

فواہانی

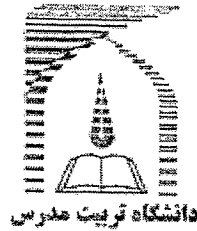
۱۴۳۷ھ

۱۲ ایرانی



۱۰۴۲

۸۷/۱/۱۰۰۱۳۳  
۸۷/۹/۵۵



دانشکده علوم پزشکی

رساله دوره دکتری رشته آموزش پرستاری

طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری آموزش به بیمار در بیماران مبتلا به  
اختلالات عروق کرونر

نگارش:

منصوره اشقلی فراهانی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر عیسی محمدی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر فضل الله احمدی

جناب آقای دکتر ابراهیم حاجی زاده

استاد مشاوران  
دکتر عیسی محمدی  
دکتر ابراهیم حاجی زاده

۱۳۸۷ / ۹ / ۱۲

مهرماه ۱۳۸۷

۱۵۳۴۸۶



بسمه تعالی

تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

خانم / آقای منصوره اشقلی فراهانی رساله دکتری واحدی خود را با عنوان: " طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری آموزش به بیمار در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر " در تاریخ ۸۷/۷/۲۴ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده است و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر عیسی محمدی	۱- استاد راهنما
	دکتر فضل الله احمدی	۲- استاد مشاور
	دکتر ابراهیم حاجی زاده	۳- استاد مشاور
	دکتر نعیمه سید فاطمی	۴- استاد ناظر
	دکتر فاطمه اسکویی	۵- استاد ناظر
	دکتر فاطمه الحانی	۶- استاد ناظر
	دکتر منیره انوشه	۷- استاد ناظر
	دکتر زهره ونکی	۸- نماینده تحصیلات تکمیلی

آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلا به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را چاپ کند:  
"کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته .....  
است که در سال ..... در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی  
..... مشاوره ..... از آن دفاع شده است."

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداختهای بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

۱۳۸۷ / ۹ / ۱۲

ماده ۶: اینجانب سهره استی زاهدی دانشجوی رشته پزشکی مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی سهره زاهدی

تاریخ و امضا

۸۷/۷/۲۷

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی  
دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

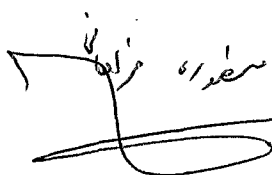
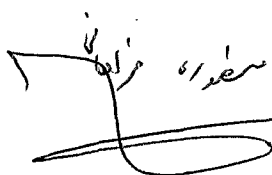
**ماده ۱-** حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها/ رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هر گونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشند. تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام می شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی حاصل از نتایج مستخرج از پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هر گونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی:   
تاریخ و امضاء:   
۸۷/۷/۲۷

## من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق

به پیش‌گاه خداوند متعال سر تعظیم فرود می‌آورم از سربندگی و قدردانی به شکرانه حیات و توفیق خدمتگزاری بر بندگان دردمندش و بخاطر همه نعمت‌هایش از ازل الی الابد.

بسوی محمد(ص) و آل مطهر او همواره درود و صلوات می‌فرستم که بدون اتکاء به آنان، هیچ نمی‌دانستم و هیچ نمی‌کردم و بالاخره به پیش‌گاه مقدس آقا امام زمان(عج) بهترین و خالص‌ترین درودها و سلام‌ها را دارم که همواره در نشیب و فرازهای زندگی‌م یار و مددکارم بوده و سختی‌ها را برایم هموار نمود.

از هوی‌دای دل خداوند را شکر می‌کنم که بهترین‌ها را برای استادی‌م انتخاب کرد و به حقیر توفیق شاگردیشان عطا فرمود.

در این راستا از استاد محترم راهنما جناب آقای دکتر غیسی محمدی که در تمام طول انجام رساله قدم به قدم و لحظه به لحظه عالمانه و با دقت، صبوری، اخلاص و دلسوزی فراوان مرا در به پایان رسانیدن این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را دارم.

از زحمات فراوان جناب آقای دکتر فضل‌اله احمدی، استاد محترم مشاور که با رعایت کامل اصول اخلاقی و بطور صادقانه علم و معرفت خویش را در طبق اخلاص نهاده و مرا در انجام این پژوهش ارشاد فرمودند، قدردانی و تشکر می‌نمایم.

از جناب آقای دکتر مجید ملکی، استاد محترم مشاور که از نظرات و هدایت‌های ارزشمند ایشان برخوردار بودم، نهایت تشکر را دارم.

از جناب آقای دکتر ابراهیم حاجی‌زاده که مشاوره آماری این رساله به عهده ایشان بود به خاطر راهنمایی‌های مفیدشان مراتب قدردانی و سپاسگزاری را دارم.

