

نهادینه کردن آموزش سلامت به بیماران در مراقبت‌های بالینی: یک اقدام پژوهی *

فرزانه گل‌آقایی^{۱*}؛ فریده باستانی^۱؛ منصوره اشغلی فراهانی^۲

چکیده

زمینه: با وجود دانش کافی درباره تأثیر آموزش بیمار، این عملکرد تاکنون در موقعیت‌های بیمارستانی نهادینه نشده است. به منظور استقرار پایدار آموزش بیمار در مراقبت بالینی، یک اقدام پژوهی طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ در یک بیمارستان دانشگاهی در شهر اراک صورت گرفت. این مقاله بخشی از تجربیات و دانش حاصل از چرخه دوم این اقدام پژوهی شامل مراحل عمل و بازاندیشی بر عمل را به اشتراک می‌گذارد.

روش‌ها: این مطالعه با روش باهم- پژوهی به‌عنوان شکلی از اقدام پژوهی صورت گرفت و در آن یک سرپرستار، ده پرستار بخش و یک عضو هیئت علمی پرستاری در جهت تغییر عملکرد آموزش به بیمار/خانواده در بخش مشارکت داشتند. در مرحله عمل، آموزش شفاهی و کتبی بیماران و خانواده‌ها در طی دوران بستری و ترخیص صورت گرفت. در مرحله بازاندیشی، اقدامات انجام‌شده به روش بحث گروهی متمرکز مورد نقد قرار گرفت. تحلیل محتوای کیفی به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌کار گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در دوره اقدام پژوهی حرکت به سوی نهادینه شدن آموزش بیمار در مراقبت بالینی آغاز شده است. یادگیری پرستاران در عمل، رهبری سرپرستار، دریافت بازخوردهای تقویت‌کننده و بهبود ارتباط با بیماران بر موفقیت آمیز بودن فرایند تغییر دلالت داشت. محدودیت‌های محیط عملکرد، حمایت نشدن از سوی مدیران پرستاری و نیاز به کسب خبرگی در آموزش دادن به‌عنوان چالش‌های تداوم تغییر، پیش روی شرکت‌کنندگان قرار داشت.

نتیجه‌گیری: مشارکت جمعی پرستاران، شروع حرکت به سوی تغییر عملکرد آموزش بیمار را میسر ساخت. تداوم آموزش بیمار در بالین به غلبه بر چالش‌های مرتبط با حمایت ناکافی از سوی مدیران پرستاری و محدودیت‌های محیطی نیاز دارد.

کلیدواژه‌ها: آموزش بیمار، اقدام پژوهی، بازاندیشی، مراقبت بالینی

«دریافت: ۱۳۹۱/۶/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۵»

۱. گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* عهده‌دار مکاتبات: اراک، میدان بسیج، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم (ص)، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۸۶۱۴۱۷۳۵۲۴

Email: fgolaghaie@yahoo.com

* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی خانم فرزانه گل‌آقایی جهت اخذ درجه دکترای تخصصی پرستاری از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

مقدمه

مراقبت کنند (۱). در سال‌های اخیر، دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی به دلیل افزایش سطح سواد عمومی و گسترش وسایل ارتباط جمعی، اطلاعات بیشتری را درباره فرآیند درمان و برنامه‌های مراقبتی خود تقاضا می‌کنند. تحولات اجتماعی - اقتصادی در عصر حاضر نیز به تغییر تمرکز از

آموزش سلامت به بیماران و خانواده‌های آن‌ها از ابعاد مهم مراقبت‌های بهداشتی درمایشناخته می‌شود. آموزش بیمار که بخشی از حوزه وسیع‌تر آموزش سلامت به‌شمار می‌آید، به‌عنوان فرآیندی شناخته می‌شود که از طریق آن افراد یاد می‌گیرند از سلامت خود و جامعه

و پور ابولی (۱۲) نیز نشان داده است که بیماران از آموزش‌های حین ترخیص، رضایت کم‌تری داشته و معتقدند که فرصت بسیار اندکی برای طرح سؤالات، رفع ابهامات و برآورده شدن نیازهای آموزشی در اختیار آن‌ها بوده است.

