارد ناتوانی و معلولیت‌ها، افزایش جمعیت سالمندان و افزایش بیماری‌های مزمن (۲).

به نظر می‌رسد پرستاران علی‌رغم آگاهی از مسؤولیت‌های قانونی، اخلاقی و ارزشی در آموزش به مددجویان و اهمیت آن، تاکنون به خوبی پذیرای نقش واقعی خود در این مورد نشده‌اند (۱). این در حالی است که ایفای نقش آموزشی توسط پرستاران به عنوان یکی از معیارهای کیفیت کاری، عوامل موفقیت و رضایت‌مندی بیمار و خود آنان از کار نیز محسوب شده و سال‌ها است که این مسأله مورد تأکید است. لذا ضروری است پرستاران و پزشکان بر اساس درک جامعی از اصول و فنون آموزش و یادگیری برای ایفای نقش آموزشی خود به عنوان یک معلم کارآمد مهیا شوند (۱۲ و ۱۳).

با وجود این که آموزش به مددجو در تمام طول دوران بستری و به ویژه به هنگام ترخیص و استقلال در مراقبت از خود، از مهم‌ترین اولویت‌ها و استانداردهای مراقبتی است، تحقیقات انجام‌گرفته، عوامل بازدارنده مهمی از جمله کمبود وقت و نیروی انسانی لازم در این مورد را گزارش داده‌اند (۱۳ و ۱۴). در همین راستا قابل توجه است که در محیط‌های بالینی و حتی محیط‌های

سازش با موقعیت جدید افزایش دهد. بیماری و بستری شدن در بیمارستان از مواردی است که نیاز به کمک و آموزش در این خصوص افزایش یافته و در همین رابطه مفهوم آموزش به بیمار شکل گرفته که از نقش‌های کلیدی پرستاران در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به شمار می‌رود (۲). پرستاران که بیش از ۷۰ درصد اعضای تیم بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند نقش ارزنده‌ای در آموزش به بیماران دارند؛ زیرا دسترسی بیشتری به بیمار و خانواده وی داشته و زمان زیادی را صرف مراقبت آنها می‌کنند. در نتیجه فرصت‌های مکرری برای آموزش دارند و می‌توانند تأثیر آموزش‌ها را ارزشیابی نمایند (۳).

فلسفه آموزش به بیمار این است که بیمار اطلاعات و مهارت‌های آموخته را برای اهداف موردنظر به کار گیرد (۱ و ۴). انسان می‌خواهد بداند چه سبکی از زندگی و چه نوع رفتاری می‌تواند خطرات بیماری را کاهش داده و باعث حفظ، بهبود و ارتقای سلامتی شود (۱ و ۳). در این راستا کمک به مددجویان برای دستیابی یا باز یافتن استقلال در امر مراقبت از خود از مهم‌ترین اهداف تیم درمانی بوده، نه تنها آموزش به مددجویان (در وضعیت سلامت و بیماری) بلکه به سایرین و خانواده‌های آنان نیز یکی از مسؤولیت‌های اساسی اعضای تیم درمانی و به ویژه پرستاران شناخته شده است (۱).

افزایش آگاهی بیماران در مورد داروهای تجویز شده، تداخلات دارو و غذا، رژیم غذایی، علایم و نشانه‌هایی که باید بیماران آنها را به مراقبین خود ارائه دهند، نوع فعالیت‌ها و بسیاری از موارد دیگر از اقدامات پرستاری بوده (۵ و ۶) که باید با هدف اصلی یاری رساندن به مددجویان و به منظور حفظ استقلال هر چه بیشتر آنان در انجام مراقبت از خود صورت گیرد (۷). به عبارت دیگر هدف آموزش به بیمار باید در برگیرنده عوامل آموزشی و بهداشتی، عوامل مؤثر در آماده کردن بیمار برای همکاری در فرآیند پرستاری، درمان، بازتوانی،

آموزش‌های داده شده به مددجویان و کسب اطلاعات جهت هرگونه برنامه‌ریزی و اقدام لازم در این زمینه خواهد بود. در همین راستا، تحقیق حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار انجام شده است.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه تلفیقی است که با استفاده از رویکرد دلفی طی ۳ مرحله در نیمه اول سال ۱۳۸۸ در بیمارستان شریعتی تهران انجام شده است. نمونه‌های پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و شامل ۲۵ نفر از پرستاران با سمت‌های مختلف مترون (۱ نفر)، سوپروایزر (۸ نفر)، سرپرستار (۸ نفر) و پرستار (۸ نفر) بودند. لازم به ذکر است که تمامی پرستاران مورد پژوهش سابقه بین ۸ تا ۲۵ سال داشتند که قاعدتاً در این مدت آموزش به بیمار جزء وظایف حرفه‌ای‌شان بوده است. انتخاب سوپروایزرها و مترون بیمارستان، به دلیل وظیفه نظارت بر جنبه‌های مختلف کار پرستاران از جمله آموزش به بیمار بود.

مرحله اول به صورت یک مطالعه کیفی و با استفاده از مصاحبه بر روی نمونه‌های پژوهش انجام شد. در این مرحله پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش رضایت آگاهانه کتبی واحدهای مورد پژوهش را جلب و سپس مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار که بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشید؛ با واحدهای مورد پژوهش انجام می‌داد. پس از ضبط و پیاده نمودن، تمام موارد مصاحبه شده طبق روش آنالیز محتوای متعارف کدبندی و مفاهیم استخراج شده در دو طبقه موانع و تسهیل‌کننده‌ها به طور جداگانه مرتب شدند. سپس بیشترین موارد بیان شده به ترتیب از شماره یک تا ده اولویت‌بندی شدند. در خصوص وجود سیستم نمره‌دهی در روند کار، از سیستم نمره دهی تنها به منظور مرتب شدن گویه‌ها و موارد بیان شده استفاده شد. بدین

آموزشی عملکرد افراد حرفه‌ای در زمینه آموزش به بیمار مطلوب نیست و می‌تواند موجب بستری شدن مکرر بیماران به دلیل عدم آگاهی آنان از نوع بیماری و فرآیند آن گردد (۱۵). بر این اساس احتمالاً عوامل دیگری برای عدم اجرای مناسب آموزش به بیمار وجود دارد که به آن توجه نشده است. همچنین، در مطالعات بسیاری تنها به بعضی از موانع آموزش به بیمار اشاره شده است. این در حالی است که این فرآیند مانند سایر فرآیندهای درمانی شامل دو بعد موانع و تسهیل‌کننده‌ها است. با این وجود در جستجوی جامعی که پژوهشگران در این زمینه انجام داده‌اند پژوهشی که به وضوح و صراحت هم به عوامل بازدارنده و هم به عوامل تسهیل‌کننده توجه کرده باشد یافت نشد. با توجه به اهمیت موضوع و پدیدار شدن نیازهای جدید و مختلف آموزشی بیماران بستری در بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف، باید از روشی استفاده شود تا بتواند به سؤال چه می‌تواند باشد و یا چه باید باشد پاسخ دهد، نه به سؤال چه هست. در مطالعات بسیاری که در این حیطه انجام شده است به بعضی از موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار به طور پراکنده و غیر متمرکز پرداخته است. در حالی که در آموزش به بیمار باید به دنبال جامع‌ترین و کامل‌ترین عوامل بود که تنها با استفاده از رویکرد کیفی امکان تحقق آن وجود دارد. چرا که در رویکرد کیفی این امکان وجود دارد که شرکت‌کنندگان به منظور پاسخ به سؤال اصلی پژوهش از کلیه اطلاعات و تجارب خود استفاده کنند که در رویکردهای کمی این امر تحقق‌پذیر نیست (۱۶ و ۱۷).