از تلاش‌های اساتید محترم ناظر سرکار خانم دکتر انوشه، خانم دکتر الحانی تشکر و قدردانی می‌کنم. بر خود لازم می‌دانم از زحمات بی‌شائبه استاد گرامی سرکار خانم دکتر ونکی که از حمایت‌های علمی، عاطفی و معنوی ایشان بیشتر از آنچه که باید بهره‌مند گردیدم تشکر و سپاسگزاری کنم.

به مادر، پدر و خواهرم معصومه که همواره از حمایت‌ها، تشویق‌ها و دعای خیر آنان برخوردار بودم بهترین سپاس‌ها را می‌فرستم و خداوند را بخاطر وجود پربرکت آنان شکر می‌کنم.

از دوست عزیزم خانم دکتر منصوره زاغری که در کلیه مراحل انجام رساله یار و یاورم بود کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

از دوست و همکلاس عزیزم خانم دکتر کرمانشاهی که همیشه از فضائلشان سود بردم، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

در پایان از همکاری خالصانه و بی‌دریغ اعضای تیم درمانی خصوصاً پرستاران، پزشکان و بیماران کمال تشکر و قدردانی را دارم و برایشان آرزوی سلامتی دارم.

## چکیده

**مقدمه:** بیماریهای قلبی و عروقی یکی از مهمترین دلایل مرگ و میر بیماران در ایران شناخته شده است. برنامه آموزش به بیمار یکی از محوری ترین برنامه‌هایی است که می‌تواند در پیشگیری و درمان این گروه از بیماریها تاثیر بسزایی داشته باشد. آموزش از حقوق اساسی بیماران و وظایف اصلی و شناخته شده پرستاران و از معیارهای اعتبار بخشی سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی است. علیرغم این، مطالعات نشان داده که آموزش به بیمار در جوامع مختلف با کمیت و کیفیت مطلوبی ارائه نشده و استمرار این وضعیت موجب بروز پیامدهای منفی فردی، خانوادگی و اجتماعی گردیده است. با توجه به ماهیت تعاملی و فرهنگی پدیده آموزش به بیمار لازم است این موضوع در بستر و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی خاص مورد بررسی قرار گیرد. در عین حال شایسته است یادآوری گردد که تا کنون تئوری و یا مدل مستقلی برای آموزش بیمار در رشته پرستاری ارائه نگردیده است، بلکه ناچاراً تعدادی از تئوریهای توسعه یافته در سایر علوم نظیر آموزش، روانشناسی و آموزش بهداشت و تئوریهای پرستاری نظیر اورم که مبتنی بر استراتژی نظریه - بالین - نظریه می باشد مورد استفاده قرار گرفته است.

**روش:** این پژوهش با هدف طراحی و ارزشیابی مدل آموزش بیمار در بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر با استفاده از رویکرد تحقیق تلفیقی انجام گرفت. نتیجه این مطالعه در بخش اول با بکارگیری روش تحقیق کیفی (گراندد تئوری) منجر به ارائه یک نظریه اساسی در مورد معنی و فرآیند یا ساختار آموزش بیمار در بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر شد و در مرحله بعد بر اساس این نظریه مدلی خاص (به روش واکر و اوانت) به نام مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار طراحی گردید و سپس این مدل در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران در قالب یک مطالعه نیمه تجربی ارزشیابی گردید.

**یافته‌ها:** یافته‌ها پژوهش حاضر در سه مرحله ارائه گردیده است. در مرحله اول از ۶۵۴ کد اولیه ۲۶ طبقه و ۴ مفهوم اصلی شامل: مدیریت ناکارآمد، فرهنگ سازمانی نامناسب، موانع فرهنگی و آموزش سطحی و غیر موثر استخراج شد، که در این بین فرهنگ سازمانی نامناسب نقش محوری و اصلی را در فرآیند عدم اجرای آموزش بیمار داشت. بر اساس تبیین ارتباط این مفاهیم نظریه فرهنگ سازمانی آموزش بیمار استخراج شد، و سپس در مرحله دوم بر اساس مفاهیم مستخرج از نظریه تحقیق بر اساس روش سه مرحله‌ای واکر و اوانت مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار طراحی گردید و نهایتاً در مرحله سوم مدل حاصل، مورد ارزشیابی قرار گرفت، یافته‌ها در این مرحله بیانگر این واقعیت است که بکارگیری مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار در اکثر پارامترهای مربوط به شاخص-های کنترل بیماری عروق کرونر مثل میانگین دفعات بستری، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، شاخص توده بدنی سطح آگاهی و سطح رضایت مندی، کیفیت زندگی و بالاخره اضطراب دارای تاثیر

بیشتر و معنی داری در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بود، اما در رابطه با تعداد درد قفسه سینه و تعداد قرص زیر زبانی نیتروگلیسرین در سه و شش ماه بعد از مداخله اثر بخش نبود.

**نتیجه گیری:** در این تحقیق، رویکرد کیفی شناخت ما را به وضعیت موجود آموزش بیمار کامل تر نموده است و آزمون مدل مستخرج از این شناخت نمایانگر این مطلب است که رویکرد تلفیقی بکار گرفته در این تحقیق هم در شناخت و هم در کنترل پدیده موثر بوده است.