تأثیر مداخلات متنوع بر بهبود عملکرد آموزشی پرستاران در چندین تحقیق نیمه‌تجربی در کشور ما مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعه حشمتی نبوی، معماریان و ونکی (۱۳) درباره تأثیر سیستم نظارت بالینی بر عملکرد آموزشی پرستاران و پژوهش اشقلی فراهانی و همکاران (۱۴) بر روی استفاده از مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی در آموزش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر، پیامدهای مثبت این مداخلات در شرایط کنترل‌شده را به اثبات رسانده است. با این حال، انسجام برنامه‌های آموزش به بیمار با مراقبت‌های بالینی تاکنون تحقق نیافته است. از همین رو، ضرورت به‌کارگیری رویکردهای مناسب در جهت ایجاد تغییرات مورد انتظار و کاستن فاصله بین شواهد علمی و عملکردها بیش از پیش آشکار می‌شود. صاحب‌نظران معتقدند که پژوهش‌ها لازم است از توصیف عملکردهای بالینی فراتر رفته و از توضیح "آنچه بود" به "آنچه هست" به سمت "آنچه می‌تواند باشد" پیش رود (۱۵).

تغییر پایدار عملکردهای بالینی، به شناخت عمیق عملکرد و بستر اجرای آن از سوی پژوهشگران پرستاری و پرستاران بالینی به‌عنوان افراد درگیر در موقعیت و سپس اقدام جمعی در جهت تغییر وضع موجود نیاز دارد. از همین رو، اقدام پژوهی به‌عنوان یک رویکرد مشارکتی مبتنی بر بستر، برای دستیابی به هدف استقرار پایدار عملکرد آموزش بیمار در میان پرستاران مورد توجه قرار گرفت. این رویکرد، درک و شناخت عمیق‌تر مشکل در بستر واقعی و در نتیجه تصمیم‌گیری آگاهانه و واقع‌بینانه برای تغییر وضعیت موجود را ممکن می‌سازد (۱۶). پیشنهاد انجام این اقدام پژوهی در یک جلسه کاری در مرکز درمانی آموزشی با سرپرستار بخش جراحی مغز و

مراقبت‌دهندگان به مراقبت‌گیرندگان منجر شده است به طوری که بیماران بیش از پیش مسئول اصلی اداره بیماری و بهبودی خود شناخته می‌شوند (۲). از همین رو، منشور حقوق بیمار در بسیاری کشورها از جمله ایران، دریافت اطلاعات درباره روش‌های تشخیصی - درمانی و نقاط ضعف و قوت و عوارض احتمالی آن‌ها، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار را به‌عنوان یک حق اساسی مورد تأکید قرار داده است (۳).

بر اساس الزامات قانونی در برخی کشورها وضعیت آموزش بیمار به‌عنوان یک معیار اعتبارسنجی سازمان‌های مراقبتی و همچنین یکی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی به‌شمار آمده است (۴). این در حالی است که در کشور ما انسجام آموزش سلامت با فعالیت‌های مراقبت از بیمار، همچنان با چالش‌های جدی مواجه می‌باشد (۵). گرچه همه کارکنان بهداشتی درمانی از جمله پزشکان، متخصصین تغذیه، داروسازان و فیزیوتراپیست‌ها می‌توانند نقش قابل‌ملاحظه‌ای در آموزش بیماران داشته باشند، نقش پرستار به‌عنوان آموزش‌دهنده اصلی در محیط‌های بالینی مورد تأکید می‌باشد (۶). صاحب‌نظران تأکید می‌کنند که آموزش بیمار، عملکردی جدای از مراقبت نیست و همانند جنبه‌های فنی مراقبت از وظایف پرستاران بالین به‌شمار می‌آید (۷).

علی‌رغم بدنه انبوه دانش درباره آثار مثبت آموزش بیمار، واقعیت‌های موجود در بستر بالینی بر نارسایی عملکرد در این حیطة دلالت دارد. مطالعه مردانیان دهکردی، سلحشوریان فرد و محمد علیها (۸) نشان می‌دهد که پرستاران زمان صرف‌شده برای آموزش بیماران را در مقایسه با سایر وظایف خود در رتبه هفتم قرار داده‌اند. پژوهش‌های صورت‌گرفته درباره رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری نیز نشان می‌دهد که بیماران در میان ابعاد رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری، کم‌ترین رضایت را از آموزش بیمار داشته‌اند (۹) و (۱۰). نتایج مطالعه محمدپور و دهقان‌نیری (۱۱) و نوحی

شرکت کنندگان ممکن است روش کار، شکل عمل و راه‌های جمع‌آوری داده‌ها را اصلاح کرده و یا گسترش دهند (۱۹).

