

نیازسنجی جهت برنامه درسی کارشناسی ارشد پرستاری خانواده: کاربردی از تکنیک دلفی

نیکو یمانی^۱ *مریم علیزاده^۲ طاهره چنگیز^۳ فریبا طالقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: کشور ما نیازمند پرستاران متخصص در زمینه خانواده بوده و ما نیازمند تعریف وظایف حرفه ای به عنوان پایه ای جهت برنامه ریزی های آتی در خصوص رشته پرستاری خانواده در ایران می باشیم. به این منظور در این مطالعه به نیازسنجی برنامه درسی پرستاران خانواده با استفاده از نظرات متخصصین پرستاری پرداختیم.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه نیازسنجی با استفاده از تکنیک دلفی بود. جامعه پژوهش شامل متخصصین پرستاری می باشد (اعضای بورد پرستاری در بخش پرستاری خانواده در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و معاونین آموزشی و مدیران گروه های پرستاری در کلیه دانشکده های پرستاری- مامایی دانشگاه های علوم پزشکی کشور). نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام شد و ۹۳ نمونه در مرحله اول مطالعه شرکت کردند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش دلفی و از طریق ارسال پرسشنامه ها از طریق پست در دو مرحله انجام گردید. در مرحله اول ۸۰ درصد و در مرحله دوم، ۹۰ درصد از پرسشنامه ها بازگشت. جهت تکمیل و نهایی سازی وظایف، از نظرات فوکوس گروپ استفاده شد. تحلیل داده ها توسط SPSS انجام و میانگین نمرات هر گویه محاسبه شد.

یافته ها: در مرحله اول دلفی ۵۶ آیتم در حیطه مراقبتی، ۳۴ آیتم در حیطه آموزشی- مشاوره ای، ۱۴ آیتم در حیطه پژوهشی و ۱۵ آیتم در حیطه مدیریتی استخراج گردید. در مرحله دوم تمامی گویه ها میانگین امتیاز بالای ۴ در یافت نمودند. در نهایت به منظور تعدیل وظایف در فوکوس گروپ های تشکیل شده تعداد ۱۵ وظیفه در حیطه مراقبتی، ۱۱ وظیفه در حیطه آموزشی- مشاوره ای، ۵ وظیفه در حیطه پژوهشی و ۵ وظیفه در حیطه مدیریتی استخراج و نهایی سازی شد.

نتیجه گیری کلی: یافته ها نشان دهنده اهمیت نقش پرستاران خانواده در حیطه مراقبتی درمانی به ویژه در قبال بیماران مزمن است. از یافته های این پژوهش جهت برنامه ریزی در خصوص سایر عناصر برنامه درسی در رشته پرستاری خانواده می توان استفاده نمود.

کلید واژه ها: وظایف حرفه ای، پرستاری خانواده، فن دلفی

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۱۰

۱ استادیار گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۲ کارشناس ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشجوی دکترای آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 Email: alizade.aban@gmail.com . *نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۳۶۴۲۱۳۲۹۸
 ۳ دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۴ دانشیار گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

از آن جا که منابع انسانی، بزرگترین دارایی‌های یک کشور محسوب می‌شوند سرمایه‌گذاری برای رشد منابع انسانی اقدام موثری در جهت پیشرفت جامعه در ابعاد گوناگون است. در همین راستا آموزش، مکانیسم کلیدی برای توسعه مهارت‌های افراد و پیشرفت منابع انسانی است و اگر مهارت‌های افراد افزایش یابد، آن‌ها در جهت تأمین رفاه و آسایش خانواده، جامعه و کشور بیشتر تلاش خواهند کرد. برنامه ریزی درسی اگرچه طور نظام‌مند انجام شود، سبب بهبود فرایند آموزش و در نتیجه افزایش مهارت‌های نیروی انسانی می‌شود^(۱). نخستین گام در راه تدوین برنامه درسی، تعیین نیازهای آموزشی است، و مؤثرترین روش جهت تعیین محتوی آموزش مناسب، انجام یک تجزیه و تحلیل از نیازهاست. اطلاعات حاصل از نیازسنجی می‌تواند به عنوان اساسی برای توسعه یک برنامه آموزشی برای افزایش مهارت و دانش نیروی متخصص مورد استفاده قرار گیرد^(۲). نیازسنجی، فرایند جمع‌آوری و ایجاد توافق بین نظرات افراد و گروه‌ها در خصوص نیازهای آنان می‌باشد. تعیین نیاز آموزشی نقطه آغازین هر نوع آموزشی است و تدوین برنامه‌های آموزشی منوط به سنجش و شناسایی نیازها می‌باشد^(۳).