تجارب عینی پژوهشگران و واقعیت‌های موجود در بسیاری از مراکز بهداشتی و درمانی بیانگر کمبود در زمینه آموزش به بیمار است. بنابراین، بررسی نیاز فعلی مددجویان در پایان دوره بستری و به هنگام ترخیص از جمله بهترین راهکارهای پاسخ به کفایت یا عدم کفایت

سابقه کار، با هماهنگی همکاران پژوهش آنان به دو گروه تقسیم و در دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه متمرکز شرکت کردند. در پایان این مرحله با اجماع نظر اعضای جلسات گروه متمرکز، دو ابزار نهایی موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار هر کدام حاوی ۱۰ گویه حاصل گردید. لازم به ذکر است که کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش در هر سه مرحله یکسان بودند. به منظور اطمینان محقق از درک صحیح منظور مصاحبه‌شوندگان توسط وی، پس از کدگذاری اولیه جهت اطمینان از اعتبار (Credibility) یافته‌ها از شیوه بازبینی مشارکت‌کنندگان تحقیق (member check) استفاده شد. همچنین به منظور اطمینان از صحت، از افرادی که تجربه انجام تحقیق کیفی را داشتند (Peer check) خواسته شد تا مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه و طبقات مفهومی را مورد بررسی قرار دهند و بازنگری‌های مکرر نیز انجام شد.

نتایج

تمام واحدهای مورد پژوهش زن، ۶۸ درصد متأهل و ۹۲ درصد آنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. فراوانی سمت‌ها در افراد مورد پژوهش عبارت بود از: یک مترون، هشت سوپروایزر، هشت سرپرستار و هشت پرستار با سابقه ۲۵-۸ سال. در خصوص بخش محل کار، ۹ نفر از شرکت‌کنندگان در دفتر پرستاری و بقیه شرکت‌کنندگان در بخش‌های مختلف بالینی از قبیل سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو، اورولوژی، و ریه مشغول به کار بودند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کار واحدهای مورد پژوهش به ترتیب $۲۰ \pm ۶/۱۴$ و $۲۰ \pm ۶/۱۴$ سال و $۱۴ \pm ۶/۲۰$ سال بود.

حاصل این مطالعه یک درونمایه کلی (تم) تحت عنوان چالش‌های آموزش به بیمار و دو طبقه کلی «موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار» بود. در زیر به برخی از طبقه‌های فرعی و نقل قول‌های واحدهای مورد پژوهش اشاره می‌شود.

صورت‌موردی که بیشترین نمره را کسب کرده بودند به ترتیب در اولویت بالاتر و نمرات کمتر به دنبال آنها در اولویت پایین‌تر قرار گرفتند و مواردی که اولویت آنها نسبت به سایر گویه‌ها کمترین بود، از لیست موارد بیان شده حذف شدند. پژوهشگران با اجماع گروهی با پنج نفر از متخصصین به این نتیجه رسیدند که تا دهمین گویه که دارای بیشترین اولویت بود، گویه‌ها را انتخاب و مابقی آنها را حذف نمایند. این شیوه نمره‌گذاری و انتخاب در هر سه مرحله کار استفاده شد. روش کار در مرحله دوم بدین صورت بود که دو طبقه موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار که به صورت دو جدول مستقل به عنوان نتیجه مرحله اول طراحی شده بود، بدون ذکر اولویت در اختیار واحدهای مورد پژوهش (۲۵ نفر) قرار گرفت. در این مرحله از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد تا موارد را بر حسب اولویت از دیدگاه خودشان شماره‌گذاری کنند. پس از اتمام این مرحله پژوهشگر پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری و بیشترین فراوانی‌ها را به ترتیب اولویت داده شده از سوی همکاران پژوهش در دو دسته موانع و تسهیل‌کننده‌ها استخراج و به صورت دو جدول جداگانه در آورد. روش کار در مرحله سوم بدین صورت بود که از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد تا در جلسات گروهی متمرکز به منظور بحث و بررسی موارد مستخرجه از مرحله دوم (موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار به ترتیب اولویت) و جمع‌بندی نهایی حضور یابند. در این مرحله با توجه به سابقه افراد مورد پژوهش در مورد موضوع و عنایت به موارد حاصله از دو مرحله قبلی، با بحث و بررسی و ارائه دلایل قانع‌کننده در حضور پژوهشگر که تنها نقش هدایت بحث در قالب چارچوب موضوع را به عهده داشت، موارد حاصله را از نظر اولویت‌بندی، درک شرایط بیمارستانی، امکانات و موانع موجود در سر راه آموزش در بالین بیمار بازنویسی نمود. با توجه به مشغله کاری افراد، عدم تناسب شیفت کاری آنان با هم و لزوم رعایت سمت و

الف: موانع آموزش به بیمار:

خیلی از مواقع چیزی برای گفتن نداریم چون به ما در این زمینه آموزشی ندادند و اگر هم چیزی بوده، یادمان رفته چرا که از ما زیاد در این زمینه و حتی اصلاً بازخوردی گرفته نمی‌شده. به ما یاد داده‌اند و به تجربه به ما ثابت شده که هر چیزی که ما می‌نویسیم برای ما ارزشمند است و آموزش به بیمار از مواردی است که کسی از ما نمی‌خواهد تا آنها را بنویسیم. در بعضی وقت‌ها خوب ما هم کم کاری می‌کنیم. ضمن این که راهنمای خاصی برای این کار نداریم و حالا اگر کسی هم آموزشی بده از طرف خودش و بدون یک طرح خاصی است. در این زمینه کسی بر کار ما نظارتی ندارد حتی سرپرستارمون».

