

## وضعیت ارایه خدمات آموزش به بیمار و عوامل سازمانی تأثیر گذار بر آن در بیمارستان‌های دانشگاهی مشهد-۱۳۸۷

علی وفایی نجار<sup>۱</sup> محمد رضا شیدفر<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۸۸/۰۲/۰۹ تاریخ پذیرش: ۸۸/۰۳/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** در چارچوب استراتژی ارتقاء سلامت، یکی از مهم ترین نقش‌های اجرایی که از بیمارستانها انتظار می‌رود، ارائه برنامه‌های آموزشی - ارتباطی برای بیماران می‌باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت ارایه خدمات آموزش بیمار و شناسایی موانع و عوامل تأثیر گذار سازمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود.

**روش تحقیق:** در این پژوهش ۴۴۱ نفر بیمار، ۲۰۰ پزشک و ۱۸۵ پرستار و ۷۰ سرپرستار و مدیر از بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد طی سال ۱۳۸۷ شرکت داشتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه جمع آوری گردید. تحلیل داده‌ها توسط آزمونهای آماری کای دو و آنالیز واریانس انجام گردید.

**یافته‌ها:** در این مطالعه تنها ۴۲٪ بیماران آموزش‌های مورد نیاز را دریافت نموده بودند، هرچند عمده آنان از میزان زمان اختصاص داده به آموزش (در ۸۳،۳٪ موارد کمتر از ۵ دقیقه) و محتوای آموزش رضایت کافی نداشتند. در مورد این نقیصه ۷۹/۴٪ پزشکان، کمبود وقت را مهمترین مانع آموزش بیمار معرفی نمودند. ۷۲٪ مدیران بیمارستان‌ها هم امکان ایفای نقش آموزشی از سوی پرستاران را در شرایط موجود منتفی دانستند.

**نتیجه گیری:** برنامه آموزش بیماران در بیمارستان‌های مورد مطالعه در وضعیت رضایت بخش نیست و لازم است برای رفع این مشکل یک برنامه مداخله‌ای چند وجهی از سوی مسئولین در نظر گرفته شود؛ برنامه‌ای که هم درجهت تغییر نگرش بیماران، پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان‌ها وارد عمل شود و در جهت رفع موانع موجود از جمله نبود فضای آموزشی مناسب برای بیماران، نبود مواد آموزشی مناسب و حجم زیاد کاری پرستاران تلاش نماید.

**کلید واژه‌ها:** آموزش، بیمار، بیمارستان، عوامل سازمانی

۱- استادیار گروه آموزشی بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

آدرس: مشهد - میدان ملک آباد - دانشگاه علوم پزشکی مشهد - دانشکده بهداشت - پست الکترونیک: vafaeaa@mums.ac.ir

۲- استادیار گروه آموزشی بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

## مقدمه

ما ارائه خدمت آموزش بیمار بدلیل عدم توجه مدیریت عالی درمان کشور به بار مالی ناشی از هزینه سنگین بستری مجدد بیماران و فقدان آگاهی و باور نسبت به مقرون به صرفه بودن<sup>۱</sup> برنامه‌های آموزش بیمار در کاهش بستری مجدد و فقدان انگیزه برای جستجوی راهکارهای مناسب در جهت کاهش آن از طریق برنامه‌های آموزشی - رفتاری، از اولویت مناسبی برخوردار نیست و ارائه این خدمت بعنوان یکی از خدمات سیستم مراقبت بیمار در بیمارستان، مستلزم شناسایی متغیرهای سازمانی و سیستمیک مرتبط (دیدگاه مدیریتی - رفتار سازمانی پرسنل، منابع و عوامل بازدارنده و تسهیل کننده) می‌باشد. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت ارائه خدمات آموزش بیمار شناسایی موانع تحقق این خدمت و عوامل تاثیر گذار سازمانی و ارائه راهکارهای مناسب جهت بهبود وضعیت در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

## روش پژوهش

این پژوهش به صورت مقطعی بر روی ۴۴۱ نفر بیمار، ۲۰۰ پزشک و ۱۸۵ پرستار و ۷۰ سرپرستار و مدیر در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد طی سال ۱۳۸۷ انجام شده است (جدول ۱). پس از جلب توافق مدیریت و معاونت پژوهشی و آموزشی بیمارستانها و موافقت پرستاری در این بیمارستانها، کارگاههای توجیهی برای آموزش پرسشگران برگزار گردید و به منظور حصول اطمینان از روایی از نظر متخصصین و صاحب نظران در زمینه پرستاری، آموزش سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی استفاده گردید و به منظور پایایی ابزار اندازه گیری پژوهش (پرسشنامه) روش آزمون- بازآزمون<sup>۲</sup> بر روی ۲۰ نفر از افراد هر

