

آسیب شناسی آموزش به مددجو: یک مطالعه کیفی

داود حکمت پو^۱ *دکتر منیره انوشه^۲ دکتر فاطمه الحانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: آموزش به مددجو توسط پرستاران، بهترین راهکار برای انجام مراقبت از خود می باشد. هدف از این مطالعه، آسیب شناسی فرآیند آموزش به مددجو از طریق توصیف و تفسیر درک پرستاران و بیماران از شیوه آموزش به مددجو در محیط های بالینی می باشد. سؤالات این پژوهش عبارتند از: ۱- فرآیند آموزش به مددجو در محیط های بالینی چگونه است؟ ۲- اجرای صحیح آموزش به مددجو تحت تأثیر چه عواملی آسیب رسانی می شود؟

روش بررسی: پژوهش حاضر، یک مطالعه کیفی به روش تجزیه و تحلیل محتوا ست. نمونه ها شامل: ۳۰ پرستار، ۱۰ دانشجوی سال آخر کارشناسی پرستاری و ۳ مربی کارشناس ارشد پرستاری و همچنین ۱۰ بیمار بستری در بخش های داخلی و جراحی هستند. محیط مطالعه دانشکده پرستاری و مامایی و ۲ بیمارستان عمومی شهر اراک و روش جمع آوری داده ها مصاحبه نیمه ساختار با پرستاران در گروه های متمرکز و جداگانه با بیماران بود.

یافته ها: یافته های حاصل از مطالعه نشان داد عوامل مربوط به: ۱- برنامه ریزی درسی و عملکرد دانشکده (آموزش معمول و توجه ناکافی به نیازهای دانشجویان و...) ۲- سرفصل نامناسب درس فرآیند یادگیری و اصول آموزش به بیمار (مقطعی بودن درس، تأکید سطحی بر کاربرد نظریه های یادگیری در محیط بالین، عدم آشنا کردن دانشجویان با شیوه ایفای نقش در آموزش به مددجو و...) ۳- کم توجهی به شرایط پرستاران بالینی ۴- توجه نسبی به نیازهای آموزشی، فرهنگی و عادات بیمار و خانواده وی ۵- مدیریت آموزشی ۶- نگرش افراد شرکت کننده به آموزش مددجو، در ساختار و فرآیند آموزش به مددجو مؤثر بوده اند و در بسیاری از موارد سبب عدم اجرای صحیح آن در محیط بالینی شده اند.

بحث و نتیجه گیری: ضرورت آموزش به مددجو و اهمیت نقش پرستاران در این زمینه غیر قابل انکار است. عوامل آسیب رسان در اجرای صحیح آموزش به مددجو معلول سرفصل نامناسب درس فرآیند یادگیری و اصول آموزش به بیمار و سایر عواملی بوده است که سبب از دست رفتن این مراقبت در بالین شده است. آموزش صحیح واحد درسی جدید فرآیند یادگیری و اصول آموزش به مددجو با شیوه ایفای نقش می تواند سطح توانمندی پرستاران در زمینه آموزش به مددجو را ارتقا دهد.

کلید واژه ها: آسیب شناسی - آموزش بیمار - مطالعه کیفی

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۳، تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۱۴

^۱ مربی گروه آموزش پرستاری، دانشگاه اراک

^۲ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

^۳ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

آموزش به مددجو با هدف کمک به خودش به منظور آگاهی دادن درباره شرایط بیماری، مداخلات پزشکی و انتخاب‌هایی که در مورد درمان دارد، انجام می‌شود. آموزش به مددجو از این جهت مهم است که افراد را برای مراقبت بهتر از خود توانمند می‌سازد و باعث می‌شود تصمیمات مربوط به تداوم مراقبت از خود را آگاهانه بگیرند. پرستاران نقش کلیدی در آموزش به مددجو دارند. آن‌ها بیش از سایر اعضای تیم درمانی در دسترس هستند و وقت بیشتری را در کنار بیماران صرف می‌کنند به همین دلیل بیماران احساس نزدیکی بیشتری به آن‌ها دارند و به راحتی سوالات خود را از آن‌ها می‌پرسند و ترس و نگرانی‌های خود را بیان می‌دارند و پرستاران نیز باید اطلاعات ضروری و صحیح را در اختیار بیماران قرار دهند.^(۱) افزایش هزینه‌ها و فشار سازمان‌های بیمه سبب کوتاه شدن مدت بستری بیماران (length of stay) و ترخیص زودهنگام پس از اعمال جراحی شده است. در پنسیلوانیا از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۰۰ طول مدت بستری بیماران پس از اعمال جراحی عروق کرونر قلب تا ۱۲/۳ درصد کاهش یافته است.^(۲) میانگین طول مدت بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بعد از جراحی قلب در ایران حدود ۴ روز است.^(۳) با کوتاه شدن مدت بستری، بیماران ترخیص شده در وضعیت ناپایداری از لحاظ سلامت قرار می‌گیرند، بنابراین نیاز بیشتری به مراقبت در منزل خواهند داشت.^(۴) اطمینان از کیفیت مراقبت‌های پرستاری و در معرض خطر نبودن بیمار جزء چالش‌های اصلی پیش روی پرستاران و مدیران پرستاری است. مطالعات متعدد ارتباط بین سطح تحصیلات پرسنل پرستاری با مرگ و میر، میزان از کار