آموزش علوم پزشکی، بخش مهمی از نظام آموزش عالی است که با حیات انسان‌ها سر و کار دارد. 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 برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی، پرستاران نقش قابل توجهی دارند^(۴). در حال حاضر در کشور ما آموزش دوره‌های تخصصی پرستاری به صورت آکادمیک در چند دانشکده و به صورت محدود وجود دارد^(۵). مطالعات نشان داده‌اند که ارائه برنامه‌های تخصصی پرستاری این امکان را به دانشجویان می‌دهد که در جمعیت خاصی (بزرگسالان، زنان، کودکان و خانواده‌ها)

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^(۶-۷). 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 می‌باشد که پس از فارغ‌التحصیلی به ارائه خدمات تخصصی می‌پردازند^(۸). یکی از این گرایش‌ها که بر پایه‌ی ارائه خدمات در سطح پیشگیری اولیه بنا شده است پرستاری خانواده می‌باشد. پرستاری خانواده رشته‌ای تخصصی در پرستاری می‌باشد که خدمات مبتنی بر جامعه و خصوصاً مبتنی بر خانواده ارائه می‌دهد و برای اولین بار توسط WHO در سال ۱۹۹۸ پیشنهاد گردید و هدف از ارائه این رشته تخصصی پاسخ به نیازی بود که تغییر سیاست‌ها در تمرکز به سوی مراقبت‌های بهداشتی اولیه و حرکت به سمت پیشگیری از بیماری‌ها ایجاد نمود^(۹). پرستار خانواده فردی است که می‌تواند جهت سازگاری با بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن، و یا در زمان وجود استرس از طریق گذراندن بیشتر وقت خود در خانه بیماران و با خانواده‌های آنان، به افراد و خانواده‌ها کمک نماید. این پرستاران راهکارهایی در مورد شیوه زندگی، عوامل خطر رفتار و روش‌هایی که باعث اطمینان از سلامت افراد می‌شود ارائه می‌دهند^(۱۰). 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^(۱۱). امروزه مراقبت از خانواده‌ها یک قسمت پیشرفته از کار حرفه‌ای پرستاران می‌باشد. لذا تمرکز بیشتر بر خانواده‌محور بودن در ارائه خدمات پرستاری در برنامه ریزی‌های درسی پرستاری لازم به نظر می‌رسد^(۱۲). در حال حاضر تفکر و نگرش اکثر مسئولان و دست‌اندرکاران نظام بهداشتی-درمانی، مبتنی بر اشتغال پرستاران در سطح

مطالعه حاضر یک مطالعه نیازسنجی با استفاده از تکنیک دلفی بود که در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ در ایران انجام شد. محدوده جمع آوری اطلاعات ۱۰ ماه بود. علت استفاده از فن دلفی دور بودن متخصصین و عدم امکان جمع کردن آن‌ها در یک مکان و هم چنین اهمیت دیدگاه‌های این افراد در مورد وظایف حرفه‌ای دانش‌آموختگان بود. متخصصین پرستاری به دلیل داشتن اطلاعات جامع‌تر و کامل‌تر در مورد گروه‌ها و موارد آموزشی در نیازسنجی مشارکت داده شدند. جامعه پژوهش شامل متخصصین پرستاری (اعضای بورد پرستاری در بخش پرستاری خانواده در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و معاونین آموزشی و مدیران گروه‌های پرستاری در کلیه دانشکده‌های پرستاری- مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور) بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا لیست تمامی مدیران گروه‌ها و معاونین آموزشی دانشکده‌های پرستاری مامایی به علاوه تلفن تماس و آدرس پستی آن‌ها استخراج گردید. تعداد کل نمونه‌های دلفی بر طبق رفرنس‌های موجود بین ۳۰ تا ۶۰ نفر می‌باشد^(۱۵). در مطالعه حاضر تعداد کل افراد نمونه ۹۳ نفر بود (سی نفر بیشتر به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها در نظر گرفته شد) که همگی وارد مرحله اول دلفی شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید. ابتدا با استفاده از مرور متون و منابع موجود نقش‌های پرستار خانواده در چهار حیطه استخراج گردید که شامل نقش مراقبتی، آموزشی- مشاوره‌ای، مدیریتی و پژوهشی بود. سپس بر اساس آن پرسشنامه‌ای برای استخراج نظرات متخصصین پرستاری در مرحله اول دلفی طراحی شد که شامل چهار سوال باز بود و از افراد نمونه خواسته شده بود در زیر هر نقش وظایف مربوط به آن را ذکر نمایند. تعیین روایی ظاهری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصین انجام شد. جهت افزایش میزان بازگشت پرسشنامه‌ها با تک تک دانشکده‌ها تماس تلفنی برقرار

دوم پیشگیری یعنی مراقبت‌های بالینی در بستر بیماران می‌باشد در حالی که فلسفه وجودی پرستاری، فعالیت در هر سه سطح پیشگیری است. بنابراین لازم است تاکید آموزش در جهت کسب دانش و مهارت‌های مرتبط با نیازهای بهداشتی جامعه تغییر یابد و این امر بایستی توأم با انجام اصلاحات در نگرش‌های حرفه‌ای باشد^(۱۳).

نیازسنجی آموزشی اولین و اساسی‌ترین گام در برنامه‌ریزی آموزشی سیستم بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است و تعیین نیازها بر اساس الگوها و تکنیک‌های دقیق می‌تواند اثربخشی و کارایی برنامه‌ریزی این سیستم را افزایش دهد. نیازسنجی در حقیقت سنگ‌زیربنای ساختمان آموزش است که هر چه قدر این سنگ مستحکم‌تر باشد بنای روی آن محکم‌تر و آسیب‌ناپذیرتر خواهد شد^(۱۴). یکی از روش‌های کسب دانش گروهی، تکنیک دلفی است^(۱۵). دلفی فرایندی دارای ساختار برای پیش‌بینی و کمک به تصمیم‌گیری در طی راندهای پیمایشی، جمع‌آوری اطلاعات و در نهایت، اجماع گروهی است^(۱۶). در حالی که اکثر پیمایش‌ها سعی در پاسخ به سؤال چه هست؟ دارند دلفی به سوال چه می‌تواند/ چه باید باشد/ پاسخ می‌دهد^(۱۷).