مفهوم ارتقاء سلامت که رویکرد نوین مطرح شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای تحقق هدف متعالی برخوردار همه افراد از سلامت است، عنصری است حیاتی که قلمرو جدید بهداشت عمومی را تعیین می‌کند و عبارتست از فرایند قادرسازی افراد برای افزایش کنترل خود بر سلامتی و بالا بردن سطح آن (۱). بر اساس این رویکرد بیمارستانها بعنوان یکی از مراکز مهم ارتقاء سلامتی قادر به ایفای نقش می‌باشند. در راستای چارچوب استراتژی بهداشت برای همه و اعلامیه جهانی اتاوا برای ارتقاء سلامت، یکی از مهم ترین استراتژی‌های اجرایی بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت، افزایش ارائه و کیفیت برنامه‌های آموزشی، ارتباطی و آگاهی دهنده و آموزش مهارتها برای بیماران و بستگان آنها محسوب می‌شود (۲). در همین راستا با توجه به آنکه در کشور ما نیز بیمارستانها بعنوان مراکز اصلی درمانی شناخته می‌شوند و از آنجا که استفاده از منابع موجود و خدمات ادغام یافته (که هزینه این خدمات را قابل تحمل می‌سازد) از ویژگی‌های مهم خدمات بهداشتی مناسب است؛ ضرورت دارد بیمارستانها و کارکنان آن نقشی منطبق با این رویکرد نوین بعنوان بیمارستان ارتقاء دهنده سلامتی بر عهده گیرند. منشور حقوق بیمار نیز بیان می‌دارد که این حق بیمار است که از پزشکان و افرادی که مستقیماً از او مراقبت می‌کنند در مورد تشخیص، نوع درمان و پیش آگهی بیماری اطلاعات دقیقی را دریافت نماید (۳). بررسی‌ها نشان می‌دهند بیمارانی که اطلاعات درمانی را از ارائه دهندگان خدمات دریافت کرده‌اند بطور معنی داری از مراقبت ارائه شده راضی تر بوده‌اند (۴). از سوی دیگر آموزش بیمار بطور کلی اقدامی است دارای توجیه اقتصادی کاملاً ملموس. بطور متوسط برای هر دلار که صرف آموزش بیمار شود ۳ تا ۴ دلار صرفه جویی می‌شود (۵). در کشور

1. Cost-Benefit  
2. Test-Retest

### یافته‌ها

۵۰/۳٪ از بیماران مورد مطالعه، سابقه بستری قبلی داشتند و میانگین مدت بستری ۷ روز با انحراف معیار ۸/۲ روز بود. ۴۲٪ بیماران معتقد بودند آموزش‌های لازم به آنان ارائه گردیده که ۸۵٪ این آموزش‌ها از سوی پزشکان، ۷/۸٪ از سوی پرستاران و ۷/۲٪ از سوی سرپرستاران ارائه شده است. ۴۷٪ از بیماران یکبار، ۳۶/۴٪ دوبار و ۱۶٪ آنان بیش از سه بار آموزش دیده اند. بر اساس اظهار بیمار ۸۳/۳٪ آنان کمتر از ۵ دقیقه، ۱۵/۲٪ بین ۵ تا ۱۰ دقیقه و تنها ۱/۵٪ به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه آموزش دیده اند؛ این در حالی است که حدود ۹۴٪ آنان میزان آموزش را ناکافی می‌دانند و تنها ۶٪ آنان معتقدند که آموزش کافی بوده است. روش ارائه آموزش در ۹۷٪ موارد به صورت فرد به فرد و تنها ۳٪ بصورت کلاس آموزش گروهی بوده است و این در حالی است که ۲۸/۱٪ بیماران اعلام داشته اند کلاس آموزشی بهترین روش آموزشی در بیمارستان میباشد. از نظر محتوای آموزش، بیشترین آموزش در مورد نحوه درمان (۸۸٪) و کمترین آموزش در مورد سیر درمان بوده است (۶/۵٪). این تحقیق نشان داد تنها ۵۰٪ بیماران نگرش مثبتی به آموزش بیمار دارند، ۴۸٪ آنان معتقدند که آموزش بر سیر درمان تاثیر مثبت دارد و ۲۴٪ مخالف این عقیده هستند که مسئولیت پزشک فقط تجویز دارو (بدون آموزش) است. در این پژوهش مدت اقامت بیمار در بیمارستان رابطه معنی داری با نگرش وی در زمینه آموزش داشت ( $P < 0/007$ ) بطوریکه بیمارانی که مدت بیشتری بستری بودند نسبت به آموزش نگرش مثبت تری داشتند. نگرش بیماران با سابقه بستری قبلی رابطه معنی دار نداشت

گروه مورد مطالعه اجرا شد که میانگین ضریب آلفا کرانباخ ۰/۹۲ بدست آمد. پس از انجام مطالعه اولیه (پیش آزمایی از واحدهای نمونه مورد مطالعه) اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه جمع آوری گردید. در ادامه داده‌ها طبقه بندی و وارد رایانه شده و با نرم افزار آماری اس.پی.اس (۱۱/۵) و با انجام آزمونهای آماری کای دو و آنالیز واریانس، در سطح معنی داری  $p = 0/05$  مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب بیمارستان

| کل  | نام بیمارستان |       |      |       | افراد مورد مطالعه |
|-----|---------------|-------|------|-------|-------------------|
|     | امام رضا      |       | قائم |       |                   |
|     | درصد          | تعداد | درصد | تعداد |                   |
| ۳۳۶ | ۴۱/۷          | ۱۳۶   | ۵۸/۳ | ۱۹۰   | بیمار             |
| ۱۲۶ | ۳۴/۹          | ۴۴    | ۶۵/۱ | ۸۲    | پرستار            |
| ۷۰  | ۳۷/۱          | ۲۵    | ۶۲/۹ | ۴۴    | سرپرستار          |
| ۱۱۵ | ۲۹            | ۳۵    | ۷۱   | ۸۰    | پزشک              |