توصیف کامل محیط این پژوهش و شرکت کنندگان و همچنین روشن ساختن شرایط موجود در موقعیت عملکرد، امکان تصمیم‌گیری درباره مشابهت بستر مطالعه با سایر بسترها و در نتیجه قضاوت درباره قابلیت انتقال یافته‌ها (transferability) به سایر موقعیت‌های بالینی را فراهم می‌آورد. این مطالعه در بخش جراحی مغز و اعصاب یک مرکز درمانی- آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک به اجرا درآمد. این بخش با ظرفیت ۲۶ تخت، پذیرش بیماران مرد و زن در همه رده‌های سنی (کودک تا بزرگسال) و دامنه متنوعی از جراحی‌های انتخابی و اورژانسی را به عهده داشت. نسبت پرستار به بیمار در نوبت صبح ۱ به ۶، در نوبت عصر ۱ به ۸ و در نوبت شب ۱ به ۱۲ و در تمام دوره مطالعه ثابت بود. پرستاران در هر نوبت کاری علاوه بر عهده‌دار بودن مسئولیت مراقبت از تعدادی بیمار، طبق برنامه تعیین‌شده توسط مسئول بخش، وظایف محول را نیز انجام می‌دادند. در مدت بستری بودن بیمار، یکی از اعضای خانواده یا خویشاوندان اومی توانستند به‌طور شبانه‌روز بر بالین او حضور داشته باشند.

ده پرستار بخش به همراه دو شروع‌کننده تحقیق یعنی سرپرستار بخش و عضو هیأت علمی پرستاری (در مجموع ۱۲ شرکت‌کننده) گروه باهم‌پژوهی را تشکیل دادند. همه پرستاران بالینی به جز یک نفر (بیمار) مدرک کارشناسی پرستاری داشتند. دامنه سنی آن‌ها ۲۳-۴۰ سال و دامنه سابقه کار آنان کم‌تر از ۱ سال تا ۲۰ سال بود. سرپرستار بخش، مرد و سایر شرکت کنندگان زن بودند. شرکت در اقدام‌پژوهی کاملاً داوطلبانه بود به طوری که شرکت کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از ادامه مشارکت منصرف شوند. رضایت کتبی آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ و به آن‌ها اطمینان داده شد که شرکت نکردن در این پروژه هیچ‌گونه پیامد منفی شغلی

اعصاب مطرح شد. دلیل انتخاب این بخش برای انجام اقدام‌پژوهی، پی بردن به انگیزه و اشتیاق سرپرستار برای پیشبرد عملکرد پرستاران در این حیطة بود. در مقاله حاضر سعی شده است تا تجربیات و دانش حاصل از مراحل عمل و بازاندیشی در چرخه دوم این اقدام‌پژوهی به اشتراک گذارده شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با روش با هم- پژوهی (co-operative inquiry) به‌عنوان شکلی از اقدام‌پژوهی انجام شد. در باهم‌پژوهی، گروهی از افراد که ممکن است کارکنان یک حرفه باشند، حیطة خاصی از عملکرد خود را مورد تحقیق قرار می‌دهند. گروه باهم‌پژوه از طریق چرخه‌های تکرارشونده بازاندیشی (reflection) و عمل، درک بیشتری از زندگی فردی یا کاری پیدا می‌کنند و قادر خواهند بود از طریق انجام اعمال مورد توافق دگرگونی‌های موردنظر در عملکرد را به وجود آورند. هرچرخه باهم‌پژوهی از چهار مرحله تشکیل می‌شود. مرحله اول به بازاندیشی اختصاص دارد. طی این مرحله، گروهی از افراد یا کارکنان که برای کشف یا تغییر جنبه‌هایی از کار یا زندگی خود موافقت کرده‌اند، مجموعه‌ای از روش‌کارها را برای مشاهده و ثبت تجارب خود انتخاب می‌کنند. سپس، یک برنامه عملرا برای اجرای کارهای مورد توافق طراحی می‌کنند. در مرحله دوم، شرکت کنندگان، نقش پژوهش‌شونده را نیز به عهده دارند و اجرای عملکردهای مورد توافق را شروع می‌کنند (۱۷). در مرحله سوم، شرکت کنندگان به‌طور کامل در فعالیت و تجربه خود غرق می‌شوند. به طوری که ممکن است با تجارب پیش‌بینی‌نشده برخورد کنند و یا به بینش‌های جدید دست یابند (۱۸). مرحله چهارم که بعد از یک دوره مناسب و مورد توافق از درگیر شدن در مراحل دوم و سوم شروع می‌شود، به بازاندیشی مجدد اختصاص دارد. در این مرحله، اعضای گروه گرد هم می‌آیند تا داده‌های حاصل از تجارب خود را به اشتراک‌گذارند. در مرحله پایانی یک چرخه،