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 رشته‌ها و گرایش‌های جدیدی مانند پرستاری خانواده در این مطالعه به استخراج قسمتی از وظایف حرفه‌ای پرستاران خانواده با استفاده از نظرات متخصصین پرستاری در دانشکده‌های مختلف پرستاری ایران و اعضای بورد پرستاری خانواده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداختیم.

روش بررسی

ذکر شده که زیر گروه نقش مراقبتی بودند به چند دسته تقسیم شدند در مقابل هر وظیفه دو ستون قرار گرفت که از افراد خواسته شده بود میزان اهمیت و قابلیت اجرای هر وظیفه را در ایران مشخص نمایند. منظور از اهمیت میزان تاثیر هر وظیفه بر ارتقای بهداشت فردی، بهداشت خانواده و بهداشت جامعه و تاثیر بر پیش آگهی و عوارض بیماری ها (خصوصا بیماری های مزمن)، تاکید بر مفاهیم جدید و مهم در پرستاری، و میزان اهمیت جهت دوره تحصیلات تکمیلی بود. قابلیت اجرا نیز به صورت توانایی انجام هر وظیفه توسط پرستاران خانواده با توجه به امکانات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی موجود در کشور، همچنین وضعیت بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی خانواده ها در کشور ما تا ۱۰ سال آینده مشخص شد. از شرکت کنندگان خواسته شد به هر یک از گویه ها در یک مقیاس سه تایی به میزان اهمیت زیاد امتیاز سه، اهمیت متوسط امتیاز دو و اهمیت کم امتیاز یک و همین طور به قابلیت اجرای بالا امتیاز سه، قابلیت اجرای متوسط امتیاز دو و قابلیت اجرای پائین امتیاز یک تخصیص دهند. تعیین روایی ظاهری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصین انجام گرفت. بسته ارسالی برای مرحله دوم نیز شامل همان موارد بسته اول بود. سپس تماس تلفنی به منظور یادآوری این که این پرسشنامه ها ادامه پرسشنامه های قبلی می باشند برقرار گردید. مهلت بازگرداندن پرسشنامه های مرحله دوم ده روز در نظر گرفته شد. بعد از اتمام فرصت در نظر گرفته شده مواردی که هنوز باز نگهشته بود مشخص و تماس تلفنی مجددا انجام شد. این پیگیری ها تا پنج بار و تا بازگشت حدود ۹۰ درصد از پرسشنامه ها انجام گردید. سپس پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، و میانگین نمره هایی که به هر گویه داده شده بود محاسبه گردید. وظایف دارای اهمیت و قابلیت اجرای بالای نمره ی ۴ (مجموع) به عنوان وظایف دانش آموختگان در نظر گرفته شد. در این

گردید و به تعیین یک فرد مسئول برای توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها پرداخته شد. بعد از گرفتن رضایت آگاهانه، نام و آدرس هر یک از افراد مسئول یادداشت گردید. سپس پرسشنامه های مرحله ی اول دلفی به همراه نامه ای جداگانه برای مسئولین توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها و همچنین یک پاکت ضمیمه با آدرس درج شده در پشت آن برای بازگرداندن پرسشنامه ها و مبلغی برای پست بازگشت بسته بندی گردید و با استفاده از پست پیشتاز به آدرس افراد ارسال شد. برای افزایش میزان پاسخ دهی برای افرادی که شرکت مداوم در انجام پژوهش و دلفی داشتند وعده ارسال نسخه ای از نتایج داده شد. پر کردن پرسشنامه ها کاملا آزادانه تعریف گردید. برای اطمینان از رسیدن پرسشنامه ها دو الی سه روز بعد با همه افراد در دانشکده ها تماس تلفنی برقرار گردید و موارد مورد نیاز پیگیری شد. بعد از اتمام فرصت در نظر گرفته شده، مواردی که هنوز باز نگهشته بود مشخص گردید و تماس تلفنی مجددا انجام شد. و این پیگیری ها تا پنج بار و تا بازگشت حدود ۸۰ درصد از پرسشنامه ها انجام گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه های مرحله اول دلفی، تک تک وظایف ذکر شده در هر پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و تمام وظایف ذکر شده استخراج گردید. در کنار هر وظیفه استخراج شده در صورت تکراری بودن یک علامت قرار داده می شد و اگر وظیفه ای جدید بود به لیست اضافه می گردید. بعد از بررسی تمام پرسشنامه ها فهرستی از وظایف ذکر شده، به ترتیب میزان تکرار، (زیاد به کم) تهیه گردید. و سپس با استفاده از نظرات اساتید و هم چنین منابع موجود پرستاری مورد دسته بندی قرار گرفت. یعنی وظایفی که در حیطه های مشابه بود در کنار هم قرار داده شد و به هر دسته یک نام داده شد. پرسشنامه دوم به منظور اولویت بندی و تعیین میزان اهمیت و قابلیت اجرای هر وظیفه در ایران برای ارسال به متخصصان پرستاری که در مرحله اول دلفی مشارکت داشتند طراحی گردید. تمامی وظایف

بررسی مجدد وظایف پرداخته و فهرستی از وظایف باقیمانده که بیشترین اولویت را داشتند تدوین شد.