در این تحقیق برای هر گروه مورد مطالعه پرسشنامه‌ای خود ایفا و مستقل (در مجموع ۴ نوع) شامل پرسشنامه‌های آگاهی و نگرش بیماران، آگاهی و نگرش پرستاران، آگاهی و نگرش پزشکان، نگرش سرپرستاران و مدیران بیمارستان طراحی شد بطوریکه در بخش سوالات نگرشی از سوالات سه گزینه ای (موافق، مخالف، بینظر) و در بخش سوالات آگاهی از مجموعه سوالات بسته و باز استفاده گردید که در مورد سوالات باز پاسخ‌ها بازخوانی و طبقه‌بندی گردید. روش انتخاب افراد بر اساس تعداد بیماران بستری در بخش‌ها بصورت تقسیم به نسبت و تخصیص سهم هر بخش بوده است که بصورت تصادفی، تعیین و پرسشنامه مربوط تکمیل گردید.

جدول ۲: توزيع درصد فراواني اجزاء فرايند آموزش بيمار از ديدگاه

پزشکان و پرستاران

| P-value | پزشک | پرستاران | اجزاء فرايند آموزش بيمار      |
|---------|------|----------|-------------------------------|
| ۰/۵۶    | ۳۶/۴ | ۴۰/۱     | برقراری ارتباط صحيح           |
| ۰/۴۱    | ۷۱/۶ | ۷۷/۴     | شناخت نیاز آموزشی فراگیر      |
| ۰/۰۲۳   | ۱۱/۴ | ۲۲/۶     | شناخت ویژگی های عاطفی فراگیر  |
| ۰/۱۰۴   | ۲۹/۵ | ۴۰/۹     | شناخت ویژگی های فرهنگی فراگیر |
| ۰/۰۰۴   | ۷۶/۱ | ۹۱/۲     | ارائه مواد آموزشی مناسب       |
|         | ۶۹/۳ | ۰        | شیوه آموزش مناسب              |
|         | ۲۶/۱ | ۰        | گرفتن و دادن فیدبک            |

۹۸/۴٪ پرستاران مورد مطالعه دارای تحصیلات کارشناسی پرستاری بوده، ۶۵٪ آنان سابقه آموزش بیمار را داشتند. بیشترین روش ارائه آموزش توسط پرستاران روش چهره به چهره (۸۲٪) و بیشترین وسیله آموزشی مورد استفاده پمفلت آموزشی بوده است (۷۰٪) و تنها ۱۰٪ ایشان از اورهد استفاده نموده اند. ۹۱/۲٪ پرستاران ارائه مواد آموزشی مناسب و ۲۲/۶٪ شناخت ویژگی های عاطفی را اجزاء مهم آموزش بیمار برشمرده اند. (جدول شماره ۲) ۳۷/۴٪ پرستاران کمبود وقت، ۳۰٪ حجم زیاد کاری، ۲۳/۳٪ نبود مواد آموزشی و ۲۰٪ کمبود انگیزه را مهم ترین مانع آموزش بیمار می دانند (جدول شماره ۳). نگرش ۸۸٪ پرستاران نسبت به آموزش بیمار مثبت می باشد. رابطه معنی داری بین نگرش پرستاران و سن و سابقه کار آنان وجود ندارد.

بررسی دقیق تر وضعیت نگرش پزشکان و پرستاران نشان می دهد ۳۷/۴٪ پرستاران معتقدند که «پزشک یا پرستار بایستی بیش از هر چیز به ارائه خدمات درمانی به بیمار بپردازد تا سایر جنبه های فرايند مراقبت»؛ این در حالی است که تنها ۱۰٪ پزشکان با این نظر موافق می باشند. همچنین ۱۲/۲٪ پرستاران با این نظر موافق هستند که وقتی مدیران به آموزش بیمار اهمیت نمی دهند آنها هم ناپیوستگی نگران باشند؛ این درحالی است که تنها ۱/۶٪ پزشکان موافق چنین نظری هستند. ۱۵/۷٪ پرستاران و ۱۶/۷٪ پزشکان بر این باورند که «آموزش بیمار در مقایسه با سایر مسئولیتهایی که از ایشان انتظار می رود از اهمیت کمتری برخوردار است» (جدول شماره ۴).