در مرحله بازاندیشی، روش بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری داده‌ها به کار گرفته شد. در این روش، شرکت‌کنندگان از طریق طرح پرسش‌های مربوط به تجارب آن‌ها، واکنش به تجارب همدیگر و بحث درباره نقطه نظرات متفاوت به گفتگو تشویق شدند و فرصت کشف و آشکار شدن ارزش‌های مورد نظر فراهم آمد (۲۱). قبل از شروع کار، رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان برای ضبط صدا در طی جلسات بحث گرفته شد. جلسات بحث بر اساس توافق اعضا در محل بخش، در ساعت پایانی نوبت کاری صبح (ساعت ۱۴-۱۳) و یک روز در هفته برگزار می‌شد. برگزاری بحث گروهی در این زمان، امکان حضور حداکثری پرستاران شاغل در نوبت کاری صبح و عصر را فراهم می‌آورد. پرستاران از طریق اطلاع‌رسانی سرپرستار در تابلوی بخش از زمان جلسه آگاه می‌شدند. با این وجود در هر جلسه یک یا دو پرستار به دلیل داشتن برنامه در نوبت شب در جلسه غایب بودند. تسهیل‌گر طی هر جلسه که به مدت ۶۰-۵۰ دقیقه طول می‌کشید، با کمک راهنمای سؤالات، جلسه را شروع و ادامه بحث را هدایت می‌کرد. پس از آن که محتوای سومین جلسه بحث نشان داد که اطلاعات جدیدی مطرح نمی‌شود، بازاندیشی در این مرحله خاتمه یافت. به منظور اطمینان از قابل تأیید بودن (confirmability) داده‌ها، فایل‌های صوتی بحث در گروه‌های متمرکز به صورت دیجیتالی نگاه‌داری و یادداشت‌های روزانه از وقایع اقدام‌پژوهی به منظور توصیف کامل رویدادها ثبت شد.

داده‌های حاصل از بحث گروهی متمرکز با استفاده از تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی (conventional) تجزیه و تحلیل شد. در این رویکرد، طبقات به طور مستقیم از داده‌ها ناشی می‌شود و تحلیل‌گر از دیدگاه نظری از پیش تعیین شده استفاده نمی‌کند. مزیت این نوع تحلیل محتوا آن است که دانش به وجود آمده مبتنی بر دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان و برآمده از اطلاعات مربوط به بستر واقعی مطالعه می‌باشد (۲۲).

برای آن‌ها نداشته و یافته‌ها بدون ذکر نام افراد منتشر می‌شود.

چرخه دوم اقدام‌پژوهی از ابتدای خرداد تا پایان بهمن ۱۳۹۰ به اجرا درآمد. در چرخه قبل، توانمند شدن پرستاران برای آموزش بیمار مورد تمرکز قرار داشت. شرکت‌کنندگان طبق برنامه عمل مورد توافق در چرخه دوم توانستند یک مجموعه آموزشی در چهار بخش شامل راهنمای بیماران و خانواده‌ها در بدو ورود، تصویربرداری‌های تشخیصی و اطلاعات مورد نیاز بیماران درباره درمان و مراقبت قبل و بعد از عمل در جراحی‌های مغز و ستون مهره‌ها و همچنین اطلاعات مورد نیاز بیمار و خانواده در زمان ترخیص را تدوین و با مساعدت مالی مدیریت بیمارستان منتشر کنند. به منظور در دسترس بودن برای بیماران و خانواده‌ها، این مجموعه آموزشی با کیفیتی با دوام، تهیه و بر بالین هر بیمار تعبیه شد. پرستاران بخش، اطلاعات و آموزش‌های مورد نیاز را طبق طرح‌های آموزشی تدوین شده به‌طور شفاهی در مراحل شروع بستری شدن بیمار، قبل و بعد از جراحی و زمان ترخیص به بیماران و خانواده‌های آنان ارائه کردند. آموزش‌ها اغلب بر بالین بیمار و در حضور عضو خانواده انجام می‌شد و یادگیرنده ممکن بود بیمار، عضو خانواده یا هر دوی آن‌ها باشند. پس از اجرای آموزش، ارزشیابی یادگیرنده با استفاده از پرسش‌های شفاهی صورت می‌گرفت. علاوه بر این، پمفلت‌های آموزشی زمان ترخیص در اختیار بیماران با سواد یا عضو خانواده همراهی قرار می‌گرفت. سپس پرستار، فعالیت آموزشی خود را در برگیرنده آموزش بیمار/خانواده ثبت می‌کرد. شرکت‌کنندگان پس از ۶ ماه گرد هم آمدند تا تجربیات خود در مرحله عمل را مورد بازاندیشی قرار دهند. درگیری مستمر شرکت‌کنندگان (prolonged engagement) به‌عنوان هم-پژوهشگر در مراحل عمل و بازاندیشی و همچنین بازبینی یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان (member check) به افزایش اعتبار (credibility) تولید و تفسیر یافته‌ها کمک کرد (۲۰).