یافته‌ها

وظایفی که در مرحله اول دلفی استخراج گردید و در مرحله دوم دسته بندی شد در جدول شماره یک آورده شده است. تعداد کل وظایف استخراج شده در این مرحله ۱۱۹ وظیفه بود که در ۴ نقش مراقبتی، آموزشی- مشاوره ای، پژوهشی و مدیریتی استخراج شد. ۵۶ آیتم در حیطه مراقبتی، ۳۴ آیتم در حیطه مشاوره ای، ۱۴ آیتم در حیطه پژوهشی و ۱۵ آیتم در حیطه مدیریتی قرار گرفت. بخشی از وظایف استخراج شده در دلفی به همراه میانگین و انحراف معیار در جدول شماره یک آورده شده است.

در جدول شماره دو تغییرات نهایی ایجاد شده در لیست وظایف در فوکوس گروپ های تشکیل شده مشاهده می شود. از ۱۱۹ وظیفه ۳۶ وظیفه به عنوان مهم ترین وظایف در نظر گرفته شد. در مورد حیطه های در نظر گرفته شده حیطه اول به علت ماهیت وظایف موجود در آن از مراقبتی به مراقبتی- درمانی تغییر عنوان داد و حیطه های کوچکتر در نظر گرفته شده قبلی که در بالا ذکر شدند در هم ادغام گردیدند.

جدول شماره ۱: بخشی از وظایف استخراج شده در دلفی و اولویت بندی آن

وظایف حرفه ای دانش آموختگان در نقش مراقبتی

الف) مراقبت های مربوط به خانواده دارای بیمار مزمن

ردیف	گویه	نوع	اولویت
۱	ارائه مراقبت های بهداشتی جامع نگر (holistic) به کلیه ی بیماران مبتلا به بیماری مزمن و خانواده آنها بر اساس میزان شیوع بیماری در منطقه تحت پوشش (دیابت، بیماری های قلبی عروقی، سرطان، CVA، ام اس، هایپرتانسیون، معلولین جسمی و ذهنی، آرتروز، آرتروز و...).	۳	۵/۰۱
۲	بررسی، تشخیص و شناسایی افراد در معرض خطر بیماری های مزمن مانند دیابت و پرفشاری خون و... (ب) مراقبت های مربوط به خانواده دچار بحران و مشکلات روحی- روانی.	۳	۵/۲۹
۱	بررسی سطح سلامت روان خانواده و پیگیری و ارجاع بیماران به مراکز درمانی. (ج) مراقبت از گروه های آسیب پذیر	۳	۴/۷۹
۱	ارائه مراقبت های جامع نگر به زنان باردار، زنان در سنین باروری، دوران یائسگی (ارزیابی، معاینات و ارائه خدمات مراقبتی) بر اساس فرایند پرستاری در خانواده.	۳	۵/۳
۲	ارائه مراقبت های جامع نگر به سالمندان بر اساس نیاز های بهداشتی تعیین شده (ارائه راه حل های کاربردی برای کاهش مشکلات جسمی دوران سالمندی مانند درد بدن، کم شدن حافظه، کاهش فعالیت های جسمی، مشکل در مصرف غذا، کم خوابی، کم شنوایی، کم بینی، مشکلات روحی، تنهایی و افسردگی و...)	۳	۵/۱