۱- بررسی وضعیت نگرش مدیران و سرپرستاران در خصوص آموزش بیمار گویای آن است که در مجموع ۸۱/۳٪ آنان نگرش مثبتی به آموزش بیمار دارند و تحلیل محتوای نگرش مدیران در خصوص آموزش بیمار گویای آنست که ۷۱/۴٪ معتقدند که «با توجه به تراکم کاری پرستاران موجود در هر

این مطالعه نشان داد از میان پزشکان مورد مطالعه ۷۳٪ تجربه آموزش به بیمار را داشته اند و بیشترین روش مورد استفاده (۹۴/۴٪ موارد) توسط آنان روش چهره به چهره بوده است. ۷۶/۱٪ ایشان ارایه مواد آموزشی مناسب و تنها ۱۱/۴٪ شناخت ویژگی های عاطفی بیمار را از اجزاء فرايند آموزش بیمار می دانند (جدول شماره ۲). از سوی دیگر ۲۶/۱٪ پزشکان بیان نمودند که در جریان تحصیل خود فرايند آموزش بیمار را فرا گرفته اند و ۷۹/۴٪ کمبود وقت را به عنوان مانع آموزش بیمار ذکر نمودند (جدول ۳). نگرش ۸۲٪ پزشکان نسبت به آموزش بیمار مثبت می باشد. نگرش پزشکان نسبت به آموزش با سن پزشک رابطه معنی دار دارد، بطوری که پزشکان با سن کمتر و سابقه کار کمتر نگرش مثبت تری به آموزش داشتند (P=۰/۰۴۳).

جدول ۳: توزيع درصد فراواني موانع آموزش بيمار از ديدگاه

پزشکان و پرستاران

| P-value | پزشک | پرستاران | موانع آموزش بيمار         |
|---------|------|----------|---------------------------|
| ۰/۰۰۰۳  | ۷۹/۴ | ۳۷/۴     | نبود وقت                  |
| ۰/۲۷    | ۲۱/۶ | ۱۵/۶     | عدم تاکید از سوی مدیران   |
| ۰/۰۰۹   | ۴۷/۴ | ۳۰/۷     | حجم کاری زیاد             |
| ۰/۰۱    | ۳۲   | ۷/۸      | نبود فضای مناسب           |
| ۰/۰۰۴   | ۴۷/۴ | ۲۳/۳     | نبود مواد آموزشی          |
| ۰/۱۸    | ۲۷/۸ | ۲۰/۷     | کمبود انگیزه              |
|         | ۰    | ۰        | وجود مسئولیت های ضروری تر |
| ۰/۲۵    | ۳۲   | ۱۷       | فقدان فرهنگ سازی          |
|         | ۰    | ۳        | بی اعتمادی بیمار          |
|         | ۸/۲  | ۰        | نبود این جزء در شرح وظایف |

از پرستاران درخواست ارائه خدمت آموزش بیمار از ایشان غیر واقع بینانه است»؛ همچنین تنها ۱۷/۶٪ از مدیران معتقدند "چنانچه قرار باشد هزینه برای حقوق پرسنل مخصوص آموزش بیمار صرف شود این کار مقرون به صرفه نیست. (جدول شماره ۵)

بخش فقط در صورت وجود پرسنل مخصوص برای آموزش بیمار این کار میسر خواهد شد؛ «همچنین ۲۵٪ آنان معتقدند» با توجه به حقوق فعلی پرستاران افزودن جزء آموزش بیمار به وظایف ایشان منصفانه نیست. از سوی دیگر ۱۷/۶٪ مدیران بر این باورند که «با توجه به حجم زیاد وظایف مورد انتظار

جدول ۴: توزیع وضعیت نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به آموزش بیمار