۱. دچار روزمرگی شدن (پرستار): «خوب پرستارها تاثیر آموزش را باور ندارند و اعتقادی به تاثیر آموزش ندارند. از طرفی خیلی از کارهای ما به صورت روتین درآمده و ما فقط هر روز تکرار کارهای روزهای قبلی را انجام می‌دیم».

۲. کمبود نیروی پرستاری، مشغله زیاد کاری و فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری

(سوپروایزر): «ما تو شیفت‌ها واقعاً مشغله‌های زیادی داریم و حتی برای کارهای رسمی خودمان مثل دارو دادن وقت کم می‌آریم. شما در نظر بگیرید یک روز کاری ما را که از موقع تحویل شیفت شروع می‌شود. ۱۰ تا ۱۵ بیمار به شما می‌دهند و شما اگر خواسته باشید حتی علایم حیاتی بیماران را به درستی چک کنید یک تا یک و نیم ساعت طول می‌کشد. در حالی که استاندارد دادن بیمار به هر پرستار واقعاً این نیست. حالا بعضی‌ها می‌خوان کمبود نیرو را با افزایش تعداد بیمارای واگذار شده به هر پرستار جبران کنند خوب مسلماً وقت کم می‌آرین. در این بین حتماً آزمایشات صبح و یا اورژانس و حتی انتقال بیمار به سایر بخش‌ها یا برای انجام تست‌های تشخیصی ممکن است پیش بیاید. شما کلی باید هماهنگی کنید تا بیمار شما فلان تست تشخیصی را انجام بده. مثلاً همراهیش دفترچه بیاره اون مهر بخوره و سایر روند اداری که به نظر کار به پرستار نیست».

۴. شرایط نامناسب و آموزش‌پذیر نبودن بیمار، فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روحی بیمار، خانواده و پرستار (سرپرستار): «بعضی وقت‌ها می‌خواهی به بیمار آموزش بدی ولی بیمار قبول نمی‌کنه؛ حالا به هر دلیلی مثلاً حالش خوب نیست، از کسی ناراحته و فکر می‌کنه اگر ما به اون آموزش بدیم برای ما چه پون مثبتی؛ چرا؟ چون دیروز یا امروز اجازه ندادیم تا همراهی‌هاش تا فردا صبح داخل بخش باشند. ولی بعضی‌ها هم ناگفته نمونه که آموزش رو از طرف پرستار قبول نمی‌کنند اعتقادی به آموزش پرستار ندارند و یا حالا مخصوصاً اگر جنس مخالف باشی خوب مشکل بیشتری پیدا می‌کنی. یا خصوصیات افراد از نظر وضعیت خانوادگی، اجتماعی و سایر موارد که حالا بسته به موقعیت متفاوت است باعث مانع از آموزش دادن می‌شه که یا از طرف پرستاره و یا از طرف بیمار و خانواده‌اش و یا هردوشون».

۳. بی‌انگیزه بودن و عدم قبول مسئولیت، نبود سیستم نظارت و بازخورد صحیح و کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار

۵- آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی توسط پزشکان بی‌تجربه (سوپروایزر): «یکی از بزرگ‌ترین موانع توانمند کردن بیماران در زمینه آموزش خود پرستارانند. منظور من این است که حالا خود من هم پرستارم ولی ما پرستارها

۳. بی‌انگیزه بودن و عدم قبول مسئولیت، نبود سیستم نظارت و بازخورد صحیح و کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار (پرستار): «یکی از بزرگ‌ترین موانع توانمند کردن بیماران در زمینه آموزش خود پرستارانند. منظور من این است که حالا خود من هم پرستارم ولی ما پرستارها

۴. تبیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار و آموزش روش‌های مختلف آموزش به بیمار

(سرپرستار): «ببینید ما خیلی از مواقع اهمیت کار را نمی‌دونیم مثلاً نمی‌دونیم اگر به بیمار قلبی تنها یک دقیقه در مورد بعضی از کارها - حالا بگونه چی - آموزش بدیم شاید از بستری شدن مجددش جلوگیری بشه مثل تخت ۳ که سه روز پیش بستری بود و امروز دوباره بستری شد (پژوهشگر پس از اتمام مصاحبه با این شرکت‌کننده به سراغ پرونده تخت شماره سه رفت و در کمال ناباوری علت بستری مجدد او را تماس جنسی دید). یک موضوع دیگه این است که حالا ما دوستیم که باید آموزش بدیم ولی به نظر من هر بیماری با بیمار دیگه حالا بسته به شرایطش فرق داره یعنی یکی خیلی دوست داره که کنارش بشینی و به او آموزش بدی ولی دیگری دوست داره که از اول مطالب را به صورت یک جزوه بنویسی بهش بدی و بعد اگر او اشکال داشت اون‌ها رو رفع کنی».

۵. افزایش وسایل و امکانات به منظور کاهش اتلاف وقت پرستار

(پرستار): «تجهیزات هم می‌تونه کمک‌کننده باشه مثلاً در شیفت قبلی چون پرفیوزرها خراب بود مجبور شدم تا سه تا از داروهایی که برای مریض باید از این طریق می‌دادم با میکروست بدم و تقریباً دو ساعت وقت منو گرفت چون اگر غفلت می‌کردم فشار مریض خیلی افت می‌کرد. در صورتی که اگر این‌طور نبود خوب وقت خوبی برای آموزش دادن داشتم».

۶. نیازسنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن

(سرپرستار): «یک واقعیتی که باید به آن توجه کنیم اینه که بیایم در هر بخشی ببینیم چه مریضایی بستری میشن

کلی اقدام برایش می‌نویسه که اگر استاد آنها بود این کار را نمی‌کرد. شما تا روند این کارها را طی می‌کنی کلی از وقت گرفته می‌شه».

ب. تسهیل‌کننده‌ها

۱. ایجاد سیستم نظارت و بازخورد

(سرپرستار): «اگر چه سیستم نظارت می‌تونه بعضی وقت‌ها مانع از انجام درست کارها بشه ولی اگر سیستم نظارت از داخل بخش یعنی تک تک پرستاران، سرپرستار تا رئیس بیمارستان روی این قضیه حساس باشند و برایشان مهم باشه کسی جرات نمی‌کنه تا اهمال در کارش بکنه و این خیلی مهمه است».

۲. گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش

(مترون): «خوب با توجه به کار زیادمون اگر کسی مسؤول این کار باشه خیلی می‌تونیم پیشرفت کنیم. مثلاً شما در نظر بگیرید که یک پرستار مخصوص آموزش بگذارند که کارش این باشه به نظر من خیلی می‌تونه شرایط آموزشی و بالینی ما را تغییر بده».