**کلمات کلیدی:** آموزش بیمار، اختلالات عروق کرونر، فرهنگ سازمانی، تغییر فرهنگ سازمانی.



## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱-۸.....	فصل اول- زمینه پژوهش.....
	فصل دوم- فلسفه هدایت کننده مطالعه
۱۰.....	تاریخچه.....
۱۲.....	پارادایم های اساسی پیرامون موضوع تحقیق.....
۱۵.....	مدل های آموزش بیمار.....
۲۱.....	چالش ها و محدودیت های مدل ها ارائه شده.....
۲۳.....	زمینه میدانی مطالعه: بیماری عروق کرونر.....
۲۴.....	بررسی متون و مقالات بارویکردهای متدولوژیک پیرامون موضوع تحقیق.....
	<b>فصل سوم- اصل کار تحقیق</b>
۳۴.....	۱-۳- روش تحقیق.....
۳۶.....	۲-۳-دلیل انتخاب روش تحقیق و معرفی مختصر آن.....
۳۹.....	۳-۳-روش جمع آوری و تولید داده ها.....
۴۲.....	۴-۳- معرفی نمونه های مشارکت کننده ها و ویژگی آنها.....
۴۴.....	۵-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۴۸.....	۶-۳- دقت علمی و اعتبار داده ها.....
۵۰.....	۷-۳- محدودیت های پژوهش.....

۵۱ ..... ۸-۳ ملاحظات اخلاقی

### فصل چهارم - نتایج

۵۳ ..... ۱-۴-۱ ارائه یافته ها

۱۱۸ ..... ۲-۴-۲ نظریه اصلی پژوهش

### فصل پنجم - طراحی و ارزشیابی مدل آموزش بیمار

#### طراحی مدل

۱۲۱ ..... ۱-۵-۱ مقدمه

۱۲۸ ..... ۲-۵-۲ پیش فرض های الگو

۱۳۰ ..... ۳-۵-۳ مفاهیم و عناصر اساسی مدل

۱۳۲ ..... ۴-۵-۴ اهداف از عملکرد الگو

۱۳۳ ..... ۵-۵-۵ ساختار و مراحل اصلی مدل

۱۳۳ ..... ۱-۵-۵-۱ برقراری ارتباط موثر

۱۳۴ ..... ۵-۵-۲-۲ تصمیم گیری مشارکتی

۱۳۵ ..... ۳-۵-۵-۳ هدف گذاری

۱۳۵ ..... ۴-۵-۵-۴ برنامه ریزی ، اجرا و ثبت

۱۳۶ ..... ۵-۵-۵-۵ نظارت و کنترل

۱۳۶ ..... ۶-۵-۵-۶ افزایش انگیزه

۱۳۹ ..... ۶-۵-۶ ارزشیابی الگوی طراحی شده

۱۳۹ ..... ۱-۶-۵-۶ بیان مسئله

۱۴۱ ..... ۲-۶-۵-۶ اهداف و فرضیه پژوهش

۱۴۲ ..... ۳-۶-۵-۶ روش پژوهش

۱۴۴ ..... ۴-۶-۵-۶ ابزار گردآوری اطلاعات

۱۴۶ ..... ۵-۶-۵-۶ محیط پژوهش

۱۴۶	..... ۵-۶-۶-جامعه و نمونه پژوهش
۱۴۷	..... ۵-۶-۷-روش کار
۱۵۰	..... ۵-۷-تجزیه تحلیل داده ها
۱۵۱	..... ۵-۸-ملاحظات اخلاقی
۱۵۱	..... ۵-۹-محدودیت پژوهش
۱۵۱	..... ۵-۱۰-یافته های پژوهش
۱۶۸	..... ۵-۱۱-بحث و بررسی یافته ها
۱۷۵	..... ۵-۱۲-نتیجه گیری نهایی
۱۷۶	..... ۵-۱۳-موارد استفاده در پرستاری
۱۷۶	..... ۵-۱۴-پیشنهاد برای پژوهش های بعدی
۱۷۷	..... ۱۵-فهرست منابع
۱۹۱	..... ۱۶-پیوست ها
۲۳۵	..... ۱۷-مقاله چاپ شده

# فصل اول

زمینه و اهمیت پژوهش

## مقدمه

بشر از ابتدای خلقت بدلیل حس کنجکاوی و برطرف نمودن نیازهای خود به علم و دانش علاقمند بوده است. سیر پیشرفت سریع علم و تکنولوژی در جهان امروزی که با کشف روشهای تشخیصی و درمانی جدید، افزایش تعداد متخصصین، افزایش تعداد بیماریهای مزمن و افزایش طول عمر روبرو است، نیازهای انسان را گسترش و تغییر داده است. کواتز<sup>۱</sup> ۱۹۹۹ اظهار نموده است، ماهیت بیماری در جامعه در حال تغییر است و بیماران تمایل دارند که در زمینه مشکلات سلامتی و بهداشتی خود آموزشهای لازم را دریافت نمایند [۱]. مسلماً این نوع تغییرات فرآیندهای پیچیده ای نظیر یاددهی و یادگیری را نیز تحت تاثیر قرار خواهد داد، لذا نیاز به آموزش همیشه و همواره در حال تغییر و گسترش است، این موضوع در مورد نیازهای تمام افراد جامعه و حتی بیماران نیز صادق می باشد.