طبقه، مشابهت و یا تفاوت بین طبقات، تعیین و چندین زیر طبقه در یک طبقه با عنوان کلی تر قرار داده شد. تحلیل و تفسیر طبقات منجر به استخراج یک درون‌مایه اصلی با مفهوم انتزاعی تر شد. طی یک جلسه گروهی شرکت‌کنندگان، طبقات و زیرطبقات به دست‌آمده را مورد بحث و تبادل نظر قرار دادند. بنابراین، اجماع شرکت‌کنندگان و تأیید اساتید درباره تحلیل داده‌ها حاصل شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از بازاندیشی، وجود درون‌مایه اصلی "حرکت به سوی نهادینه شدن آموزش بیمار در مراقبت از بیماران" را نشان داد. طبقات به دست‌آمده از تحلیل محتوا و زیرطبقات مربوط به هر یک در جدول ۱ نشان داده شده است. هر یک از طبقات و زیر طبقات با آوردن نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان تشریح می‌شود.

به‌منظور اطمینان از قابلیت اعتماد (dependability) یافته‌ها، روش تحلیل داده‌های کیفی حاصل از بحث گروهی به‌طور گام به گام تشریح می‌شود. تسهیل‌گر پس از پایان هر جلسه بحث گروهی، فایل صوتی مباحثات را به‌طور کلمه به کلمه نسخه‌برداری می‌کرد. سپس متن نسخه‌ها در فایل word ماشین‌نویسی شد. کدگذاری داده‌ها به‌صورت دستی انجام گرفت به این ترتیب که واحدهای معنایی که می‌توانست از یک کلمه تا چندین جمله باشد، مشخص و عناوین توصیف‌کننده (کد) مرتبط با آن در حاشیه متن وارد شد. نسخه‌های کدگذاری‌شده در اختیار دو نفر از اساتید آشنا با آنالیز داده‌های کیفی قرار گرفت و اصلاحات و بازنگری لازم بر روی آن‌ها صورت گرفت. همه کدهای حاصل به یک صفحه جداگانه (صفحه کدها) منتقل و طبقه‌بندی کدها از طریق تفسیر معانی و تصمیم‌گیری درباره ارتباط آن‌ها صورت گرفت. پس از قرار دادن کدهای دارای معنی و مفهوم مشابه در یک

جدول ۱- زیرطبقات، طبقات و درون‌مایه حاصل از بازاندیشی بر عملکرد آموزش بیمار به روش بحث گروهی متمرکز

زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه
یادگیری همراه با یاد دادن کسب دانش عملی آموزش بیمار	یادگیری در عمل	
نظارت بر عملکرد تسهیل تغییر	رهبری سرپرستار	
استقبال بیمار/ خانواده از آموزش‌ها دریافت بازخورد مثبت از پزشکان	بازخوردهای تقویت‌کننده	
برآورده شدن نیاز بیمار/ خانواده شناخته شدن نقش آموزشی پرستار بهبود ارتباط پرستار با بیمار/ خانواده	برایندهای آموزش بیمار و خانواده	
بهبود کارکرد پرستار نیاز به خبرگی در آموزش بیمار الگوی نامشخص انتقال اطلاعات به خانواده بیمار حمایت نشدن از سوی مدیران پرستاری	چالش‌های پیش رو	
محدودیت‌های محیط عملکرد		