افتادگی، وقایع ناخواسته، میزان بروز عفونت، بروز زخم‌های فشاری، افزایش طول مدت بستری، بروز عوارض و عدم رضایت مندی بیماران را نشان داده‌اند.^(۵-۷)

پرستاران، مهارت آموزش به بیمار را در ۲ واحد درسی با هدف آشنایی با نظریه‌ها، مراحل و انواع روش‌های یادگیری، آشنایی با وسایل سمعی و بصری فرامی‌گیرند، اما موضوعی که در این واحد درسی مورد تأکید نبوده است، کاربرد آموزش به بیمار در بالین است، از طرفی کمبود پرستار در بخش، عدم توجه به موضوع آموزش مددجو، بی‌تفاوتی نسبت به این موضوع، ازدیاد بیمار و مراجعه کنندگان، عدم وجود تعرفه در خدمات پرستاری، عدم انگیزه و... همگی سبب تشدید از دست رفتن آموزش به مددجو شده‌اند، به نحوی که پژوهشگر با توجه به تجارب بالینی و نیز به عنوان مربی آموزشی شاهد عدم انجام آموزش در بالین و افزایش نیاز بیماران به آن بوده است. آموزش به بیمار در بعضی موارد به طور ناقص اجرا می‌شود و در بعضی از بیمارستان‌ها پمفلت و جزوات آموزشی ارایه شده به بیمار و خانواده وی با سطح تحصیلات آن‌ها همخوانی ندارد.

ماهیت مزمن بیماری‌هایی نظیر دیابت، فشارخون بالا، بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، نارسایی قلب و... بیماران را نیازمند تقویت مهارت‌های مربوط به مراقبت از خود می‌نماید. مراقبت از خود نیازمند آموزش درباره تکنیک‌ها و مداخلاتی است که بیمار انجام می‌دهد تا علائم بیماری خود را کنترل نماید و سیر پیشرفت بیماری را آهسته کند. آموزش مؤثر و در برگیرنده رضایت بیمار، نه تنها بایستی شامل محتوای آموزش مناسب و کافی باشد، بلکه بایستی ارزش‌ها و تمایلات بیمار را نیز در بر بگیرد. آموزش

بیمار محور (Patient-Centered Education) که در راستای نیازها و دیدگاه‌های بیمار تدوین می‌شود، عامل کلیدی در درمان بیماری‌های مزمن خواهد بود.^(۸-۹) در ایران به دلیل کمبود وقت پرستاران، عدم تناسب تعداد پرستاران نسبت به تعداد بیماران و حجم زیاد کار بخش و همچنین اهمیت ندادن مدیران به آموزش مددجو، این مراقبت از دست رفته محسوب می‌شود.^(۱۰) به همین دلیل پژوهشگر با توجه به این‌که پرستاران و دانشجویان سال آخر، مهارت آموزش به بیمار را براساس برنامه قبلی (قبل از تیر ماه ۸۴) کسب کرده بودند و تجارب عملی خود، تصمیم به بررسی آسیب شناسی آموزش به مددجو بر اساس درک و تفسیر مشارکت کنندگان گرفت، تا در نهایت به دو سؤال پژوهش:

۱- فرآیند آموزش به مددجو چگونه است؟
 ۲- اجرای صحیح آموزش به مددجو تحت تأثیر چه عواملی آسیب می‌بیند؟ پاسخ دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی به روش تجزیه و تحلیل محتوا می‌باشد که در دانشکده پرستاری مامایی و ۲ بیمارستان عمومی شهر اراک انجام شده است. نمونه‌ها شامل: ۲۰ پرستار، ۳ مربی کارشناسی ارشد (در سمت معاون آموزشی، مدیر گروه و مربی درس)، ۱۰ دانشجوی سال آخر پرستاری در گروه‌های متمرکز و ۱۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی به طور جداگانه مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه نیمه ساختار با گروه‌های متمرکز (Focus

یافته‌ها

از ۸۳ کد مفهومی اولیه، ۶ کد ثانویه استخراج شد. کدگذاری حاصل از یافته‌های مطالعه نشان داد عوامل مربوط به کدهای زیر در ساختار و فرآیند آموزش به مددجو مؤثر بوده‌اند و در بسیاری از موارد سبب عدم اجرای صحیح آن در محیط بالینی شده و می‌شوند.

۱- عوامل مربوط به برنامه ریزی درسی و شرایط دانشکده:

سرفصل نامناسب این واحد درسی طبق مصوبه مورخ ۱۳۷۴/۸/۱۴، عدم توجه کافی به نیازهای آموزشی دانشجویان، توجه ناکافی به سطح علمی دانشجویان با نیازهای جامعه (نیاز بیمار و خانواده وی به دانش کاربردی در مورد داروهای مصرفی و عوارض آن‌ها، ماهیت بیماری، دسترسی به خدمات بهداشتی و پیگیری بیماری و...)، عدم توجه به اهمیت آموزش به مددجو در آینده به عنوان یک شاخص کیفیت مراقبت، عدم

پی گیری اجرای آموزش به مددجو در محیط بالینی، آموزش معمول به دانشجویان و توجه نسبی به نیازهای جامعه، استفاده از مربیان حق التدریس در محیط بالینی که در این رابطه توانمند نیستند و توجه نسبی به توانمندسازی مربیان و برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت و ... جز این عوامل بیان شده اند.

دانشجوی پرستاری خانم م. ح. اظهار می کند: "۲ واحد درس آموزش به بیمار، آن‌هم به شکل مقطعی نمی‌تواند نیاز علمی و عملی را در محیط بالینی برطرف کند. من در زمینه بیماری‌ها و درمان آن‌ها اطلاعات بسیار سطحی دارم."

کارشناس پرستاری خانم الف. الف. می گوید: "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. بسیار سطحی آموزش انجام می‌شود و دانشجو و مربی از نزدیک شدن به بیمار و انجام کار عملی واهمه دارند."

۲- عوامل مربوط به واحد درسی آموزش به مددجو: عدم آشنا کردن دانشجویان پرستاری باشیوه‌های نوین تدریس و ایجاد ارتباط با بیمار، مقطعی بودن درس، تأکید بر نظریه‌ها به جای تأکید بر کاربرد آن‌ها در محیط‌های بالینی، مربیان کم تجربه در تدریس این واحد درسی به شیوه ایفای نقش و ... عدم اجرای شیوه ایفای نقش یا پروژه عملی آموزش به مددجو در بیمارستان.

کارشناس پرستاری آقای ح. ص. اظهار می‌دارد: "تا موقعی که دانشجو چیزی در چنته نداشته باشد مطمئن باشید نمی‌تواند به بیمار آموزش دهد."

دانشجوی پرستاری خانم الف. ع. می گوید: "وقتی با بیمار روبرو می‌شوم و می‌خواهم به او آموزش دهم

نمی‌دانم چه بگویم، راجع به چی صحبت کنم، اصلاً فکر می‌کنم چیزی بلد نیستم فقط یک سری اطلاعات سطحی به ذهنم می‌آید."

۳- توجه نسبی به شرایط پرستاران بالینی:

کمبود وقت، کمبود پرستار، عادات کاری غلط و انکار وظیفه، مشکلات اقتصادی و اضافه کاری‌های خسته کننده، نبودن انگیزه شغلی، کمبود آگاهی، عدم مسئولیت پذیری، عدم تمایل به کسب دانش و مهارت‌های جدید جزو این عوامل بودند.

یکی از پرستاران می گوید: "از این که نمی‌توانم به بیمار آموزش دهم احساس خوبی ندارم، دلم می‌خواست بهتر از این‌ها به بیمار آموزش دهم اما وقت نمی‌شود و دانش و آگاهی ما هم ضعیف است."