از طرف دیگر یکی از سیاستهای کنونی مراکز درمانی بر این اصل استوار است که هر چه سریعتر بیماران از بیمارستان ترخیص گردند، لذا در حال حاضر طول مدت بستری بیماران کاهش قابل توجهی را نسبت به قبل نشان می دهد در مطالعه ای که به منظور بررسی طول مدت بستری بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد از سال ۱۹۹۹-۱۹۹۰ انجام شده بود، نشان داد که طول مدت بستری از ۸/۳ به ۴/۳ روز کاهش یافته بود [۲]. در حال حاضر برای درمان و کنترل بیماریها از روشهای درمانی، دارویی و تعدیل کننده های شیوه زندگی بصورت نوین و پیچیده استفاده می شود، با عنایت به این مسائل و سیاست کنونی ترخیص سریعتر بیماران از بیمارستان اهمیت نقش اعضای تیم بهداشتی در امر آموزش بیمار نسبت به قبل افزون تر گردیده است [۳]. آموزش بیمار یکی از اساسی ترین و حیاتی ترین برنامه های مراقبتی در سیستم های درمانی بوده و به عنوان مرکز ثقل وظائف همه حرفه های بهداشتی شناخته شده است [۲، ۴]. نظر به اینکه پرستاران بیش از هر عضو تیم بهداشتی در تماس با بیماران هستند، لذا اهمیت ارائه این نقش از طرف پرستاران بیشتر می باشد. نتایج تحقیقات نشان می دهند که بیماران بیشترین اطلاعات را از طریق پرستاران دریافت می نمایند [۵].

پرستاران در مقایسه با هر عضوی از اعضاء گروه درمانی بیشترین زمان را با بیمار سپری می نمایند، آنان فرصت بیشتری برای بررسی نیازهای آموزشی بیمار و آماده ساختن آنها برای یادگیری دارند [۳]. کواتز (۱۹۹۹) در این مورد می نویسد؛ از آنجایی که ارائه مراقبت مداوم ۲۴ ساعته در بیمارستان ها بر عهده پرستاران است، لذا آنها فرصت بیشتری برای اجرای آموزش بیمار دارند [۱]. از طرفی ویسر و همکارانش<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) می نویسند، آموزش بیمار قسمتی از درمان بیمار است، بنابراین آن باید به عنوان قسمت مهمی از فعالیتهای مراقبتی در نظر گرفته شود نه به عنوان فعالیتی فرعی و جانبی [۶].

1. Coates

2. Visser et al

افراد حق دارند در فرآیند بهبودی و حفظ سلامتی خویش شرکت داشته باشند. تامین بهبودی از طریق افزایش آگاهی امکانپذیر است که این هدف جز بوسیله آموزش قابل دستیابی نمی باشد [۶].

در راستای تامین این حقوق در جوامع پیشرفته آموزش به بیمار را منحصر به یک وظیفه شغلی و فردی پرستار نمی داند، طوریکه بر این اساس در آمریکا و کانادا موسساتی شکل گرفته اند که برای تامین آموزش بیماران بستری در مراکز بهداشتی درمانی مقررات و اصولی را تدوین نموده اند که به مددجو و خانواده اش در بدست آوردن اطلاعات ضروری جهت حفظ سلامت مطلوب کمک می کنند [۸].

از سال ۱۹۹۰ یکی از ویژگیهای استاندارد ارزیابی صلاحیت حرفه ای پرستاران، آموزش بیمار شناخته شده است و همچنین یکی از موضوعاتی که در دادگاه ها در رابطه با کار پرستاران مورد بررسی قرار می گیرد، میزان کیفیت آموزش ارائه شده به بیمار است. اگر پرستار نیاز آموزشی بیمار را بر آورده نکرده باشد در آنصورت در دادگاه بطور قانونی مواخذه خواهد شد. بدین ترتیب در قلمرو ملی و بین المللی و براساس قواعد قانونی و حرفه ای پرستاران در امر آموزش بیمار مسئول و متعهد می باشند [۳].

اگر بیماران پس از ترخیص به دلیل عدم دریافت آموزش و یا آموزش ناکافی، دوباره بستری شوند، پرستاران مسئول خسارت وارده خواهد بود [۹ و ۱۰]. در ضمن یکی از موضوعاتی که در اعتبار بخشی سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی نقش دارد، نحوه ارائه برنامه آموزش بیمار است [۱۱ و ۳].