۳. برگزاری کلاس‌های آموزشی که جزء ساعات کاری محسوب شود

(سرپرستار): «شما در نظر بگیر با این شیفت‌های سنگین عصر و شب و بعضی وقت‌ها حالا اگر بخوان به مرخصی بدن؛ بیست و چهار ساعت باید بیایم در کلاس هم بدون این که جزء ساعات کاری ما حساب بشه شرکت کنیم در حالی که اگر جز ساعات کاری باشه وضع فرق می‌کنه و می‌دونی حالا درسته یک مطلب آموزشی و کاربردی یاد می‌گیری ولی جزء ساعات کاریت هم محسوب شده».

جدول ۱: نمونه‌ای از خلاصه روند استقرایی انتزاع تم‌ها و طبقات از واحدهای معنی

تم اصلی	طبقات اصلی	طبقات فرعی	واحدهای فشرده	واحدهای معنی
چالش‌های آموزش به بیمار	موانع آموزش به بیمار	فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روحی بیمار، خانواده و پرستار	وضعیت عمومی بیمار، فرهنگ خاص بیمار، رفتارهای غلط همراه با عادات نادرست، عدم توجه به آموزش‌های داده شده، عدم پیگیری درمان بر اساس آموزش‌های داده شده، انجام خود سرانه مراقبت‌ها و....	«بعضی وقت‌ها هم ناگفته نمونه که بیمار آموزش رو از طرف پرستار قبول نمی‌کنند اعتقادی به آموزش پرستار ندارند و یا حالا مخصوصاً اگر جنس مخالف باشی خوب مشکل بیشتری پیدا می‌کنی. یا خصوصیات افراد از نظر وضعیت خانوادگی، اجتماعی و سایر موارد که حالا بسته به موقعیت متفاوت است مانع آموزش دادن می‌شه که یا از طرف پرستاره و یا از طرف بیمار و خانواده‌اش و یا هر دو شون»
	تسهیل کننده‌های آموزش به بیمار	حضور پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش	کار زیاد پرستاران و مسئول آموزش به بیمار بودن، ضرورت وجود پرستار مخصوص آموزش برای بهبود شرایط آموزشی و بالینی	«خوب با توجه به کار زیادمون اگر کسی مسئول این کار باشه خیلی می‌تونیم پیشرفت کنیم. مثلاً شما در نظر بگیرید که یک پرستار مخصوص آموزش بگذارند که کارش این باشه به نظر من خیلی می‌تونه شرایط آموزشی و بالینی ما را تغییر بده»

نمایند. به این صورت که شماره یک به گویه‌ای که بیشترین اولویت دارد و شماره ۱۰ به گویه‌ای که کمترین اولویت را دارد اختصاص یابد. از طرفی از مشارکت‌کنندگان در تحقیق خواسته شد تا اگر با گویه‌ای موافق نیستند و پیشنهاد دیگری به جای آن گویه دارند در زیر هر کدام از جداول ذکر نمایند. در این مرحله دو نوع پرسشنامه پس از تکمیل شدن توسط تمامی واحدهای مورد پژوهش جمع‌آوری شد و توسط پژوهشگر بیشترین موارد اولویت‌گذاری شده استخراج گردید. لازم به ذکر است که گویه‌هایی از قبیل بی‌انگیزه بودن و عدم قبول مسئولیت و دچار روزمرگی شدن از قسمت موانع، و گویه‌های تهیه پمفلت، بروشور و.... برای موارد پیش‌آمده، قرار دادن ستونی در بخش گزارش پرستاری برای گزارش آموزش به بیمار و برگزاری دوره‌های آموزشی مورد علاقه به صورت رایگان در خارج از ساعات کاری از قسمت تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار حذف و بعضی از آنها به صورت دیگر بیان شدند که در جدول چهار و پنج

چرا بستری شدند و حالا چه نیازهایی دارند منظورم اینه که مثل احیای قلبی و ریوی که ما گام به گام براش دستور داریم برای آموزش به بیمار خوب با توجه به بخش خاص باید گام به گام برایش دستور داشته باشیم». لازم به ذکر است که استخراج عناوین در این مرحله با توجه به مصاحبه‌های عمیق انجام شده توسط سه پژوهشگر و نظر کارشناسانه دو پژوهشگر بیرون از فرآیند تحقیق انجام شده است. نمونه‌ای از خلاصه روند استقرایی انتزاع تم‌ها و طبقات از واحدهای معنی در جدول ۱ نشان داده شده است.

نتایج مرحله دوم

همچنان که در قسمت روش کار به طور خلاصه ذکر شد، در این مرحله از افراد مورد پژوهش خواسته شد تا موارد مطرح شده در قالب دو جدول موانع (جدول ۲) و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار (جدول ۳) که حاصل مرحله اول بود، را از نظر اولویت شماره‌گذاری

نتایج مرحله سوم:

در این مرحله با توجه به نتایج اولویت‌هایی که توسط نمونه‌های پژوهش مشخص شده بود و همچنین مواردی که در ذیل جداول مبنی بر عدم توافق شرکت‌کنندگان در پژوهش ذکر شده بود، دو جدول نهایی موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار بر اساس اولویت مرتب و از تمامی شرکت‌کنندگان تقاضا شد تا در یکی از دو جلسه گروهی متمرکز که به منظور تبادل نظر و ویرایش نهایی دو ابزار تشکیل می‌شود شرکت نمایند. حاصل کار در قالب جداول ۴ و ۵ مطرح شده است.

جدول ۴: موانع اولویت‌بندی شده آموزش به بیمار

اولویت	موانع آموزش به بیمار
۱	کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار
۲	کمبود نیروی پرسنلی پرستاری
۳	مشغله زیاد کاری پرستار
۴	ایجاد سیستم نظارت و بازخورد
۵	آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی توسط پزشکان بی‌تجربه و کارورزان در عرصه پرستاری
۶	فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری
۷	ارتباطات خوب بین پرستار و بیمار و پزشک
۸	فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار
۹	ایجاد سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امورآموزشی پرستاران
۱۰	شرایط نامناسب و آموزش‌پذیر نبودن بیمار

بحث

گرچه در این پژوهش افراد شرکت‌کننده به نقش آموزش رسمی دانشکده‌ای در اجرای آموزش به مددجو اشاره نکردند، اما اولین اولویت در موانع آموزش به بیمار کافی نبودن اطلاعات علمی پرستار بیان شد. کافی نبودن بنیه علمی پرستاران به طور مستقیم می‌تواند به آموزش

آورده شده است. سپس پژوهشگر به جمع‌بندی کلی این موارد در قالب دو جدول ۱۰ گویه‌ای پرداخت.