ادامه جدول شماره ۱: بخشی از وظایف استخراج شده در دلفی و اولویت بندی آن

انحراف معیار	میانگین	وظایف حرفه ای دانش آموختگان در نقش مراقبتی
		(د) انجام پروسیجرهای پرستاری
۰/۹۷	۴/۵	۱ تجویز دارو هایی با پروتکل مشخص و دستور العمل های تعریف شده در بیماری های حاد و مزمن. ۵) مراقبت های پیگیری
۰/۹۶	۴/۶	۱ پیگیری برنامه های مراقبتی توصیه شده، اجرا و نظارت بر اجرای اثر بخش آن. (و) مراقبت های بهداشتی و پیشگیرانه.
۱/۰۱	۴/۵	۱ انجام غربالگری، در سنین مختلف در خانواده از نظر وجود بیماری های مزمن.
۰/۸۵	۵/۳	۲ ارجاع بیماران شناسایی شده به سیستم های بهداشتی در صورت نیاز.
		وظایف حرفه ای دانش آموختگان در نقش آموزشی مشاوره ای
		(الف) خانواده دارای بیمار مزمن
۰/۷۴	۵/۴	۱ آموزش و مشاوره به خانواده ها و بیماران مزمن در خصوص مدیریت بیماری های مزمن مانند دیابت، قلبی عروقی، ام اس و... به منظور اصلاح سبک زندگی، تغذیه و استفاده از دارو ها و آگاهی از بیماری، فعالیت فیزیکی ...
۱/۰۵	۵	۲ آموزش برای جلوگیری از ایجاد عوارض در بیماران مزمن مانند زخم پای دیابتی، شکستگی و... (ب) سلامت روحی - روانی خانواده و خانواده دارای مشکلات روانی و بحران.
۰/۹۶	۵	۱ آموزش جهت روش های پیشگیری از کودک آزاری، سالمند آزاری و همسر آزاری در خانواده ها.
۰/۹۷	۵	۲ بررسی و تحلیل اولیه وضعیت سلامت روان افراد در خانواده و در صورت نیاز ارجاع به روانشناس (د) ازدواج، تنظیم خانواده و مسائل زناشویی
۰/۹۰	۵/۳	۱ آموزش بهداشت جنسی و ازدواج. ۵) بهداشت و پیشگیری
۱/۰۷	۵/۲	۱ ارائه آموزش و مشاوره در مورد رفتار های مناسب بهداشتی (تغذیه ای، رفتاری و...) و اصلاح سبک زندگی و پیشگیری از بیماری ها.
۰/۸۲	۵/۴	۲ پیشگیری از ایجاد بیماری های غیر واگیر مانند فشارخون، دیابت و... از طریق آموزش.
		وظایف حرفه ای دانش آموختگان در نقش پژوهشی
۰/۹۹	۵/۲	۱ طراحی و انجام پژوهش های کاربردی در مورد بررسی نیاز های آموزشی خانواده ها در مورد بیماران مزمن، کودکان و سالمندان.
۱/۰۴	۴/۸	۲ پژوهش و طراحی ابزار های ارزیابی سلامت خانواده منطبق با شرایط جامعه ی ایرانی. وظایف حرفه ای دانش آموختگان در نقش مدیریتی
۱/۱	۵	۱ مدیریت تیم سلامت و هماهنگ کننده ی فعالیت های تیم
۱/۰۸	۵	۲ همکاری با افراد تیم بهداشتی در ارائه برنامه مراقبت از خانواده ها.

جدول شماره ۲: وظایف نهایی استخراج شده در مرحله فوکوس گروپ

<p>حیطه ی مراقبتی - درمانی</p> <p>تشکیل پرونده بهداشتی برای خانواده های تحت پوشش خود به منظور پیگیری مسائل بهداشتی و سلامتی خانواده از طریق اطلاعات ثبت شده.</p> <p>بررسی وضعیت سلامت اعضای خانواده</p> <p>ارائه مراقبت های پرستاری به بیماران مبتلا به بیماری مزمن (با درجه ناتوانی کامل و نسبی) شایع (دیابت، سرطان، بیماری های قلبی و بیماری های مزمن انسدادی ریه)</p> <p>بازدید از منزل بیماران مبتلا به بیماری مزمن و ناتوان نسبی یا کامل</p> <p>کمک به خانواده ها و افراد برای سازگاری با بیماری ها و ناتوانی های مزمن (دیابت، سرطان، بیماری های قلبی و بیماری های مزمن انسدادی ریه)</p> <p>بررسی عملکرد خانواده در مراقبت از بیمار مزمن.</p> <p>بررسی سطح سلامت روان خانواده و ارجاع بیماران به مراکز درمانی.</p>

شناسایی خانواده های دارای بحران، ارجاع به مراکز حمایتی مناسب و پیگیری آنها. ارائه مراقبت های بهداشت فردی به زنان (ارزیابی، معاینات و ارائه خدمات مراقبتی) بررسی مشکلات بعد از زایمان و کمک به مادر جوان در خصوص مراقبت از نوزاد تازه متولد شده. تعیین نیاز های بهداشتی سالمندان و ارائه مراقبت های بهداشتی به سالمندان بر اساس نیاز های بهداشتی تعیین شده (ارائه راه حل های کاربردی برای کاهش مشکلات جسمی دوران سالمندی مانند درد بدن، کم شدن حافظه، کاهش فعالیت های جسمی، مشکل در مصرف غذا، کم خوابی، کم شنوایی، کم بینی، مشکلات روحی، تنهایی و افسردگی و...) ارائه مراقبت روحی - روانی به خانواده دارای بیماران صعب العلاج، لاعلاج و بیمار در حال احتضار. تجویز دارو هایی با پروتکل مشخص و دستور العمل های تعریف شده در بیماری های حاد و مزمن. انجام غربالگری بیماری های مزمن در سنین مختلف در خانواده.

آموزشی - مشاوره ای

ارائه آموزش خود مراقبتی به بیمار مبتلا به بیماری های مزمن شایع (دیابت، سرطان، بیماری های قلبی - عروقی، استروک و بیماری های مزمن انسدادی ریه) در سه سطح پیشگیری آموزش نحوه مراقبت از افراد دارای معلولیت جسمی و ذهنی به خانواده. استفاده از TELE CARE جهت ارائه آموزش به خانواده ها و ایجاد آمادگی در خانواده ها برای آن. ارائه آموزش خود مراقبتی به سالمندان. آموزش و مشاوره به خانواده ها جهت تطبیق و سازش با بحران ها و استرس های خانواده. آموزش بهداشت فردی به اعضای خانواده. آموزش و مشاوره به خانواده ها در مورد سازمان های حمایتی و چگونگی دستیابی به آن ها. آموزش کمک های اولیه به اعضای خانواده. ارائه آموزش و مشاوره جهت ارتقای مهارت های زندگی. آموزش به خانواده ها هنگام بروز بیماری های نو ظهور و نو پدید پر خطر. آموزش روش برخورد با مشکلات سلامتی اطفال (تشنج ایجاد شده در منزل، تب و ...)