فرآیند آموزش بیمار فرآیندی منحصر به فرد است که نه تنها دانش فرد را بالا می برد بلکه موجب سازگاری و تغییر رفتار وی نیز می شود. تحقیقات زیادی نشان می دهند که آموزش بیمار می تواند در ارتقاء کیفیت مراقبت و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، رضایت پرستاران و مددجویان و افزایش تبعیت بیماران و خانواده آنها از برنامه درمانی، اطمینان از تداوم برنامه مراقبتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیت روزمره، کاهش اضطراب، کاهش میزان مرگ و میر، عوارض و ناتوانیهای ناشی از بیماریها و درمانهای مربوطه، کاهش هزینه های درمانی و بیمارستانی، افزایش طول عمر و امید به زندگی و فوائد قابل ملاحظه دیگر موثر می باشد [۱، ۲، ۹، ۱۱، ۱۲ و ۱۳].

بارتلت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵ نوشته است؛ به ازای هر دلار هزینه صرف شده برای آموزش بیمار ۳-۴ دلار پس انداز می شود [۱۳].

میزان هزینه های برآورد شده برای بیماری عروق کرونر ۱۴۱/۱ بیلیون دلار تخمین زده شده است مطمئناً آموزش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر کاهش قابل ملاحظه ای در میزان هزینه های مصرفی خواهد داشت [۲].

در ضمن ارائه این وظیفه تخصصی در پرستاری موجب ارتقاء و استقلال حرفه ای پرستاران می شود. واتسون<sup>۲</sup> در این رابطه می نویسد؛ عدم موفقیت پرستاران در کسب جایگاه و قدرت مناسب ناشی از این امر است که آنها بخشی از مسئولیت های خود را بخوبی انجام نمی دهند.

تئوریسینهای پرستاری نیز بر اجرای این امر مهم تاکید ورزیده اند، پپلا<sup>۳</sup> اظهار می دارد که پرستار منبع آموزش دهنده ای است که توانایی بیمار را از صرف انرژی معطوف شده به علایم بیماری به سمت حل مشکل

تغییر میدهد. نیومن<sup>۴</sup> نیز در اینمورد ابراز می نماید که پرستار به افراد جامعه می آموزد که چگونه در مقابل عوامل تنش زا مقابله نمایند [۱۴].

با وجود تاکید بسیار زیاد بر اجرای برنامه آموزش بیمار، تحقیقات نشان می دهند که بیماران از برنامه های فعلی آموزش ناراضی هستند. همچنین هنوز مشخص نشده که استراتژیهای آموزشی در افراد و شرایط مختلف چگونه باید باشد و هنوز پایه های علمی کافی و توسعه یافته ای در فرآیند آموزش بیمار وجود ندارد. آموزش بیمار نباید بر اساس رویکرد سعی و خطا انجام بگیرد. بلکه باید بر اساس رویکردی علمی و سیستماتیک باشد [۲۱].

پرستاران، داروسازان و سایر فراهم کنندگان خدمات بهداشتی بر این عقیده اند که آموزش بیمار بخشی از وظایف حرفه ای آنان است، اما اذعان می دارند که نمی دانند چگونه به بیمار آموزش دهند و خصوصاً چگونه آموزش موثرتری را ارائه دهند [۱۵].

پرستاران به عنوان آموزش دهنده، در امر آموزش بیمار بطور کامل موفق نبوده و نتوانسته اند نقش آموزشی خود را ایفاء نمایند، زیرا آموزش فعالیتی است که مستلزم دارا بودن مهارت های خاص می باشد [۱۶ و

و ۱۶]. برنامه آموزشی در کتب مرجع پرستاری بسیار ایده آل ولی غیر واقعی ارائه شده است [۱۱]. در این راستا بسیاری از پرستاران بر این باورند که برای نقش آموزشی خود به خوبی آماده نشده اند و علی رغم دلایل و شواهد بسیار زیاد در مورد اهمیت نقش آموزشی پرستاران، مدل‌های آموزشی ارائه شده در دانشکده های پرستاری نتوانسته آنان را برای اجرای این امر مهم آماده نماید [۱۷].

مطالعه ترنر و همکارانش<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) نشان داد که پرستاران شرکت در فعالیت های آموزشی را به دلیل آگاهی کم از قواعد آموزشی و یا نحوه ارائه آموزش در شرایط محیط خاص بیمارستانی را به عنوان مشکل بیان نمودند. یافته های این پژوهش نیز نمایانگر نیاز به خلق مدل‌هایی بالینی آموزش بیمار می باشد که بتوان از آنها در شرایط کاری و محیطی خاص بیمارستانها استفاده کرد [۳].

اکثر پرستاران (۸۶٪) نشان داده اند که برای ارائه آموزش بیمار نیاز به راهکارهای عملی در رابطه به هر بیماری خاص دارند [۱۸]. کواتز (۱۹۹۹) می نویسد؛ ما نمی توانیم چنین فرضی را داشته باشیم که همه بیماران حتی با برنامه درمانی مشابه، به آموزشهای یکسانی نیاز دارند [۱].