جدول ۲: موانع آموزش به بیمار به عنوان نتیجه مرحله اول مطالعه

ردیف	موانع آموزش به بیمار
۱	مشغله زیاد کاری پرستار
۲	کمبود نیروی پرسنلی پرستاری
۳	فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار
۴	کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار
۵	شرایط نامناسب و آموزش‌پذیر نبودن بیمار
۶	فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری
۷	ایجاد سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امورآموزشی پرستاران
۸	بی انگیزه بودن و عدم قبول مسئولیت
۹	دچار روز مرگی شدن
۱۰	نبود سیستم نظارت و بازخورد صحیح

جدول ۳: تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار به عنوان نتیجه مرحله اول مطالعه

ردیف	تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار
۱	گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش
۲	افزایش وسایل و امکانات به منظور کاهش اتلاف پرستار
۳	هماهنگی بین بخشی
۴	تبیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار
۵	نیازسنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن
۶	تهیه پمفلت، بروشور و... در مورد موارد پیش آمده
۷	ایجاد سیستم نظارت و بازخورد
۸	برگزاری کلاس‌های آموزشی که جز ساعات کاری محسوب شود
۹	قرار دادن محلی در بخش گزارش پرستاری برای گزارش آموزش به بیمار
۱۰	برگزاری دوره‌های آموزشی مورد علاقه به صورت رایگان در خارج از ساعات کاری

بسیار سطحی انجام می‌شود و دانشجو و مربی از نزدیک شدن به بیمار و انجام کار عملی واهمه دارند(۱۵).

ضرورت آموزش به بیمار توسط تمام نمونه‌های پژوهش مورد تأکید قرار گرفته، اما از دید آنان به دلیل کمبود وقت و کم بودن تعداد پرستار نسبت به بیماران این مراقبت به طور کامل اجرا نمی‌شود. همان‌طور که ذکر شد کمبود نیروی پرسنلی و مشغله زیاد کاری به عنوان دومین و سومین مانع بیان شد. کالیس (Kalisch) معتقد است کمبود شدید پرستار سبب از دست دادن مراقبت پرستاری در بالین بیمار شده است. وی کمبود شدید پرسنل پرستاری را نتیجه سه عامل می‌داند: که عبارتند از عدم تناسب میزان پرسنل به بیمار، شیفت‌هایی که با کمبود نیروی انسانی مواجه می‌شوند (مثل غیبت به دلیل بیماری و پست‌های خالی)، نیازهای غیر منتظره سنگین کاری (مثل حجم زیاد مداخلات پرستاری و افزایش ناگهانی تعداد زیاد پذیرش‌ها و ترخیص‌ها)(۱۸). کمبود زمان لازم برای مداخلات پرستاری نیز عامل دیگری است که مراقبت‌های پرستاری به نحو مطلوب انجام نشوند، به ویژه مراقبت‌هایی نظیر حرکت دادن بیمار، آموزش به بیمار، حمایت روانی و ایجاد ارتباط با بیمار. کلین فدیشین (Klein-Fedyshin) و همکاران نیز اظهار می‌دارند که در بخش‌های بستری پرستاران با کاهش وقت برای آموزش به بیمار روبرو هستند(۱۹).

در زمینه کنترل و نظارت به عقیده پژوهشگران اگر یک سیستم مراقبتی بسیار قدرتمند باشد ولی نظارتی بر انجام و امور اقدامات نباشد، به مرور زمان از انسجام کار کاسته خواهد شد. البته باید خاطر نشان کرد که وجود سیستم نظارتی بسیار خشک و اتوکراتیک خود می‌تواند به عنوان یکی از قوی‌ترین موانع آموزشی در نظر گرفته شود. همان‌گونه که بر طبق نتایج این پژوهش وجود سیستم نظارت و بازخورد جزء هر دو عامل مانع (چهارمین) و تسهیل‌کننده (دومین) قرار گرفت.

یکی دیگر از متغیرهای اصلی که در این مطالعه متجلی

دانشکده‌ها برگردد؛ زیرا دانشکده‌ها نقش بسیار اساسی در آموزش موارد مورد نیاز را داشته، می‌توانند سبب کاهش فاصله تئوری و عمل در محیط بالینی شده و موجبات اجرای این مراقبت در بالین را فراهم آورند. حکمت‌پور و همکاران به نقل از کامرون و همکاران در مقاله خود تحت عنوان تسهیل‌کننده‌های آموزش بالینی از تئوری تا عمل می‌نویسند: برای کاستن فاصله بین تئوری و عمل، یکی از مؤثرترین شیوه‌ها آموزش و توسعه مهارت‌های بالینی پرستاران در سطح دانشکده است و در این میان مسؤولین و برنامه‌ریزان دانشکده نقش اول را ایفا می‌کنند(۱۵).

جدول ۵: تسهیل‌کننده‌های اولویت‌بندی آموزش به بیمار

اولویت	تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار
۱	نیازسنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن
۲	ایجاد سیستم نظارت و بازخورد
۳	ارتباطات خوب بین پرستار و بیمار و پزشک
۴	گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش
۵	برگزاری کلاس‌های آموزشی که جزء ساعات کاری محسوب شود
۶	تبیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار
۷	آموزش روش‌های مختلف آموزش به بیمار
۸	ایجاد سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امور آموزشی پرستاران
۹	فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار
۱۰	افزایش وسایل و امکانات به منظور کاهش اتلاف وقت پرستار

حکمت‌پور و همکاران در مقاله کیفی خود از زبان یکی از نمونه‌های خود خاطرنشان می‌کنند که مشکل اصلی عدم اجرای آموزش به بیمار در محیط‌های بالینی، اول به دانشکده‌ها بر می‌گردد. تا زمانی که دانشجوی پرستاری به همین صورت تربیت شود مشکل دارد زیرا آموزش

شد، تحمیل کارهای اضافی توسط دانشجویان پزشکی و پرستاری بود. در این خصوص آیین و همکاران در مطالعه خود بیان می‌دارند که یکی از مشکلات آموزشی بودن بیمارستان تأثیر حضور دانشجویان کارورز در روند کاری بیمارستان و بیماران است. برگزاری کارآموزی در عرصه فوایدی نظیر کاهش بار کاری پرسنل و رفع کمبود نیروی انسانی در بعضی شیفت‌های بیمارستان را دارد. اما گاهی عدم هماهنگی بین دانشجو و پرسنل پرستاری سبب دوباره کاری و اختلال در کار بخش می‌شود. همچنین آیین و همکاران از زبان مسئولین بیان می‌دارند که اگر چه دانشجویان فرصت بیشتری برای برقراری ارتباط با بیماران داشته که موجب شناسایی دقیق‌تر و موشکافانه مشکلات آنان و پاسخ به آنها می‌شود، عدم مهارت کافی در انجام بسیاری از رویه‌های پرستاری سبب بی‌اعتمادی بیمار، نارضایتی وی و گاهی شکایت از پرسنل پرستاری بخش می‌شود (۲۰).