پرستار دیگری می گوید: "مردم انتظار ارائه مراقبت خوب از ما دارند درحالی که ما واقعاً در این حد از آن‌ها مراقبت نمی‌کنیم به خصوص آموزش به بیمار از طرف ما ضعیف ارائه می‌شود چون کارهای روتین روی زمین می‌ماند."

۴- توجه ناکافی به نیازهای آموزشی، فرهنگی و عادات بیمار و خانواده وی:

عواملی مثل وضعیت عمومی بیمار، فرهنگ خاص بیمار، رفتارهای غلط همراه با عادات ناصحیح، عدم توجه به آموزش‌های داده شده، عدم پیگیری درمان براساس آموزش‌های داده شده، انجام خود سرانه مراقبت‌ها و ... جزو مواردی اعلام شدند که بر اجرای صحیح آموزش به بیمار مؤثر بوده اند.

پرستاری می گوید: "خیلی از بیماران آموزش پذیر نیستند فقط کار خودشان را انجام می‌دهند و رغبت نشان نمی‌دهند. پرستار بخش اونکولژی می گوید: "آموزش بیمار بایستی با پیگیری همراه باشد و مستمر باشد و دادن جزوه و پمفلت کار ساز نیست، بایستی

دید، بیمار به چه آموزشی نیاز دارد؟

۵- مدیریت آموزش:

بیماری می گوید: "پرستاران چیزی به من نگفته‌اند، فقط گفتند اسهال و کم آبی داری، دل درد تو خیالی است، قرص دیازپام دادن و گفتند: بخور، بخواب."

عدم توجه به اهمیت آموزش به بیمار و اجرای آن در بیمارستان، تأکید برانجام کارهای اداری و غیر پرستاری در بخش‌ها به جای توجه به کارهای تخصصی پرستاری، عدم ایجاد رغبت و انگیزه یادگیری و تلاش در کسب دانش و مهارت‌های جدید در بین پرستاران، فعال نکردن کتابخانه و واحد سعمی و بصری و کلاس‌های ضمن خدمت برای پرستاران، عدم اختصاص محیط مناسب آموزشی برای آموزش به بیمار و ...

پرستار م. ص. می گوید: "مادامی که مدیریت بیمارستان به آموزش به بیمار اهمیت ندهد و به جای آن از پرسنل پرستاری کارهای غیر تخصصی مثل پیگیری اداری و انبار داری و غیره بخواهد این مراقبت در سطح بیمارستان انجام نخواهد شد، مدیریت بایستی به این مراقبت بها دهد."

پرستار الف.ح. می گوید: "اصلاً در بیمارستان انگیزه نداریم کسی ما را تشویق نمی کند که علاوه بر کارهای روتین به فکر آموزش به بیمار هم باشیم، مگر آن که پرستاری از خودش مایه بگذارد."

۶- نگرش افراد شرکت کننده نسبت به آموزش مددجو:

سطحی بودن آموزش به بیمار، اعتماد نسبی بیماران به آموزش پرستاران، تمایل بیماران به پرسیدن سؤالات خود از پزشکان، مهتر بودن دیگر اقدامات پرستاری نسبت به آموزش به بیمار.

پرستار ح. ک. می گوید: "اکثر بیماران تمایل دارند از پزشکان سؤال کنند، مگر آن که به او دسترسی نداشته

باشند تا از ما سؤال کنند."

پرستار دیگری می گوید: "بیماران آموزش‌های دانشجویان و ما پرستاران را جدی نمی گیرند و بیشتر براساس تجربه و باورهای خود اقدام به پیگیری مراقبت می‌کنند."

بحث و نتیجه گیری

نقش دانشکده در اجرای آموزش به مددجو بسیار اساسی است به نحوی که می تواند سبب کاهش فاصله بین تئوری و عمل در محیط بالینی شود و همچنین موجبات اجرای این مراقبت در بالین را فراهم آورد.