بنابراین استفاده از نظریه ها و مدل ها آموزش بیمار برای بهینه سازی شرایط ارائه این نقش ضروری می باشد.

در عین حال شایسته است یادآوری گردد که تا کنون تئوری و یا مدل مستقلی برای آموزش بیمار در رشته پرستاری ارائه نگردیده است، بلکه ناچاراً تعدادی از تئوریهای توسعه یافته در سایر علوم نظیر آموزش، روانشناسی و آموزش بهداشت و تئوریهای پرستاری نظیر اورم که مبتنی بر استراتژی نظریه - بالین - نظریه می باشد مورد استفاده قرار گرفته است [۱۷ و ۱۸].

<sup>3</sup>. Turner et al

وایت هد<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) نوشته است، تاکنون مدلی مستقل برای آموزش بیمار در حرفه پرستاری ارائه نگردیده است. فقدان مدلی سیستماتیک در پرستاری بالینی حس می شود، لذا لازم است که محققین پرستاری به این امر توجه خاص داشته باشند. همچنین اگر پرستاران می خواهند به عنوان یک عضو ارتقاء دهنده وضعیت سلامت بیمار عمل کرده و سبب ارتقاء و استقلال حرفه ای خویش گردند، ضروری است که خود مدلها و تئوریهای را ارائه نمایند، زیرا در غیر اینصورت به عنوان تماشاچی بیش عمل ننموده اند [۱۹]. در حال حاضر پرستاران برای آموزش بیمار از اصول و مبانی عمومی آموزش بیمار براساس مدلهای ارائه شده در آموزش، روانشناسی و آموزش بهداشت عمل می نمایند. شاید یکی از دلایل چالش های ذکر شده در آموزش بیمار مربوط به همین امر باشد که کاربرد تئوریها و مدلهایی که مبتنی بر آموزش عمومی، بهداشت و روانشناسی هستند، در امر آموزش بیمار و حرفه پرستاری چالش برانگیز بوده باشد، زیرا عمدتاً تئوریها و مدلهای ارائه شده برای شرایطی فراهم آمده اند که فرادهنده، فراگیر، محتوی بیماری و بیمارستان متفاوت است، در این شرایط فرآیند یاددهی و یادگیری تحت تاثیر فرادهنده ای چون پرستار، عضوی که درگیر مسائل و مشکلات مستقیم و غیرمستقیم بیمار است او فقط نقش آموزشی نداشته بلکه در کنار این نقش باید سایر نقش های خود را نیز ایفاء نماید، فراگیری چون بیمار که تحت شرایط استرسزا خاص جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و..... است، و محیطی چون محیط بیمارستان که خود دارای معضلات و مشکلات مربوط به خود بوده و سرانجام محتوی آموزشی که با توجه به شرایط سه گانه فوق طراحی و اجرای خاصی را می طلبد.

یکی از مشکلاتی که کاربرد جهان شمولی مدلها ارائه شده در آموزش بهداشت- نظیر مدل اعتقاد بهداشتی<sup>۵</sup> را مورد نقد قرار می دهد این است که این مدلها عوامل فرهنگی، موقعیتهای اقتصادی - اجتماعی و تجربیات قبلی را در نظر نگرفته اند [۲۰]. کواتز (۱۹۹۹) می نویسد؛ ما نمی توانیم چنین فرضی را داشته باشیم که همه بیماران حتی با برنامه درمانی مشابه، به آموزشهای یکسانی نیاز دارند [۳].

این ضرورت علاوه بر اینکه با استدلال و تحلیل فوق مبرهن می باشد، فالو<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نویسنده کتاب آموزش موثر به بیمار و کواتز (۱۹۹۹) نویسنده کتاب آموزش برای بیمار و مددجو در کتابهایشان ضمن بحث مفصل در مورد آموزش بیمار و چالش های فرا روی آن بر ضرورت طراحی و ارائه مدل ویژه آموزش بیمار نیز تاکید کردند.

از آنجایی که طراحی یک مدل اثر بخش، برای کنترل هر پدیده ای در جامعه خصوصاً پدیده آموزش که پدیده ای چند بعدی و تحت تاثیر عوامل متعدد است، از جمله فرهنگ، تجارب روانی و اجتماعی هر جامعه می باشد. لذا ضروری است که مدلهای آموزشی با توجه به این عوامل ساخته شده باشند.

فالو (۲۰۰۴) می نویسد، فرهنگ مفهوم چند بعدی است که متاثر از عواملی چون اعتقادات و ارزشها، نگرشها، سنتها، هنجارها، مذهب و معنویت، نوع نگاه به سلامتی و بیماری، نوع دیدگاه و جهان بینی، نوع

4 . Whitehead

5 . Health Belief Model

6 . Falvo



نگاه به زندگی، عادات تغذیه ای، فعالیت و استراحت، امکانات و تکنولوژی، نوع و نحوه برقراری ارتباطات می باشد. از عوامل دیگری که می تواند بر روی این فرآیند موثر باشد، می توان عواملی چون؛ تجربیات قبلی بیماران، نوع ساختار و نحوه ارائه خدمات سازمانهای بهداشتی و درمانی موجود در هر جامعه ای را مد نظر قرار داد [۱۷].