پژوهشی

طراحی و انجام پژوهش های کاربردی در مورد بررسی نیاز های آموزشی خانواده ها در مورد بیماران مزمن، کودکان و سالمندان. انجام پروژه های تحقیقاتی با مشارکت خانواده ها برای ایجاد تغییرات عملی (پژوهش در عمل و بررسی نتایج آن) منطبق با شرایط جامعه ی ایرانی. پژوهش در زمینه ی مراقبت های مبتنی بر شواهد در خانواده ها. استفاده از نتایج پژوهش های انجام شده در مراقبت، هدایت و کنترل مددجویان در جهت نیل به اهداف. آمارگیری و محاسبه شاخص های بهداشتی (میزان بروز و شیوع بیماری در جمعیت تحت پوشش خود).

مدیریتی

همکاری با افراد تیم بهداشتی در ارائه برنامه مراقبت از خانواده ها. فراهم نمودن زمینه ی همکاری موثر و متقابل بین خانواده ها و مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبتی آموزشی و بهداشتی. کمک به مدیران رده های بالا در امر برنامه ریزی کشوری، منطقه ای در حیطه ی موضوعات تخصصی. فراهم نمودن زمینه ی همکاری موثر و متقابل با سازمان بهزیستی، زندان ها، واحد های مددکاری، مراکز باز پروری و ترک اعتیاد، کمیته ی امداد، مراکز اورژانس و فوریت های کشور. تشکیل گروه های همسان از خانواده ها (خانواده های دارای مشکلات مشابه) و کمک به آن ها جهت دستیابی به راهکارهای حل مشکل توسط خودشان

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به دلیل نیاز کشور ما به داشتن پرستارانی متخصص در زمینه خانواده و به منظور نیاز به تعریف وظایف حرفه ای به عنوان پایه ای جهت برنامه ریزی های آتی در خصوص رشته ها و گرایش های جدیدی مانند پرستاری خانواده در صدد نیاز سنجی برنامه درسی پرستاری خانواده با استفاده از روش دلفی است.

وظایف ذکر شده در مرحله اول دلفی در نقش مراقبتی شامل مراقبت های مربوط به خانواده دارای بیمار مزمن، خانواده دچار بحران، گروه های آسیب پذیر (زنان، کودکان، سالمندان) در نقش آموزشی - مشاوره ای شامل ارائه آموزش به خانواده دارای بیمار مزمن، سلامت روحی - روانی خانواده و خانواده دارای مشکلات روانی و بحران، ارتباطات و نقش ها، ازدواج، تنظیم خانواده و مسائل زناشویی، بهداشت و پیشگیری می باشد. در نقش پژوهشی و مدیریتی با توجه به ماهیت نقش وظایف خیلی ریز نشده و شامل مدیریت و پژوهش در حیطه کار پرستار خانواده است. این وظایف در مرحله دوم دلفی اولویت بندی گردید که تمامی گویه ها به استثنای یک مورد میانگین بالای ۴ در یافت نمودند.

ذکر مراقبت از بیماران مزمن جزء وظایف پرستاران خانواده توسط متخصصین پرستاری به دلیل اهمیت زیاد آن و نیاز رو به رشد کشور ما به ارائه برنامه های بلند مدت در کنترل بیماری های مزمن می باشد. این نتایج با وظایف تدوین شده در برنامه درسی سازمان بهداشت جهانی که شامل مدیریت و پیشگیری بیماری های مزمن، مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن و افراد مبتلا به سرطان می باشد و برنامه درسی اسکاتلند که به صورت ارائه ی ادامه ی مراقبت و بازتوانی بیماران مزمن مشابهت دارد^(۱۸،۱۰). دلیل این تشابه آگاهی اساتید پرستاری از روند رو به رشد بیماری های مزمن در کشور می باشد از آن جا که یکی از دلایل مهمی که سازمان بهداشت جهانی به طراحی برنامه درسی پرستاری خانواده پرداخت رشد

ناتوانی های ناشی از بیماری مزمن و توانایی پرستار خانواده در کمک به افراد مبتلا در این زمینه بود. این در حالی است که در برنامه درسی تاجیکستان اشاره مستقیمی به مراقبت از بیماران مزمن نشده است^(۲۰).

در میان وظایف ذکر شده مراقبت از مادر باردار و تازه زایمان کرده توسط اساتید ذکر شده است که این آیتم در برنامه سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان مراقبت از خانواده دارای یک نوزاد تازه متولد شده و مراقبت از خانواده ای که در حال آماده شدن برای تولد اولین فرزند شان هستند می باشد^(۱۸). در برنامه درسی اسکاتلند، آمریکا، اروپا و تاجیکستان وظایف به صورت عنوان های کلی ارائه مراقبت به خانواده ها بر اساس ارزیابی های انجام شده از هر یک از خانواده ها اشاره شده است^(۲۱،۱۰-۱۹) و موردی از اشاره به خانم باردار یا تازه زایمان کرده دیده نمی شود. که دلیل آن می تواند به علت پیر شدن جمعیت آن کشورها و کاهش میزان مولید باشد.