Cameron و همکاران (۲۰۰۶) در مقاله خود تحت عنوان تسهیل کننده‌های آموزش بالینی از تئوری تا عمل، می نویسند: برای کاستن فاصله بین تئوری و عمل یکی از مؤثرترین شیوه‌ها آموزش و توسعه مهارت‌های پرستاران در سطح بالینی و دانشکده است و در این میان مسئولین و برنامه ریزان دانشکده نقش اول را ایفا می‌کنند.^(۱۱)

Caliskan و همکاران (۲۰۰۶) با بررسی ۱۳۳۴ نفر بیمار مبتلا به دیابت تشخیص داده شده، دریافتند که تنها ۲۸ درصد از این بیماران (n=۳۸۲) در مورد بیماری خود آگاهی مراقبت از خود داشتند و مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات در آن‌ها به ترتیب بیمارستان (۷۶/۴ درصد) رادیو و تلویزیون (۱۹/۱ درصد) و مراکز بهداشتی فقط ۳/۹ درصد اعلام شده بود.^(۱۲)

ضرورت آموزش به بیمار توسط تمامی نمونه‌ها مورد تأکید قرار گرفته، اما به دلیل کمبود وقت و تعداد پرستار نسبت به بیماران، این مراقبت اجرا نمی شود.

Kalisch (۲۰۰۶) در مطالعه خود می نویسد: کمبود شدید پرستار، سبب از دست دادن مراقبت پرستاری در بالین بیمار شده است. وی کمبود شدید پرسنل

پرستاری را نتیجه سه عامل زیر می داند: ۱- عدم تناسب میزان پرسنل به بیمار، ۲- شیفت‌هایی که با کمبود نیروی انسانی مواجه می شوند (مثل غیبت به دلیل بیماری و پست‌های خالی)، ۳- نیازهای غیر منتظره ستگین کاری (مثل حجم زیاد مداخلات پرستاری و افزایش ناگهانی تعداد زیاد پذیرش‌ها و ترخیص‌ها).^(۵) کمبود زمان لازم برای مداخلات پرستاری نیز عامل دیگری است که مراقبت‌های پرستاری انجام نشوند، به ویژه مراقبت‌هایی نظیر حرکت دادن بیمار، آموزش به بیمار، حمایت روانی و ایجاد ارتباط با بیمار.^(۵) بسیاری از مطالعات به عدم تناسب بین تعداد بیماران به پرستار و نتایج منفی آن اشاره کرده اند: مطالعه Roth Berg نشان داد هر ۸ بیمار به یک پرستار حداقل پرسنلی ممکن خواهد بود که با بالاترین میزان مرگ و میر بیماران همراه است درحالی که نسبت ۴: ۱ پرستار به بیمار بهترین میزان پرسنلی ممکن است که با کمترین میزان مرگ و میر همراه است.

نسبت‌های واقعی پرسنلی در بخش‌های مورد مطالعه برابر ۱ پرستار به ۶-۵ بیمار در روز یا عصر و یک پرستار به ازای ۷-۶ بیمار در شب خواهد بود. Ruth berg همچنین اشاره می کند که نسبت‌های کمتر از نظر هزینه نیز مقرون به صرفه است، زیرا سبب کوتاه شدن طول مدت بستری می شود. در مطالعه دیگری تحت عنوان انتقال از بیمارستان به منزل، بیماران در حال ترخیص اعلام کردند که فقدان آموزش لازم یکی از عوامل منجر به پذیرش مجدد آن‌ها به بیمارستان بوده است.^(۵)

Klein Fedyshin و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود می نویسند: در بخش‌های بستری، پرستاران با کاهش وقت برای آموزش به بیمار روبرو هستند. از طرفی

جزوات آموزش بدون وسایل سمعی و بصری نیز به دلیل درک محدود بیمار قابل استفاده نیستند و همچنین دوره پس از عمل زمان مناسبی برای آموزش به بیمار نیست و روش دیگری برای آموزش این بیماران موردنیاز است. آن‌ها در پایان مقاله خود به آموزش به بیمار توسط نوارهای ویدئویی و سایر منابع سمعی و بصری از کتابخانه تأکید کرده اند، تا بیماران وقت زیادی از پرستاران برای آموزش نگیرند.^(۲) گجی، تنش و اضطراب بیمار و خانواده وی مانع اجرای آموزش به بیمار، اعلام شده بود.

کارآیی آموزش به بیمار از طریق تأثیر آن بر عوامل متعدد مثل سلامتی ناشی از کیفیت زندگی، (Health related quality of life)، استفاده از منابع مراقبت سلامتی، مصرف داروها، تغییرات رفتاری مربوط به سلامتی، کنترل علائم و نشانه‌های بیماری مورد ارزشیابی قرار می گیرد.