تیلی و همکارانش (۱۹۸۷) نیز می نویسند، محققان پرستاری باید عواملی که در مراکز مراقبت های بهداشتی به پرستاران جهت انجام آموزش موثر به بیمار کمک می کند و یا آنان را محدود می سازد، مشخص کنند [۲۱].

در برخی از فرهنگها مردم دوست دارند، اطلاعات را فقط از افراد خاص دریافت کنند، حال ممکن است این افراد یکی از اعضاء تیم بهداشتی باشند و یا اینکه نباشند. مثلاً در برخی از فرهنگها زنان ترجیح می دهند، اطلاعات بهداشتی را از زنان مسن دریافت کرده تا اینکه آنها را از اعضاء تیم بهداشتی دریافت نمایند. حتی ویژگیهای فرهنگی خاص هرکشوری ممکن است بر روند سازگاری بیماران نیز تاثیر گذار باشد [۱۷و۱].

با وجود بکارگیری نظریه ها و مدلها و اصول روان شناختی آموزشی برای آموزش بیمار اکثر بیماران هنگام ترخیص از بیمارستان دانش کافی در مورد مراقبت از خود را نداشته و اطلاعات زیادی در مورد بیماری خود کسب نمی کنند [۲۲]. گزارشی در سال ۲۰۰۵ نشان داده که در هنگام ترخیص تنها ۱۸٪ از بیماران تشخیص بیماری خود را می دانند، ۱۲٪ از بیماران نام صحیح دارو خود را می دانند، ۱۶٪ از بیماران علت دریافت داروهای خود را می دانند و تنها ۶٪ از بیماران قادر به لیست کردن عوارض جانبی داروهای خود هستند [۲۳]. مطابق گزارش موسسه دارویی ایالت متحده تعداد مرگ و میر ناشی از اشتباهات دارویی به تنهایی بین ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ نفر تخمین زده شده است. مطمئناً آموزش بیمار بصورت مناسب می تواند، آمار مرگ و میر ناشی از مصرف داروها را کاهش دهد [۲۴].

در تحقیقی که در ایالت شیکاگو انجام گرفته تخمین زده شد که ۹۶٪ از بیماران سوالی را در مورد داروهای خود نمی پرسند. علت عدم دریافت دارو بطور صحیح بعلافت عدم آشنایی کافی با داروهاست. متأسفانه اکثر بیماران در مورد عوارض اشتباهات دارویی اطلاع کافی ندارند، وقتی از بیماران سوال می شود که چگونه در مورد عوارض داروهای خود اطلاع پیدا می کنید؛ ۴۲٪ از آنها از طریق دوستان و وابستگان و ۳۹٪ از طریق تلویزیون، رادیو و رسانه های گروهی اطلاعاتی را دریافت نموده اند [۱۷]. دریافت اطلاعات از افراد غیر متخصص می تواند عوارض غیر قابل جبرانی را بجای بگذارد.

ردمن<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) اظهار می دارد، تحقیقات زیادی در مورد درک بیماران از تجاربشان در بیمارستان ها انجام شده که نتایج نشانگر عدم رضایت بیماران از جنبه های آموزشی و حمایتی مراقبت است. نتایج پژوهش ویج<sup>۸</sup> (۲۰۰۳) در مورد رضایت بیماران از اطلاعات دریافت شده پس از تشخیص آنژین، نیز نشان داد که بیماران

7. Redman

8. Weech

از میزان اطلاعات دریافت شده راضی نبودند و همچنین ۷۳٪ از آنان ابراز نموده اند که به اطلاعات بیشتری در مورد تاثیر آنژین بر زندگی روزمره نیازمند هستند [۲۵ و ۲۶].

شواهد نشان میدهد که اطلاعاتی را که بیماران از پرستاران دریافت می کنند، ناکافی است. کوتاه مدت معتقد است، هرچند نقش آموزشی پرستاران در تحقیقات ثابت شده است، اما علی رغم طرح ریزی و ارزیابی برنامه های آموزشی، آموزش بیمار در عمل کمتر بکار گرفته شده است. بطوریکه بیماران حتی بعد از شرکت در برنامه آموزشی، اغلب اطلاعات و یا مهارت کافی برای انجام مراقبت از خود را ندارند [۱ و ۲۷].

اسمعیلی (۱۳۷۹) معتقد است، در کشور مانیز برنامه آموزش بیمار از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و از شواهد و قرائن چنین بر می آید که آموزش بیمار یا اجرا نمی شود و یا این که بسیار ناقص و نامنظم اجرا می شود، همچنین به نظر می رسد که در اجرای آموزش بیمار موانع و مشکلات فراوانی برای پرستاران وجود دارد [۱۸].