| مخالف | بی نظر | موافق | پاسخگو | وضعیت نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به آموزش بیمار   |
|-------|--------|-------|--------|--|
| ۹۳/۷  | ۶/۳    | ۰     | پزشک   | بهترین کمک به بیمار درمان صحیح اوست و آموزش بیمار نقش چندانی ندارد   |
| ۹۴/۸  | ۱/۷    | ۳/۵   | پرستار |  |
| ۹۰/۲  | ۴/۹    | ۴/۹   | پزشک   | آموزش بیمار در مقایسه با سایر اجزای فرآیند مراقبت بیمار از اهمیت کمتری برخوردار است  |
| ۸۹/۶  | ۱۰/۴   | ۰     | پرستار |  |
| ۹۶/۸  | ۱/۶    | ۱/۶   | پزشک   | آموزش بیمار در سیر فرآیند درمان بیماری چندان جایگاه والایی ندارد   |
| ۹۴/۸  | ۰      | ۵/۲   | پرستار |  |
| ۷۸/۳  | ۵      | ۱۶/۷  | پزشک   | آموزش بیمار در مقایسه با سایر مسوولیهایی که از من انتظار می رود از اهمیت کمتری برخوردار است  |
| ۷۵/۶  | ۸/۷    | ۱۵/۷  | پرستار |  |
| ۹۰/۳  | ۹/۷    | ۰     | پزشک   | با توجه به فرهنگ رایج بیمارستانی و بیماران آموزش بیمار کار زاید و اضافی است  |
| ۸۴/۳  | ۱۰/۴   | ۵/۲   | پرستار |  |
| ۸۷/۱  | ۸/۱    | ۴/۸   | پزشک   | چون تغییر رفتار در بیماران بسیار دشوار است آموزش بیمار هیچ تاثیری در فرآیند بهبود ندارد  |
| ۸۵/۸  | ۱۲/۴   | ۱/۸   | پرستار |  |
| ۹۳/۶  | ۳/۲    | ۳/۲   | پزشک   | وقتی بیماران تقاضای دریافت آموزش از من نمی کنند نیازی به ارائه آموزش به آنها وجود ندارد  |
| ۸۹/۴  | ۵/۳    | ۵/۳   | پرستار |  |
| ۷۵/۸  | ۱۴/۵   | ۹/۷   | پزشک   | پزشک یا پرستار بیش از هر چیز به ارائه خدمات درمانی به بیمار می پردازد تا سایر جنبه های فرآیند مراقبت                                       |
| ۳۸/۳  | ۲۴/۳   | ۳۷/۴  | پرستار |  |
| ۹۶/۷  | ۱/۶    | ۱/۶   | پزشک   | وقتی مدیران به آموزش بیمار اهمیت نمی دهند من هم نباید نگران باشم   |
| ۷۵/۶  | ۱۲/۲   | ۱۲/۲  | پرستار |  |
| ۸۷/۱  | ۹/۷    | ۳/۲   | پزشک   | چون در فرهنگ ما آموزش جای خود را پیدا نکرده است دلیلی برای صرف وقت در زمینه آموزش بیمار وجود ندارد   |
| ۸۶/۱  | ۱۰/۴   | ۳/۵   | پرستار |  |
| ۸۶/۸  | ۶/۶    | ۶/۶   | پزشک   | چون بیشتر بیماران ما بی سواد هستند امکان ارائه آموزش وجود ندارد  |
| ۸۶/۱  | ۳/۵    | ۱۰/۴  | پرستار |  |
| ۹۰/۳  | ۶/۵    | ۳/۲   | پزشک   | چنانچه امکان آموزش بیمار وجود داشته باشد فقط آموزش شخص بیمار حائز اهمیت است نه اطرافیان او   |
| ۸۴/۳  | ۱۲/۲   | ۳/۵   | پرستار |  |
| ۹۳/۶  | ۴/۸    | ۱/۶   | پزشک   | چون ممکن است از سوی بیمار سنوالاتی در زمینه بیماری خود مطرح شود که قادر به پاسخگویی به آنها نباشم ترجیح می دهم کمتر به آموزش بیمار بپردازم |
| ۸۹/۶  | ۸/۷    | ۱/۷   | پرستار |  |

جدول ۵: توزیع وضعیت نگرش مدیران نسبت به آموزش بیمار

| مخالف | بی نظر | موافق | وضعیت نگرش مدیران نسبت به آموزش بیمار  |
|-------|--------|-------|--|
| ۹۴/۳  | ۲/۹    | ۲/۹   | بهترین کمک به بیمار درمان صحیح اوست و آموزش بیمار نقش چندانی ندارد   |
| ۸۸/۶  | ۲/۹    | ۸/۶   | آموزش بیمار در مقایسه با سایر اجزای فرآیند مراقبت بیمار از اهمیت کمتری برخوردار است  |
| ۱۰۰   | ۰      | ۰     | با توجه به فرهنگ رایج بیمارستانی و بیماران آموزش بیمار کار زاید و اضافی است  |
| ۹۴/۳  | ۵/۷    | ۰     | چون تغییر رفتار در بیماران بسیار دشوار است آموزش بیمار هیچ تاثیری در فرآیند بهبود ندارد                                      |
| ۹۴/۱  | ۵/۹    | ۰     | چون بیشتر بیماران مایبی سواد هستند امکان ارایه آموزش وجود ندارد  |
| ۹۷/۱  | ۲/۹    | ۰     | وقتی بیماران آموزش را به عنوان یک خدمت بیمارستانی نمی شناسند و تقاضای در یافت آموزش نمی کنند ضرورتی برای ارایه آن وجود ندارد |
| ۷۰/۶  | ۱۱/۸   | ۱۷/۶  | توجه به حجم زیاد وظایف مورد انتظار از پرستاران درخواست آموزش بیمار از ایشان غیر واقع بینانه است                              |
| ۱۰۰   | ۰      | ۰     | وقتی بیماران تقاضای دریافت آموزش از من نمی کنند نیازی به ارائه آموزش به آنها وجود ندارد                                      |
| ۷۱/۹  | ۳/۱    | ۲۵    | با توجه به حقوق فعلی پرستاران افزودن آموزش بیمار به وظایف ایشان منصفانه نیست   |
| ۲۲/۹  | ۵/۷    | ۷۱/۴  | با توجه به تراکم کاری پرستاران موجود در هر بخش در صورت وجود پرسنل مخصوص برای آموزش بیمار این کار میسر خواهد شد               |
| ۷۶/۵  | ۵/۹    | ۱۷/۶  | چنانچه قرار باشد هزینه برای پرداخت حقوق پرسنل مخصوص برای آموزش بیمار صرف شود این کار مقرون به صرفه نیست                      |
| ۶۱/۸  | ۲۳/۵   | ۱۴/۷  | چنانچه قرار باشد آموزش بیمار با پرداخت اضافه کار به پرستاران موجود انجام شود این کار مقرون به صرفه نیست                      |