مراقبت از سالمندان نیز جزء موارد اشاره شده است و به صورت ارائه مراقبت های جامع نگر به سالمندان بر اساس نیاز های بهداشتی تعیین شده (ارائه راه حل های کاربردی برای کاهش مشکلات جسمی دوران سالمندی مانند درد بدن، کم شدن حافظه، کاهش فعالیت های جسمی، مشکل در مصرف غذا، کم خوابی، کم شنوایی، کم بینی، مشکلات روحی، تنهایی و افسردگی و...) ذکر شده است. آیتم های 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 پائینی هستند و مراقبت از یک فرد بیوه سالمند که بیماری های متعددی دارد ذکر شده است^(۸). اما در برنامه های درسی سایر کشورها مانند آمریکا، اسکاتلند، تاجیکستان و سایر کشورهای اروپایی هیچ آیتمی به طور مستقیم به مراقبت از سالمندان اشاره ای نکرده است. شاید دلیل آن وجود گرایش هایی مانند پرستاری و پزشکی سالمندی در کنار هم در آن کشور ها باشد.

در مورد وظایف مربوط به حیطه پژوهشی از آن جا که پرستاران خانواده پرستاران متخصص خواهند بود باید بتوانند به تولید علم در رشته تخصصی خود بپردازند، در نتیجه بایستی با روش های تحقیق نیز آشنایی داشته باشند. دلیل گنجانیدن وظایف مربوط به نقش پژوهشی برطرف ساختن این نیاز پرستاران می باشد. پرستاری در هر تخصصی نیاز به مهارت های مدیریتی پیشرفته دارد نیاز به تصمیم گیری برای ارائه برنامه مراقبتی و برنامه ریزی، مدیریت سازمانی و ... به همین دلیل وظایفی نیز در این حیطه برای پرستاران خانواده در نظر گرفته شده است در این دو نقش نیز در سایر برنامه های بررسی شده مورد مشابهی یافت نشد^(۱۸،۲۱).

به کارگیری نتایج حاصل از نیازسنجی هایی که به صورت بومی و با توجه به نیازهای اصلی و اساسی فعلی کشورمان انجام می شود در برنامه ریزی های آتی برای تربیت نیروهای متخصص منجر به تربیت پرستارانی خواهد شد که بی شک در دراز مدت منافع بهداشتی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی زیادی به دنبال خواهد داشت.

از یافته های این پژوهش جهت برنامه ریزی در خصوص سایر عناصر برنامه درسی در رشته پرستاری خانواده می توان استفاده نمود.

از محدودیت های موجود در اجرای این پژوهش وقت گیر بودن دلفی و ریزش در نمونه های دلفی بود. پیشنهاد می شود در سایر پژوهش ها به تدوین برنامه درسی رشته پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی اصفهان، اعضای محترم بورد پرستاری وزارت بهداشت در بخش پرستاری خانواده، معاونین محترم آموزشی دانشکده ها و مدیران گرو ها و مسئولین دفاتر آن ها در کلیه ی دانشکده های

مورد دیگری که اساتید پرستاری به آن اشاره نموده اند آموزش بهداشت جنسی و ازدواج می باشد. مواردیکه شاید به دلایل فرهنگی در کشور ما کمتر به آن پرداخته می شود که در این مورد در حیطه ی وظایف پرستار خانواده در سایر کشورها مورد مشابهی یافت نشد^(۱۸،۲۱). و دلیل دیگر این که در کشورهای اروپایی و آمریکا آموزش های جنسی از مدارس ابتدایی شروع می شود و شاید نیاز به آن در زمان ازدواج چندان مورد توجه قرار نمی گیرد.

اختصاص دادن حیطه ای جداگانه به امر آموزش و مشاوره در حیطه نقش های پرستاران به دلیل اهمیت زیاد آموزش به بیمار و نقش بسیار موثر آن در پیشگیری از ابتلا به بیماری ها و همچنین پیشگیری های سطح دوم و سوم می باشد. آموزش و مشاوره ای که توسط پرستار خانواده به افراد داده خواهد شد نیز در گروه های مختلف در نظر گرفته شده است که گروه ها همان گروه های هدف هستند که ارائه برنامه های مراقبتی- درمانی در آن ها انجام خواهد شد، ارائه آموزش به بیماران مزمن، زنان، اطفال، سالمندان باعث ارتقای سطح سلامت و در نتیجه افزایش میزان دستیابی به اهداف بهداشتی و پیشگیرانه خواهد شد. ماهیت آموزش ها خصوصا در بیماران مزمن و سالمندان به صورت خود مراقبتی در نظر گرفته شده است که با هدف برنامه مطابقت داشته و افراد را به سمت استقلال در مراقبت از خود پیش خواهد برد. 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 تاکید شده است تا آموزش^(۱۸،۲۱).