پژوهشگر خود شاهد بوده که اکثر پرستاران یا به بیمار آموزش نداده و یا اینکه اگر آموزشی را هم ارائه می دهند، بصورت ناقص و شتابزده است، بولاندر<sup>۹</sup> ۱۹۹۴ در این رابطه نوشته است که ارائه مطلب بطور ناقص و عدم دریافت بازتاب برنامه آموزشی از طرف بیمار موجب ارائه آموزشی شتابزده و ناقص وضعیف خواهد شد [۲۷].

با توجه به توضیحات فوق و نتایج تحقیقات؛ در حال حاضر چالش های زیادی در مورد ایفای نقش پرستاران در امر آموزش بیمار وجود دارد، چرا با وجود اهمیت این نقش و فوائد عدیده آن هنوز این برنامه بطور صحیح ارائه نمی گردد، چرا بیماران از برنامه های درمانی تبعیت نمی کنند، چرا با وجود اثبات تاثیر برنامه آموزشی میزان مرگ و میر و ضایعات ناشی از بیماریهای مزمن بالا است، چرا هنوز بسیاری از بیماران بدلیل اشتباهات در رژیم درمانی و دارویی خود مجدداً در بیمارستانها بستری شده و موجب صرف هزینه های هنگفت می شوند، چرا هنوز کیفیت مراقبت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا پایین است و چرا.....؟

اشکال کار در کجاست؟ آیا پرستاران در این رابطه خوب آموزش ندیده اند، آیا اشکال کار در برنامه ریزی درسی پرستاران است، آیا برنامه های آموزشی ارائه شده به دانشجویان پرستاری و پرستاران، عمومی و انتزاعی است و در عمل و شرایط خاص بیمارستانی کاربرد ندارد، آیا مدل های ارائه شده قادر به پاسخگویی نیازهای بیماران نیستند، آیا برنامه آموزش بر اساس نیازهای بیماران و شرایط جسمی و روانی آنان پایه ریزی نشده است، آیا مدل های ارائه شده نتوانسته پرستاران را در امر آماده نمودن بیمار برای آموزش یاری نماید، آیا مدل های ارائه شده نتوانسته مهارت های بالینی کافی را برای ایفای این نقش در پرستاران فراهم آورد، آیا تعداد ناکافی پرسنل موجب عدم اجرای این امر بطور مناسب می شود، آیا پرستاران آمادگی و سطح درک بیماران را در امر آموزش مد نظر قرار نمی دهند، آیا نگرش منفی بیماران و پرستاران در این امر نقش دارد، آیا پرستاران در برقراری ارتباط با بیمار مشکل دارند، و یا آیا مدل های طراحی شده نتوانسته اند چگونگی برقراری

<sup>9</sup> . Bolander

ارتباط مناسب و موثر را به پرستاران بیاموزند، آیا فلسفه و جهان بینی پرستار در این امر نقش دارد، آیا مشکلات و موانع فرهنگی و سازمانی بر این امر دخیل هستند، آیا لازم است که با توجه به شرایط فرهنگی و سازمانی هر جامعه ای مدلی مستقل ارائه گردد [۱۷، ۳].

بسیاری از سوالات فوق مورد توجه صاحب نظران و محققان بوده و هست. در راستای پاسخ دهی به چنین سوالاتی بوده که نظریه ها و مدل‌های گوناگونی ارائه گردیده است. اما همانطوریکه در یافته های مطالعات مختلف در پاراگراف های قبلی گزارش شده رهیافت های قبلی منجر به نتایج مطلوبی نشده است. مرور بر مدلها و مطالعات قبلی حاکی است که اولاً پرستاران بدلیل فقدان مدلها و نظریه های اختصاصی آموزش بیمار از نظریه ها و یا اصول کلی آموزش و آموزش بهداشت استفاده کرده اند. ثانیاً نظریه پردازان و طراحان مدل‌های آموزشی علیرغم تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی، جغرافیایی فراگیران، در صدد ارائه نظریه یا فرمول‌های و تست فرضیات واحد و جهان شمول در مورد آموزش و یادگیری بوده اند. بنظر نویسنده احتمالاً از دلایل نتایج نامطلوب و غیر قابل قبول را باید در همین چالش جستجو نمود. پاسخ بسیاری از سوالات فوق را باید در یک مقیاس محدود و زمینه خاص و در عین حال بررسی جامع هر پدیده جستجو کرد. بعبارت دیگر قبل از تجویز نسخ و ارائه مدل آموزشی جهان شمول باید فرآیند و ساختار آموزش به بیمار را در هر موقعیتی بطور جامع بررسی کرد و سپس به ارائه رهیافتی برای حل مساله اقدام نمود. لذا این مطالعه براساس چنین رویکردی و برای پاسخ به این سوال انجام گردید که معنی و فرآیند یا ساختار آموزش به بیمار در بیماران مبتلا به عروق کرونر در مراکز آموزشی و درمانی شهر تهران چگونه است؟

# فصل دوم

فلسفه هدایت کننده پژوهش