### بحث و نتیجه گیری

آنست که تنها ۴۲٪ بیماران بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مشهد آموزشهای مورد نیاز را دریافت نموده اند و ۹۴٪ آنان از میزان آموزش ارائه شده رضایت کافی ندارند. این یافته بابتایج مطالعات دیگری نیز همخوانی دارد؛ در مطالعه شیدفر نیز بیش از ۸۱٪

آموزش بیمار اطلاعات کافی بالینی به بیماران ارائه نموده، درک آنان از شرایط مرتبط با بیماری شان را افزایش داده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در ایشان تشویق می نماید (۶). یافته های این مطالعه نشانگر

در زمینه بیماری خود معرفی می‌نمایند (۱۱). این تناقض را از منظری دیگر شاید بتوان به عدم تفکیک صحیح پزشک و پرستار از سوی بیمار در بیمارستانهای آموزشی، بدلیل تعدد مراجعات به بیمار توسط دانشجویان و کادر درمانی و یکسان بودن پوشش ایشان ربط داد که می‌تواند توجه کننده درصد بسیار بالای نقش پزشکان در آموزش بیمار از دیدگاه بیماران باشد؛ بنظر می‌رسد انجام مطالعات بیشتر در این زمینه به روشن شدن بیشتر موضوع و رفع شبهات کمک نماید. از سوی دیگر کم اهمیت انگاشتن نقش پرستاران در آموزش بیمار از سوی بیماران را نیز می‌توان بر این اساس توجیه نمود که پرستاران با توجه به دلایلی همچون کمبود وقت، حجم کاری زیاد و عدم تاکید از سوی مدیران که خود به عنوان موانع آموزش بیمار اعلام نموده اند، عملاً نقش موثری در این زمینه ایفا نمی‌نمایند؛ اسماعیلی نیز در مطالعه خود موانع اجرای آموزش بیمار در هر سه مرحله از فرآیند آموزش بیمار را بسیار با اهمیت تلقی نموده است (۱۲). کندال و همکارانش نیز در تحقیق خود دریافتند که پرستاران نقش زیادی برای خود در آموزش بیمار قائل نیستند (۱۳). بررسی عمیق‌تر یافته‌ها، موید همخوانی این واقعیت با یافته دیگر تحقیق است که نشان می‌دهد حدود ۷۲٪ مدیران نیز امکان ایفای نقش آموزش از سوی پرستاران را در شرایط فعلی منفی می‌دانند. در این راستا وفایی نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مدیران مراکز بهداشتی درمانی نسبت به فعالیتهای جاری پرسنل خود بی توجهی نشان می‌دهند. (۱۴) همچنین برهانی در پژوهش خود هماهنگی بین نظرات پرستاران و مدیران پرستاری در مورد اهمیت موانع آموزش بیمار را نشان می‌دهد و اعلام می‌کند که در رتبه بندی موانع آموزش بیمار بیشترین اهمیت از دیدگاه پرستاران و مدیران به ترتیب به موانع مربوط به پرستار، موانع مربوط به محیط و موانع مربوط به بیمار مربوط می‌شود (۱۵).

افراد مورد مطالعه نیاز به وجود برنامه آموزش بیمار را اعلام نموده‌اند (۷). در بررسی شیوه‌های آموزش، توجه به کاربرد روش آموزش چهره به چهره از سوی ارائه دهندگان در بیش از ۹۵٪ موارد و ارائه آموزش به شیوه گروهی در کمتر از ۵٪ موارد از این نظر حائز اهمیت است که می‌دانیم تحقق برخی اهداف آموزش سلامت همچون اهداف حیظه شناختی (تغییر نگرش و تمرین تصمیم‌گیری...) جز با شیوه‌هایی همچون بحث گروهی میسر نخواهد بود (۸). از سوی دیگر عدم کاربرد روشهای آموزش گروهی را می‌توان به یافته‌های دیگر تحقیق، همچون ناکافی بودن مهارت کارکنان در ارائه این نوع آموزشها، فراهم نبودن فضای آموزش مناسب برای تشکیل این جلسات و تخصیص ندادن وقت مناسب برای آموزش نسبت داد. بارباز نیز در مطالعه خود مهارت آموزش پرستاران را نا کافی دانسته و نیاز ایشان به آموزش در زمینه فرآیند آموزش به بیمار را نشان داده است (۹)؛ ارائه ۸۵٪ آموزش به بیمار توسط پزشکان با یافته دیگر همین پژوهش که بیماران، پزشکان را مهم ترین منبع ارائه اطلاعات (۶۰/۸٪) و سایر پرسنل درمانی را کم اهمیت ترین منبع (۵/۶٪) معرفی نموده اند همسویی نشان می‌دهد؛ این امر را می‌توان چنین توجیه نمود که از آنجا که از نظر جامعه شناسی پزشکی، پزشکان مورد اعتماد ترین منبع مرتبط با مسائل مربوط به سلامت و بیماری افراد جامعه محسوب می‌شوند بیماران هر گونه برقراری ارتباط سلامتی از سوی پزشک و هرگونه توصیه و نظر ارائه شده از سوی پزشک را آموزش تلقی می‌نمایند و ممکن است به همین دلیل آموزش ارائه شده از سوی پرستاران را کمتر از میزان واقعی ارزیابی نموده باشند، اما مطالعاتی دیگر نشان می‌دهند بیماران برای اطلاعاتی که از کارکنان درمانی دریافت می‌کنند ارزش قائل هستند و مداخلات اجرا شده از سوی پرستاران در این زمینه موثر است (۱۰) و بیماران، پرستاران را بعنوان منبع ارائه توصیه‌های صحیح