البته نباید از نظر دور داشت که مراقبت از افراد خانواده و آموزش به آن ها در مورد مشکلات بهداشتی شان دو جزء تفکیک ناشدنی در آموزش علوم پزشکی امروزه هستند و نمی توان کم رنگ بودن آن در لیست وظایف را به منزله نادیده گرفتن آن در نقش های پرستاران خانواده در سایر کشورها تلقی نمود.

پرستاری- مامایی شرکت کننده در پژوهش و کلیه
عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند کمال
تشکر و قدر دانی را داریم.

فهرست منابع

1. 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]. *Iran J Med Edu*.2009; 8(2): 205-210. Persian
2. Murray I. Family health nurse project--an education program of the World Health Organization: the University of Stirling experience. *J Fam Nurs*. 2008 Nov;14(4):469-85.
3. Mtshali NG. Implementing community-based education in basic nursing education programs in South Africa. *Curationis*. 2009 Mar;32(1):25-32.
4. Thomas E, Davies B. Nurse teachers' knowledge in curriculum planning and implementation. *Nurse Educ Today*. 2006 Oct;26(7):572-7.
5. Mirzabeygi G, 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]. *Iran J Med Edu* 2009 Aut; 9(3): 263-270.persian
6. 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 Oct;45(10):1422-32.
7. 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](http://www.orthopaedic-nursing.com/article/S1361-3111(98)80049-6/abstract).
8. Hooper VD. What are the roles of nursing? *J Perianesth Nurs*. 2006 Aug;21(4):298-300.
9. Macduff C, West BJ. An evaluation of an educational programme to prepare family health nurses. *Nurse Educ Today*. 2004 Oct;24(7):575-83.
10. Macduff C. A follow-up study of professionals' perspectives on the development of family health nursing in Scotland: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2006 Mar;43(3):345-56.
11. Abedi HA, Rezazadeh M, Dabirzadeh Sh. [The Clinical Teaching Role of Nursing Teachers]. *Iran J Med Edu* 2002; 2 (2):43-47. Persian
12. Saveman BI, Mahlen CD, Benzein EG. Nursing students' beliefs about families in nursing care. *Nurse Educ Today*. 2005 Aug;25(6):480-6.
13. Delpishe A, Mozafari M. [Community oriented nursing education]. Ilam: Gooyesh. 2003. Persian
14. Aminoroaya M, Yarmohammadian MH, Yousefy A. [Educational Needs of Education Experts in Isfahan University of Medical Sciences]. *Iranian J Med Edu*. 2002;6:5-12. Persian
15. Delphi method and its application in decision making. Available from: <http://www.dociran.com/tabid/233/View/870/id/6079/Default.aspx>. Accessed: 12 August 2011.
16. Kennedy HP. Enhancing Delphi research: methods and results. *J Adv Nurs*. 2004 Mar;45(5):504-11.
17. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003 Feb;41(4):376-82.
18. The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework And Curriculum. World Health Organization. 2000; EUR/00/5019309/13.18. Available from:http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-enl-t06.pdf. Accessed 2011 Feb 11.
19. Parfitt B. Family health nursing: role development in Europe. *Appl Nurs Res*. 2007 May;20(2):100-2; discussion 2-3.

20. Parfitt BA, Cornish F. Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Soc Sci Med.* 2007 Oct;65(8):1720-9.
21. Family nurse practitioner curriculum. available from:http://www.samuelmerritt.edu/nursing/fnp_nursing/curriculum. Accessed 2011 Mar 10

Need Assessment for Master of Science in Family Nursing Curriculum: Using Delphi Technique

Yamani N. PhD¹ *Alizadeh M. MSc² Changiz T. PhD³ Taleghani F. PhD⁴

Abstract

Background & Aims: Our country needs nurses who are expert in family nursing. Accordingly, we need to determine their professional tasks as a basis for future planning regarding establishment of family nursing discipline in Iran. This study was a need assessment for family nursing curriculum using the viewpoints of nursing experts.

Material & Methods: It was a need assessment study using Delphi technique. Study population included nursing experts such as members of nursing board in Ministry of Health and Medical Education, vice dean for education and head of the departments in nursing schools in Iran who were selected through cluster multistage sampling and 93 experts participated in the first stage of the study. Data was gathered through Delphi technique and using questionnaire in two stages. The questionnaires were sent by post. Focus groups viewpoints were used to complete and finalize the tasks. Data was analyzed using SPSS- PC by calculating mean and standard deviation for each statement.

Results: In the first stage of Delphi 56 items in care domain, 34 items in consultation domain, 14 items in research domain and 15 items in management domain were determined. In the second phase of Delphi all tasks received a mean score more than 4. At last, 15, 11, 5, and 5 tasks were determined and finalized in care, consultation, and research and management domains, respectively.

Conclusion: Findings of the study revealed the importance of family nursing role in care domain especially regarding the care of patients suffering from chronic diseases. The results of this study could be used in curriculum development of family nursing discipline.

Keywords: Professional Tasks, Family Nursing, Delphi Technique

Received: 12 Dec 2011

Accepted: 29 Feb 2012

¹ Assistant Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² MSc, PhD student of Medical Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding Author) Tell: 09364213298 E-mail: alizade.aban@gmail.com

³ Associate Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Associate Professor, Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.