به طور کلی در چند دهه اخیر نگرش عمومی در مورد ارائه آگاهی‌های لازم و رفع نیازهای آموزشی تغییر کرده و از اعضای تیم بهداشتی و درمانی انتظار می‌رود در مورد بیماری، عوارض ناشی از آن، نحوه درمان و مراقبت از خود اطلاعات کاملی را به بیماران و خانواده‌های آنان ارائه نمایند؛ به طوری که بیماران از همه جوانب بیماری و فرآیند درمانی آن آگاهی یافته و بتوانند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود نقشی فعال و هرچه مستقل‌تر ایفا کنند (۱). باید توجه نمود که تحقق این امر از طریق تعامل و برقراری ارتباطی مؤثر امکان‌پذیر است. در خصوص ایجاد ارتباط بین پزشک، پرستار و بیمار نتایج این پژوهش نشان داد که عامل برقراری ارتباط هم به عنوان مانع (هفتمین مورد) و هم تسهیل‌کننده (سومین مورد) مطرح شده است. مانع بودن آن شاید به این دلیل باشد که منجر به درخواست‌های خارج از حیطه کاری و توان پرستار می‌شود. نتایج

تحقیقات مختلف نشان داده است که ارتباط پزشک و بیمار نقش مهمی در رضایت‌مندی بیماران، پیگیری روند درمان، بهبودی سریع‌تر آنان، کاهش هزینه‌های بستری و درمان و نیز کفایت بالینی خود پزشکان دارد (۲۱). از طرفی شاید به این علت که مهارت‌های ارتباطی به طور مشخص در برنامه رسمی آموزش پزشکی ایران گنجانده نشده، برقراری ارتباط مؤثر، پاسخ دادن به سؤالات و رفع نیازهای بیماران توسط پزشکان و پرستاران در بسیاری از موارد با نقایص و کاستی‌هایی مواجه بوده است (۷). در هیچ‌کدام از مقالات مشابه به این تم به عنوان هم عامل مانع و هم تسهیل‌کننده اشاره نشده است که می‌تواند به دلیل غافل شدن از نقش بسیار حیاتی و ضروری ارتباط در فرآیند ارتباطی بین بیمار و اعضای تیم بهداشتی باشد؛ چراکه بیمار احساس می‌کند که ارتباط مؤثری را با اعضای تیم بهداشتی شکل داده که وی را قادر می‌نماید تا تمایلات و نیازهای آموزشی خود را بیان نموده و شرایط را مهیا نموده تا آمادگی کامل برای گوش فرا دادن و فرا گرفتن مطالب آموزش داده شده را داشته باشد (۲۲). آگاه نمودن بیمار در زمینه حق خود برای دریافت آموزش کامل و جامع و مطلع نمودن فرد مراقبت‌کننده از این حقوق، متجلی‌کننده مفهوم بیمارمحوری و تأکید بر توانمند نمودن بیمار بوده، بستگی به ارتباط بین بیمار و فرد مراقبت دهنده دارد. داشتن مهارت‌های ارتباطی خوب و حساس بودن فرد مراقبت دهنده نسبت به نیازهای بیمار پیش شرط پوشش این مفاهیم می‌باشد (۲۳).

در این مطالعه فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار و خانواده وی و پرستار به عنوان عامل دو سویه بیان شد. پژوهشگران معتقدند که کمبود نسبی توجه به شرایط پرستاران بالینی می‌تواند عامل بسیار مهمی در این زمینه باشد؛ چرا که در درجه اول باید به پرستاران به عنوان افرادی که تامین‌کننده این نیاز بیماران هستند، مهیا نبودن شرایطی از قبیل وقت و نیروی کافی، عادات صحیح

این تم را به عنوان پیشنهادی جدید برای بهبود هر چه بیشتر کیفیت آموزش به بیمار خصوصاً در محیط‌های آموزشی که دانشجویان تربیت می‌شوند، پیشنهاد می‌نمایند.

بر اساس نتایج این پژوهش، چهارمین تسهیل‌کننده آموزش به بیمار، گذاشتن پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش می‌باشد. مطالعات بیان می‌کنند که آموزش به بیمار به روش سنتی شامل ارائه اطلاعات در قالب جزوات، پمفلت‌ها و برگزاری دوره‌های آموزشی به صورت گروهی بوده که این موارد در دنیای مدرن امروزی ناکافی می‌باشند. در مطالعات دیگر توانمندسازی و بیمارمحوری به عنوان مکمل‌های لاینفک آموزش به بیمار معرفی شده است. فرد مراقبت‌کننده به منظور اجرای آموزش مؤثر باید توانایی آموزش خود مدیریتی و مهارت‌های حل مسأله را داشته و قادر به انتقال این عناصر ضروری به بیمار باشد. در واقع بیمار محوری و توانمندسازی بیمار مفاهیم مکملی بوده که بر هم برتری نداشته و لازم و ملزوم همدیگر می‌باشند (۲۶ تا ۲۸). به عقیده پژوهشگران این تم می‌تواند به عنوان نتیجه این پژوهش معرفی شود؛ چرا که با تمام جستجوهای که در این زمینه انجام شد، به چنین تمی اشاره نشده بود.

از موارد دیگری که در این مطالعه به عنوان متغیرهای اصلی بیان شد تبیین و تعیین آموزش به بیمار، برگزاری کلاس‌های آموزشی و افزایش وسایل و امکانات بود. کلین فدیشین و همکاران استفاده از نوارهای ویدئویی و سایر منابع سمعی و بصری را برای جلوگیری از اتلاف وقت پرستاران توصیه نمودند و بیان نمودند که باید برای ارتقای سطح پرستاران در انتخاب وسیله مناسب کلاس‌های آموزشی ضمن خدمت گذاشته شود (۱۹). استوپ (Stoop) و همکاران در مقاله خود تحت عنوان کاربرد تکنولوژی اطلاعات در آموزش به بیمار بیان داشتند که این سیستم‌ها در ابتدا جهت جایگزین شدن به جای اشکال سنتی آموزش به بیمار معرفی شدند، اما

کاری، انگیزه شغلی و تمایل به کسب دانش و مهارت‌های جدید و نوین توجه نمود. آمادگی نسبی پرستاران می‌تواند تأثیر دو چندان مطلوبی بر بیماران با شرایط مختلف بیماری و خانوادگی آنها داشته باشد. در مطالعه حکمت پو و همکاران این تم تنها به عنوان یکی از موانع آموزش به بیمار بیان شده است (۱۵).