مداخلات آموزش که به تنهایی سبب افزایش دانش بیمار شود، مؤثر نیستند. بیماران بایستی دانش و ابزاری را که فرا گرفته اند در زندگی خود به کارگیرند و این سبب اصلاح رفتار در آن‌ها شود.

نظریه Knowles درباره یادگیری بالغین بیان می دارد که فراگیران بیشتر آماده فراگیری، به خاطر سپاری و استفاده از اطلاعات خواهند بود، اگر آموزش را جز ارزشی و مربوط به نیازهای خود قلمداد کنند، که در این صورت به آن نیازهای درک شده یادگیری (learning needs Perceived) می‌گویند. روش‌های فراگیری غالباً شامل سمعی-بصری و لمسی است. بایستی به فراگیران نیز فرصت انتخاب شیوه یادگیری متناسب با علاقه وی داده شود، که به این شرایط نیز روش‌های ترجیح داده شده یادگیری (preferred learning methods) اطلاق می‌گردد. آموزش مبتنی

براین شرایط احتمال موفقیت یادگیری و افزایش رضایتمندی فراگیر را به دنبال دارد.^(۹)

Klein-Fedyshin و همکاران (۲۰۰۵) می نویسند: بیماران پس از اعمال جراحی ممکن است گیج، دردمند یا بسیار ضعیف باشند و نتوانند روی یادگیری خود تمرکز داشته باشند و این درحالی است که مراقبین خانوادگی احساس گیجی و سردرگمی دارند. همچنین بیمار و خانواده وی نیاز دارند در امر آموزش خود به اطلاعات گذشته و مرور نکات مهم بپردازند بیماران و خانواده آن‌ها با مهارت ضعیف خواندن و نوشتن، غالباً دچار مشکل درک جزوات چاپ شده در مورد آموزش به بیمار هستند، همچنین ممکن است اطلاعات کمی را از آموزش حین ترخیص به یاد آورند به خصوص اگر تحت استرس نیز بوده باشند در مطالعه ای نشان داده شده که بیماران ۸۰ درصد آنچه پزشکان به آن‌ها گفته اند رافراموش می کنند و تقریباً ۵۰ درصد اطلاعاتی را که به یاد می آورند صحیح نیست. بنابراین هرچه خانواده و بیمار راجع به مراقبت‌های پس از اعمال جراحی اطلاعات بیشتری کسب نمایند، می توانند روی بهبودی بیمارشان تأثیر مثبت بیشتری داشته باشند.^(۳)

پیگیری آموزش به بیمار و اجرای آن در بیمارستان و در منزل جزو اظهارات شرکت کننده‌گان در پژوهش بود. در این رابطه Hammond و Freeman (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان داده اند که بهبود کوتاه مدت ناشی از برنامه‌های آموزشی ورزشی در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی در گروه مورد بوجود آمده است ولی به دلیل عدم پیگیری این بهبودی تداوم نداشته است.^(۱۳)

نیاز سنجی بیمار به آموزش، جزو وظایف پرستار اظهار شده بود، که اجرا نمی شد و آموزش به مددجو تنها براساس آموخته‌های قبلی مبتنی بر متون و آن‌هم به

شکل ناقص و سطحی اجرا می شد. مطالعات نشان داده اند، آموزش به مددجو بایستی براساس نیازهای بیماران باشد نه آنچه را که مراقبین بهداشتی مهم قلمداد می کنند، در غیر این صورت نیازهای آموزش بیماران رفع نشده باقی خواهد ماند و آموزش به بیمار بایستی براساس علایق و نیازهای بیماران تدوین شود. نشان داده شده است که افراد مسن از طریق بینایی بهتر از شنوایی مطالب را یاد می گیرند. بعضی از آن‌ها تمایل به یادگیری و رفع اشکال در کلاس دارند تا روش‌های سمعی و بصری. آن‌ها می خواهند با مربی و سایر فراگیران ارتباط برقرار نمایند.^(۹)

آموزش به بیمار نیازمند فعالیت مدیران آموزش، واحد سمعی و بصری، شبکه‌های کامپیوتری و اینترنت و جلسات فعال آموزش چهره به چهره اظهار شده بود. آموزش به بیمار می تواند شامل جلسات آموزش گروهی، فیلم‌های ویدئویی و دیسک‌های فشرده، جزوات و پمفلت‌های آموزشی و آموزش فرد به فرد باشد، روش‌های دیگر شامل اینترنت، مجلات و روزنامه‌ها و ... است، تا از تمامی امکانات و اوقات بیمار و خانواده جهت افزایش توانمندی آن‌ها استفاده شود.^(۱۴)