به نحوی که آموزش قادر نبوده است تأثیری بر روند درمان بعد از ترخیص داشته باشد و یافته‌های قبلی این تحقیق نیز موید این امر است. در این زمینه تاسیس واحدی تحت عنوان مرکز آموزش و اطلاعات سلامت<sup>۱</sup> توصیه می‌گردد.

همخوانی موانع آموزش بیمار از سوی پرستار و پزشک دلیلی بر این امر است که موارد ذکر شده از مشکلات اصلی بیمارستان‌های مورد مطالعه است؛ پارک نیز در تحقیق خود رویکرد سیستمیک برای تحقق ادغام خدمت آموزش بیمار در خدمات رایج بیمارستانها را توصیه می‌کند (۱۶) کم اهمیت تلقی کردن جزء آموزش بیمار در فرایند مراقبت درمانی از سوی مدیران، پزشکان و پرستاران یافته حائز اهمیت دیگر این تحقیق است که یافته‌هایی همچون آموزش دیدن اکثریت بیماران (۴۷٪) تنها یک بار در طول مدت بستری (علیرغم میانگین طولانی مدت بستری بیمار در بیمارستان یعنی ۷ روز) و مدت زمان کوتاه همان تنها جلسه آموزشی (۵ دقیقه) در اکثریت موارد آموزش ارائه شده (۸۳٪) موید این واقعیت است. اما نکته جالب توجه آنست که این امر با یافته دیگر پژوهش که نشان می‌دهد ۸۱/۳٪ مدیران و سرپرستاران ۸۲٪ پزشکان و ۸۸٪ پرستاران نگرش مثبت نسبت به آموزش بیمار دارند ناهمخوان است که خود گویای این امر است که عملکرد ایشان با نگرشان همسویی نشان نمی‌دهد. این تناقض را شاید بتوان چنین توجیه نمود که یا ایشان مایل بوده‌اند تصویری بهتر از خود در زمینه آموزش بیمار نشان دهند و یا آنکه دارای نگرشی مثبت در خصوص آموزش بیمار می‌باشند اما موانع موجود امکان تحقق این نگرش را میسر ننموده است. در این زمینه انجام مداخلاتی به منظور ارتقای عوامل قادر سازنده بر اساس مدل‌های ارتقای سلامت

یافته دیگر پژوهش در زمینه کوتاه بودن مدت زمان آموزش ارائه شده به بیمار نیز شاهد دیگری بر توجیه مدعای ارائه شده است. در این زمینه بازنگری در شرح شغل این کارکنان ضروری بنظر می‌رسد. یکی دیگر از نکات شایان توجه در این مطالعه آن است که ۷۳٪ پزشکان مورد مطالعه اعلام نموده‌اند تجربه آموزش به بیمار را داشته‌اند که تحلیل دقیق‌تر یافته‌ها و نگاهی به یافته مربوط به مدت زمان که بر اساس اظهار بیماران در ۸۳/۳٪ موارد کمتر از ۵ دقیقه آموزش دیده‌اند و نیز محتوای آموزش ارائه شده که عمدتاً مربوط به نحوه درمان بیماری بوده است؛ گویای آنست که پزشکان برقراری هر گونه ارتباط کلی بهداشتی و ارائه هرگونه توصیه به بیمار و نه اجرای کامل فرایند آموزش به بیمار را بعنوان آموزش بیمار تلقی می‌نمایند که خود نشان دهنده درک ناکافی از مفهوم علمی آموزش بیمار از سوی پزشکان است که دو یافته مهم پژوهش در این زمینه: ۱- کم اهمیت دانستن ویژگی‌های شناختی بیمار (از سوی ۷۹٪ پزشکان) و ۲- ویژگی‌های فرهنگی بیمار (از سوی ۳۰٪ پزشکان) نیز شاهد دیگری بر این مدعا است. در این زمینه ارائه برنامه‌های بازآموزی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان ضروری به نظر می‌رسد. همچنین یافته دیگر پژوهش مبنی معنی‌داری نگرش پزشک نسبت به آموزش با سن وی (پزشکان با سن کمتر و سابقه کار کمتر نگرش مثبت تری به آموزش داشتند) را می‌توان چنین توجیه نمود که پزشکانی که از ورودشان به نظام سلامت مدت زیادی نمی‌گذرد قادرند انگیزه‌های لازم برای ارائه خدمت جامع درمانی شامل آموزش بیمار را حفظ نمایند اما بتدریج با تأثیر پذیری از سیستم و بدلائل مدیریتی این انگیزه در ایشان کاهش می‌یابد. یافته دیگر تحقیق مبنی بر عدم وجود همبستگی بین سابقه بستری قبلی و وجود نگرش مثبت در بیماران نسبت به آموزش می‌تواند نشان دهنده ناکارآمد بودن آموزش ارائه شده به بیماران در طی دوران بستری باشد،

<sup>1</sup>. Health education and information center



درمانی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه که کمال همکاری را با پژوهشگران داشته اند تشکر و قدردانی می‌نماید.