یکی دیگر از مواردی که توسط نمونه‌های پژوهش بیان شد شرایط نامناسب و خدشه در آموزش‌پذیری بیماران بود. کلین فدیشین و همکاران بیان می‌دارند که بیماران پس از اعمال جراحی ممکن است گیج، دردمند یا بسیار ضعیف بوده و نتوانند روی یادگیری خود تمرکز داشته باشند. همچنین بیماران و خانواده آنها با مهارت ضعیف خواندن و نوشتن غالباً دچار مشکل درک جزوات چاپی در مورد آموزش به بیمار هستند. به خصوص اگر تحت استرس باشند اطلاعات کمی را از آموزش حین ترخیص به یاد می‌آورند (۱۹). در مطالعه حکمت پو و همکاران نشان داده شد که بیماران ۸۰ درصد آنچه پزشکان به آنان گفته‌اند را فراموش می‌کنند و تقریباً ۵۰ درصد اطلاعاتی را که به یاد می‌آورند صحیح نیست. بنابراین هر چه خانواده و بیمار راجع به مراقبت‌های پس از اعمال جراحی اطلاعات بیشتری کسب نمایند می‌تواند روی بهبودی بیماری‌شان تأثیر مثبتی بیشتری داشته باشد (۱۵).

کارلسون در مقاله خود براساس نظریه ناولز (Knowles) درباره یادگیری بالغین ذکر می‌نماید اگر فراگیران آموزش را جزء ارزشی و مربوط به نیازهای خود قلمداد کنند بیشتر آماده فراگیری، به خاطر سپاری و استفاده از اطلاعات خواهند بود (۲۴). در پژوهش حاضر نیاز سنجی از بیماران راجع به آموزش به عنوان اولین تسهیل‌کننده در زمینه توانمندسازی بیمار در زمینه آموزش در نظر گرفته شد. مطالعه‌ای نشان داده که آموزش به مددجو بایستی براساس نیازهای وی ارائه شود نه آنچه که مراقبین بهداشتی مهم قلمداد می‌کنند (۲۵). پژوهشگران

اجرای مراقبت‌ها و فراهم ساختن امکانات کافی برای ایشان.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، لازم است با در نظر گرفتن تسهیلات مورد نیاز، نیروی انسانی مناسب و کارآموده، اختصاص وقت و مکان لازم و مناسب به مسأله آموزش به بیمار توجه شود. پزشکان و پرستاران باید با به کارگیری شیوه‌های مختلف و به گونه‌ای قابل فهم تمامی مطالب مهم و کلیدی را به مددجویان آموزش دهند و در پایان و هنگامی که از آنان انتظار عملکردی مناسب دارند مطمئن باشند که به درک لازم و مناسبی از این آموزش رسیده‌اند.

مسئولین امر برنامه‌ریزی پرستاری می‌توانند با مد نظر قرار دادن تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار شامل ایجاد سیستم نظارت و بازخورد، گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش، افزایش وسایل و امکانات به منظور کاهش اتلاف وقت پرستار، قرار دادن محلی در بخش گزارش پرستاری برای گزارش آموزش به بیمار، افزایش هماهنگی بین بخشی، تبیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار، نیازسنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن، برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پرستاران که جزء ساعات کاری محسوب شود، برگزاری دوره‌های آموزشی مورد علاقه به صورت رایگان در خارج از ساعات کاری به سمت بهبود فرآیند آموزش به بیمار حرکت کنند. همچنین با رفع و یا کاهش موانع آموزش به بیمار شامل مشغله زیاد کاری پرستار، کمبود نیروی پرسنلی پرستاری، کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار، فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری، نبود سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امور آموزشی پرستاران، بی‌انگیزه بودن برای انجام آموزش به بیمار، عدم اثر بخشی برنامه‌های آموزشی در

پژوهش آنان نشان داد که به دلیل ضعف بیمار مثل عدم تمرکز حواس، سواد و... سیستم‌های کامپیوتری نمی‌توانند جایگزین روش‌های آموزش، فیلم‌ها، جزوات و غیره شوند؛ بلکه به عنوان یک مکمل ارزشمند در آموزش به بیمار به کار می‌روند (۲۹).

باید توجه کرد که کارآیی آموزش به بیمار از طریق تاثیر آن بر عوامل متعددی مثل سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی (Health related quality of life)، استفاده از منابع مراقبت مصرف داروها و رفتارهای مربوط به سلامتی، کنترل علائم و نشانه‌های بیماری مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد (۱۸). بنابراین مداخلات آموزشی که به تنهایی سبب افزایش دانش بیمار شود، مؤثر نیستند، بیماران باید دانش و مهارتی را که فرا گرفته‌اند در زندگی خود به کار گیرند و سبب اصلاح رفتار در آنها شود (۱۸ و ۳۰). با توجه به ضرورت آموزش به مددجو و اهمیت نقش پرستاران در این راستا، و نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، این نتایج می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات بیشتر در این زمینه باشد. در حقیقت کاربرد یافته‌های مطالعه حاضر انگیزه و دلایل و شواهد کافی برای انجام تحقیقات دیگری را در سایر ابعاد موضوع آموزش به بیمار یادآور می‌شود.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر، موارد ذیل پیشنهاد می‌شود: تشویق و ترغیب دائمی دانشجویان به انجام عملی آموزش به مددجو، ارتباط پیوسته با مسئولین خدمات پرستاری بیمارستان در مورد حسن اجرای این مراقبت، ارائه آموزش به مددجو بر اساس نیازهای جسمی، روانی و فرهنگی و بیمار و خانواده، تشکیل کمیته‌های تخصصی آموزش به مددجو در هر بخش، گذراندن دوره‌های تکمیلی آموزشی توسط پرستاران شاغل، اجرای برنامه‌های آموزشی توسط مدیران به منظور افزایش توانمندی پرستاران، قرار دادن شرح وظایف سازمانی در اختیار پرسنل و تأکید بر آموزش به بیمار، دادن استقلال و آزادی به پرسنل جهت

موجب تسهیل امر بازنگری، سازماندهی و برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز در قالب برنامه‌های آموزش حین خدمت، آموزش غیر حضوری و غیره می‌گردد.