Stoop و همکاران (۲۰۰۴) در مقاله خود تحت عنوان کاربرد تکنولوژی اطلاعات در آموزش به بیمار می‌نویسند: این سیستم‌ها در ابتدا جهت جایگزین شدن به جای اشکال سنتی آموزش به بیمار معرفی شدند، اما این پژوهش نشان داد که به دلیل ضعف بیمار مثل عدم تمرکز حواس، سواد و ... سیستم‌های کامپیوتری نمی‌تواند جایگزین روش‌های آموزش، فیلم‌ها، جزوات و غیره شوند بلکه به عنوان یک مکمل ارزشمند در آموزش به بیمار به کار می روند.^(۱۵)

Belda (۲۰۰۴) در مقاله خود تحت عنوان کامپیوترها در آموزش به مددجو و پایش آن‌ها می‌نویسد: کامپیوتر توانسته میزان آگاهی و درک بیماران را نسبت به بیماری‌شان افزایش دهد، اما با مشکلات و محدودیت‌هایی نیز روبرو می‌باشد.^(۱۶)

افزایش شیوع بیماری‌های مزمن به منبع اصلی تقاضای مراقبت بهداشتی در جهان تبدیل شده است. در سیستم‌های بهداشتی کشورهای غربی یکی از چشمگیرترین تغییرات تأکید بر مراقبت از خود توسط بیمار است.

Theme یا درون‌مایه مشترک در تعریف self-care و self-management آن است که هر دو پایه درمان بیماری‌های مزمن‌اند و نشان دهنده کسب اطلاعات و مهارت‌های جدید توسط بیمار می‌باشند.^(۱۷)

نگرش منفی پرستاران و عدم آگاهی بیماران نسبت به آموزش به مددجو هم می‌تواند ناشی از باور نداشتن توانمندی‌های خود، سطح سواد و فرهنگ افراد باشد.

ضرورت آموزش به مددجو و اهمیت نقش پرستاران در این زمینه غیر قابل انکار است. عوامل آسیب رسان در اجرای صحیح آموزش به مددجو معلول سرفصل برنامه ریزی درسی قبلی و سایر عواملی بوده است که سبب از دست رفتن این مراقبت در بالین شده است.

موارد زیر 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، فرهنگی و... بیمار و خانواده، تشکیل کمیته‌های تخصصی آموزش به مددجو در هر بخش، گذراندن دوره‌های تکمیلی مهارت آموزش به مددجو توسط پرستاران شاغل، جلب همکاری واحد کتابخانه و سمعی و بصری در

آموزش مددجویان، معرفی آموزش به مددجو به عنوان یک بسته مراقبتی جهت ارزشیابی دوره‌ای، معرفی پایگاه‌های اطلاعاتی اینترنتی آموزش به مددجو، فعال کردن صفحه خانگی بیمارستان و دفتر پرستاری جهت آموزش مددجویان، و در نهایت پژوهشگران معتقدند با اجرای صحیح واحد درسی آموزش به مددجو براساس برنامه ریزی درسی جدید مصوب شورای عالی برنامه ریزی، مورخ ۸۴/۴/۲۵، (۹ ساعت نظری و ۱۷ ساعت عملی با تأکید بر شیوه ایفای نقش و اجرای پروژه‌های عملی در محیط بالینی) می‌توان سطح کیفی توانمندی پرستاران را افزایش داد، به نحوی که علاوه بر ارتقای سطح سلامت مددجویان، موجبات ارتقای حرفه پرستاری هم فراهم گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی و ۲ بیمارستان عمومی مورد پژوهش در شهر اراک و کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر نمایند.

فهرست منابع

1- Krapp K. Patient Education. Encyclopedia of Nursing & Allied Health. 2002. [about 1p.] 2006. Available from: <http://www.enotes.com/nursing-encyclopedia/patient-education>. Accessed Aug 25, 2006.

2- Klein-Fedyshin M, Burda M, Epstein B, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. J Med Librar Assoc ;2005. 93(4): 440- 445.

۳- ذکایی عباس، موسوی کامبیز. بررسی عوامل مؤثر بر طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بعد از عمل جراحی کنار گذر عروق کرونر. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۴۸. ۳(۲): ۵۵۳-۵۵۸.