همچون مدل پرسید<sup>1</sup> و یا مداخلات مدیریتی مناسب پیشنهاد می‌گردد. این پژوهش این حقیقت را آشکار ساخت که ارائه دهندگان خدمات سلامت برای آموزش بیمار اهمیت و اولویت کافی قائل نمی‌شوند، در حالی که توجه تیم سلامت به آموزش بیمار تاثیر بسزایی بر ارتقاء سلامت دارد.

بطور کلی نتایج این پژوهش نشان دهنده کم اهمیت تلقی کردن جزء آموزش بیمار در فرایند مراقبت درمانی از سوی مدیران، پزشکان و پرستاران؛ درک ناکافی از مفهوم علمی آموزش بیمار از سوی پزشکان؛ غیر جامع بودن محتوای آموزش ارائه شده و ناکافی بودن مدت زمان آموزش در هر دفعه آموزش؛ کم اهمیت انگاشتن نقش پرستاران در آموزش بیمار از سوی بیماران و وجود موانعی همچون کمبود وقت، حجم کاری زیاد و عدم تاکید از سوی مدیران می‌باشد.

بر این اساس موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- بازنگری و تدوین شرح شغل برای کارکنان بیمارستان‌ها
- ارائه برنامه‌های باز آموزی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان به منظور ارتقاء توانمندی آنان در آموزش بیمار
- افزایش امکانات آموزشی و تاسیس واحدی تحت عنوان مرکز آموزش و اطلاعات سلامت در هر بیمارستان
- اتخاذ روند تشویقی برای ارائه آموزش بیمار در خدمات جاری بیمارستانها.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در تصویب و تامین اعتبار مالی طرح مشارکت داشته اند و همچنین از مدیران و کارکنان بخش‌های

### References:

- 1- Nutbeam D. Health Promotion Glossary, Health Promotion International, Oxford University Press, 2003; 13(4): 349-364.
- 2- WHO. Health Promoting Hospitals. Accessed at: <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hph/home>. [Cited 2004 March 17].
- 3- Sadaghiani A. Organization and Management of Hospital, First edition, Tehran: Jahan Rayane; 1998: 304-6. [Persian]
- 4- Terry PE, Healey ML. The physician's role in educating Patients. A comparison of mailed versus Physician-delivered patient education. J Fam Pract. Apr 2002; 49(4): 314-8.
- 5- Bartlett, E. Cost-Benefit Analysis of Patient Education. Patient Education and Counseling. 2001; 26(1-3): 87-91.
- 6- Gruninger, U.J. Patient education : an example of one - to - one communication's Hum Hypertens . 2002; 9(1):15-25.
- 7- Shidfar MR. Hoseini M. Effect of Educational Programming on Awareness and attitude of Patient with MI in hospital of MUMS, Birjand University of medical sciences.; 2007; 14(1):18-26. [Persian]
- 8- Shidfar MR. Educational Programming, Practical design for following of Health. Third Edition ,

1. PRECEDE

- Mashad: Siawosh Pub; 1998: 80-82.  
[Persian]
- 9- 9-Barbaz A. A survey on educational needs of nursing about patient with MI in Tehran. M.S. Thesis. Tehran University of Medical Science; 1991:192-205.
  - 10- Hill, R . Nursing intervention and smoking cessation interventions. Heart Lung. 1991; (28): 438 – 54.
  - 11- Wiles, R. Empowering practice nurses in the follow– up of patients with established heart disease : lessons from patients experiences. Journal of Advanced Nursing; 2003; 26 (4): 729 – 735.
  - 12- Esmaili R. View point of nursing toward barriers of doing patient education in hospitals of Iran University of Medical Sciences. MS thesis. Iran University of Medical Sciences; 1993.
  - 13- Kendall S, Deacon-Crouch M, Raymond K. Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists: a staff development issue. J Nurses Staff Dev. 2007 Jul-Aug; 23(4):173-9.
  - 14- Vafae A, Majdi M , Khabazkhoob M. Appraisal of Supervisors Attitude and Managerial Performance in Health Care Facilities-Mashhad. Journal of Applied Sciences. 2007; 7 (21): 3326-3329. [Persian]
  - 15- Borhani F. The Comparison of view point of nursing and managers toward importance of patient education barriers. M.S. thesis. Kerman University of Medical Sciences; 1995. [Persian]
  - 16- Park M. Nurses' Perception of Performance and Responsibility of Patient Education. Taehan Kanho Hakhoe Chi. Dec 2005; 35(8):1514-21