قدردانی

بدین وسیله از تمام همکاران عزیز پرستار که ما را در انجام این پژوهش با وجود مشغله و مسؤولیت زیاد کاری یاری نمودند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

بیمارستان‌ها و دانشکده‌های پرستاری، آموزش به بیمار را تقویت نمایند. همچنین لازم است با افزایش مداوم آگاهی مریبان آموزشی و فراهم نمودن زمینه مناسب برای به کارگیری شیوه‌های نوین کاربردی در آموزش به بیماران با توجه به نیازهای مختلف آنان و متناسب با پیشرفت‌های اخیر در مورد افزایش مهارت بیماران در مراقبت از خود، موجب عملکرد بهتر دانشجویان و فارغ‌التحصیلان شوند. آگاهی مسؤولین پرستاری از نیاز آموزشی پرستاران در بالین و در زمینه آموزش به بیمار و اهمیتی که افزایش آگاهی در ایجاد انگیزش آن‌ها دارد

منابع

1. Mohammad pour A, Dehgan Naieri N. [The survey of the patient educational need on discharge phase in Gonabad health and treatment centers]. Journal of Gonabad University of Medical Science. 2007; 12(4): 34-40. [Persian]
2. Toloie M, Dehgan Naieri N, Fagihzadeh S, Sadoghi asl A. [Avamele angizeshye parastaran dar erbebat ba amoozesh be bimar]. Hayat. 2006; 12(2): 43-51. [Persian]
3. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. J Contin Educ Nurs. 2002; 33(3): 112-8.
4. Coster S, Norman I. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. Int J Nurs Stud. 2009; 46(4): 508-28.
5. Raeis Dana N. [The Quality of Patient Education Pamphlets Made by Nursing Students of Semnan University of Medical Sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6(1): 33-41. [Persian]
- 6- Meetoo D, Gopaul H. Empowerment: giving power to people with diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2005. [Cited 2011 Dec 2] Available from: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-129091742.html>
7. Zamani A, Shams B, Moazzam E. [Communication Skills Training for Physicians as a Strategy for Enhancing Patients' Satisfaction: A Model for Continuing Education]. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4(1): 15-22. [Persian]
8. Slusarska B, Zarzycka D, Wysokiński M, Sadurska A. Patient education in nursing-Polish literature condition. Patient Educ Couns. 2004; 53(1): 31-40.
9. Kosgeroglu N, Acat MB, Ayranci U, Ozabaci N, Erkal S. An investigation on nursing, midwifery and health care students' learning motivation in Turkey. Nurse Educ Pract. 2009; 9(5): 331-9.
10. Clark M. Diabetes self-management education: A review of published studies. Official. Journal of Primary Care Diabetes Europe. 2008; 2(3): 113-20.
11. Sullivan EJ. Effective Leadership and Management in Nursing. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2004.
12. Wingard R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. Nephrol Nurs J. 2005; 32(2): 211-4.
13. Honan S, Krsnak G, Petersen D, Torkelson R. The nurse as patient educator: perceived responsibilities and factors enhancing role development. J Contin Educ Nurs. 1988; 19(1): 33-7.
14. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. J Contin Educ Nurs. 2002; 33(3): 112-8.
15. Hekmatpou D, Anosheh M, Alhani F. [Pathology of Patient Education: A Qualitative Study]. Iran Journal of Nursing. 2007; 20(49): 51-60. [Persian]
16. Skulmoski GJ, Hartman FT, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research. Journal of Information Technology Education. 2007; 6: 1-21.
17. Ahmadi F, Nasiriani Kh, Abazari P. [Delphi Technique: Tool in Research]. Iranian Journal of Medical

- Education. 2008; 8(1): 175-85. [Persian]
18. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006; 21(4): 306-13.
 19. Klein-Fedyshin M, Burda ML, Epstein BA, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. *J Med Libr Assoc.* 2005; 93(4): 440-5.
 20. Aein F, Alhani F, Anoosheh M. [The Experiences of Nursing Students, Instructors, and Hospital Administrators of Nursing Clerkship]. *Iranian Journal of Medical Education.* 2010; 9(3): 191-200. [Persian]
 21. Nordgren S, Fridlund B. Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *J Adv Nurs.* 2001; 35(1): 117-25.
 22. Mosadegh Rad A. [Barrasye rabete beine mizan agahye bimaran nesbat be hoghooghe bimar dar bimarestan va rezayatmandye anha az khadamate bimarestani]. *Teb & Tazkye.* 2005; 14: 16-24. [Persian]
 23. Anderson RM, Funnell MM, Barr PA, Dedrick RF, Davis WK. Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care.* 1991; 14(7): 584-90.
 24. Carlson ML, Ivnik MA, Dierkhising RA, O'Byrne MM, Vickers KS. A learning needs assessment of patients with COPD. *Medsurg Nurs.* 2006; 15(4): 204-12.
 25. Ashbury FD, Iverson DC, Kralj B. Physician Communication Skills: Results of General/Family Practitioners in Newfoundland. *Med Educ Online.* 2001; 6: 1. Available From: <http://cogprints.org/2420/1/res00014.pdf>
 26. Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Educ Couns.* 2010; 79(2): 167-72
 27. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2009; 2(4): 127-132. [Persian]
 28. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002 ; 288(19): 2469-75.
 29. Stoop AP, van't Riet A, Berg M. Using information technology for patient education: realizing surplus value? *Patient Educ Couns.* 2004; 54(2): 187-95.
 30. Mahmodi shan Gh, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Mazamine akhlaghi dar sabke zendegye herfeiyeh parastaran: yek motaleaeye keifi be shiveye tahlile mohtavaye esteghraei]. *Iranian Journal of Medicine Ethics and History of Medicine.* 2009; 2(4): 63-78. [Persian]

Barriers and Facilitators of Patient's Education: Nurses' Perspectives

Amir Vahedian Azimi¹, Fatemah Alhani², Kosar Hedayat³

Abstract

Introduction: Patient education and his/her partnership during hospitalization and at discharge time is essential. The aim of this study is to describe nurses' experiences of barriers and facilitators of patient education in year 2008 at Shariati Hospital in Tehran (SHT).

Methods: The present study is a triangulation research with three steps Delphi method. Participants included 25 nursing staff (1 matron, 8 supervisors, 8 head nurses and 8 nurses). Data were collected in the nursing office and different wards. Data collection methods were an unstructured interview, followed by a questionnaire from interviews, and in the third step, focused groups.

Results: Mean and Standard deviation of age and working experience of participants were $42/20 \pm 6/14$ and $14/84 \pm 6/20$ years, respectively. Most important barriers according to the third step were: nurses' low scientific knowledge and information, shortage of nursing manpower, excessive workload, manner of clinical supervision and feedback, and extra tasks demanded due to working in a teaching hospital. The most important facilitators were found to be: developing patient education protocols for each ward, according to needs assessment, revision in supervision and feedback system, establishing a good relationship between patients and nurses and physicians, assigning a rotating nurse for patient education, and running educational courses for nurses as a part of their duty time.

Conclusion: The described barriers and facilitators for patient education have a multidimensional nature. Therefore, it may be suggested that authorities should undertake systematic and comprehensive measures to provide facilities and opportunities for programs on patient education and self-care programs based on their needs in clinic.

Keywords: Nurses, Patient Education, Needs Assessment, Self-Care

Addresses:

¹ MSCN Nursing Department, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran, E-mail: vahedian63@gmail.com

² (✉) Associate Professor, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, E-Mail: alhani_f@modares.ac.ir

³ Resident of Dermatology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, E-mail: kosarhedayat@yahoo.com