- 11-Cameron C, Miller F, McMillan C, Grec M. Practice education facilitators – from theory to Practice . J Commun Nurs;2006.20(4): 18 -22.
- 12-Caliskan D. Diabetes Education: Diabetes mellitus patient often need more awareness and knowledge of their condition.2006.[about 7p.].Available from: <http://www.Diabetes Education Center>. Accessed Sep 4,2006.
- 13-Hammond A, Freeman K. Community patient education and exercise for people with fibromyalgia : a parallel group randomized controlled trial. Clin Rehabil;2006. 20:835– 846.
- 14- Sharpathiotakis M, Fairlie C, Ryan S. Specialized education for Patients with psoriasis : A patient survey on its value and effectiveness. Dermatol Nurs; 2006. 18(4):358- 362.
- 15- Stoop AP, Riet AV, Berg M. Using information technology for patient education :realizing surplus value. Patient Edu Couns; 2004. 54:187 195.
- 16-Belda TE. Computers in patient education and monitoring. Respir Care; 2004. 49(5):480- 490.
- 17-Wilson PM, Kendall S, Brooks F. Nurses responses to expert Patients:The rhetoric and reality of self management in long-term conditions: A grounded theory study.Int J Nurs Stud; 2006. 43: 808–818.
- 4- Laclerc CM ,Walls DL, Crias D , Wilson JH. Falling short of the mark : tables of Life after hospital discharge. Clin Nurs Res; 2002 .11(3) : 242- 263.
- 5- Kalisch BJ. Missing Nursing Care, a qualitative study.J Nurs Care Q; 2006. 21(4):306–313.
- 6- Roumie CL, Elasy TA, Greevy R, Griffin MR, Xulei L. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Annu Intern Med; 2006. 45(3): 165–175.
- 7- Weinert R. Diabetes Research Joslin diabetes center partner with drugstore Chain for diabetes awareness and education.2006.[about 1p] Available from: [www. Joslin Diabetes Center](http://www.Joslin Diabetes Center). Accessed sep 19,2006.
- 8- Stewart D, Zalamea N, Waxman K, Schuster R, Bozuk M. A prospective study of nurse and patient education on compliance with sequential compression devices. Annual Conference of the Southern California . Chapter of the American College of Surgeons;2006. p.921.
- 9- Carlson ML, Iunik MA, Dierkhising RA, Obyrne MM , Vickers K. A learning needs assessment of patients with COPD. Med Surg Nurs; 2006.15(4): 204-210.
- ۱۰- یاری ایراندخت، الحانی فاطمه. بررسی مشکلات پرستاران در به کارگیری روش های علمی کاهش درد ناشی از تزریقات در کودکان. مجله بیماری های کودکان ایران؛ ۱۳۸۵. ۱۶(۲): ۲۸.

Pathology of Patient Education: A Qualitative Study

D. Hekmatpou MS¹ *M. Anoosheh PhD² F. Alhani PhD³

Abstract

Background & Aim: Patient education by nurses can be one of the best strategies for optimum self-care at home. The objective of this study is pathologic study of patient education process and answering to these questions :1- What is the process of patient education? 2- What are the pathogens of correct implementation of patient education?

Material & Method: This was a qualitative research with using content analysis method. Sample size included twenty B.S nurses, three MS nurses, ten nurse students and ten hospitalized patients. The setting of the study was schools of Nursing and Midwifery and 2 general hospitals of Arak University of Medical Sciences. Data gathering method was semi - structured interview. Analysis of data was done based on content analysis method.

Results: The study Findings showed that factors related to: 1- Curriculum planning, in Schools of Nursing and Midwifery 2- Patient education courses 3- Insufficient attention to nurses conditions 4- Insufficient attention to educational, cultural and habitual needs of patients and their families 5- Educational management 6- Attitude of participants to patient education, were key issues in the process of patient education that was related to inappropriate implementation of patient education in clinical settings.

Conclusion: Patient education and nurses' role in this regard were significant factors to be considered. The pathogens which were effective on incorrect implementation of patient education, decrease the quality of care nursing. Applying the new curriculum planning can empower nurses on patient education. Providing in service training for clinical nurses and patient education follow up by clinical and educational managers can lead patient health promotion.

Key Words: Pathology- patient Education- Qualitative Research

Accepted for Publication: 5 September 2007

¹ MS in Nursing Education, University of Arak.

² Assistant Professor, Department of Nursing education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Nursing education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University.