۱- یادگیری در عمل

پرستاران با درگیر شدن در آموزش بیمار/ خانواده، دانش عملی آموزش بیمار را کسب کردند. شرکت کننده ۷ تجربه خود را چنین بیان کرد: "من اولها که مثلاً به مریض ترخیصی داشتم پمفلت را با خودم می بردم. هی یکی یکی نگاه می کردم. سه چهار بار که گفتم دیگه اصلاً خودم حفظ شدم، برای ماه دوم و سوم دیگه پمفلت هم با خودم نمی بردم. از حفظ بودم که اولش باید بگم کمر بند را در موقع راه رفتن می بندی این جور. اولهاش سخت بود چون باید پمفلت را می بردم نگاه می کردم... به موقع آدم یادش می رفت هی نگاه می کردم روی برگه. بعد از یکی دو ماه که این کار را انجام دادم، الان مثلاً شکستگی ستون مهره ها همش را حفظم. در عرض ۵ دقیقه سریع آموزش ها را می گم. خیلی راحت تر شده نسبت به اول."

۲- رهبری سرپرستار

شرکت کنندگان در باهم پژوهی، سرپرستار را عامل مؤثری در اجرای فعالیت های آموزش بیمار در بخش می دانستند. شرکت کننده ۹ در این باره گفت: "مطمئن باشید اگه هد بخش با اشتیاق نیاد... مطمئن باشید بچه ها هم خیلی (همکاری نمی کنند) یعنی آقای "غ" به ما سخت گیری می کرد. مثلاً هر چند وقت می اومد نگاه می کرد، بعد تذکر می داد. خب، این خیلی تأثیر داشت." شرکت کننده ۵ رفتارهای رهبری سرپرستار را چنین توصیف کرد: "... هر کس رو با اون سنخیت روحی روانی خودش خیلی خوب می شناسه... شیوه رفتارش هم خیلی خوبه، بچه ها را خوب می شناسه. ذات بچه ها رو... مثلاً می گه که تو خیلی دلسوزانه کار می کنی برای مریض. حالا من اگه به خورده هم حواسم بعضی موقع ها نباشه، سعی می کنم با دقت بیشتری کار کنم. یعنی به جورایی کار بچه ها توی دستشه. همه بچه ها رو می شناسه. باهاشون چه جور رفتار کنه و فکر می کنم که هم نکات عیبمون رو می گه، هم نکات خوبمون رو می گه..."

۳- بازخوردهای تقویت کننده

استقبال بیماران و خانواده های آنان از اقدامات آموزش بیمار در بحث گروهی بازگو شد. شرکت کننده ۴ گفت: "از وقتی هم که کتابچه ها را بالای سرشون گذاشتیم ... مثل یک کتاب داستان شده، خوششون می اومد. اکثراً از اول تا آخرشو می خواندند. مگر این که سواد نداشت که نمی خواند. حتی همراهها را هم بارها دیده بودم، وقتی خودم می رفتم تو اتاق آموزش بدم می گفت من این رو دیگه حفظم. همش رو بلدم. بررسی می دونم چه کار کنم."

بازخورد مثبت پزشکان به طور مکرر مورد اشاره شرکت کنندگان قرار گرفت. شرکت کننده ۷ تجربه خود را چنین بیان کرد: "یک بار من خودم که با دکتر الف بودم، دکتری هست که جدید اومده، گفت که (آموزش) ورزش ها که اسم خاصی داشت رو دارید؟ گفتم نه دکتر، ما این ها رو داریم. گفت چقدر خوبه. حالا من هم به سری ورزش برای مریضام دارم که می گم اینا هم کپی کنید و به همین شکل بدید به مریضا..."

۴- برآیندهای آموزش بیمار و خانواده

شناخته شدن نقش آموزشی پرستاران برای بیماران و خانواده ها به عنوان یکی از پیامدهای عملکرد آموزش بیمار در طی بحث گروهی مورد اشاره قرار گرفت. شرکت کننده ۹ چنین بیان کرد: "مریضامون اکثراً منتظر بودند فقط دکتر بیاد، حتی کوچک ترین سؤالشون، این که دکتر من می تونم به وری هم بخوابم، دکتر من می تونم بشینم. اینارو وقتی ما خودمون به مریض می گیم، سؤالای دیگه شون هم می آن باز از پرستار می پرسند تا این که بخوان همش از دکتر پرسند."

شرکت کنندگان برآورده شدن نیازهای آموزشی بیماران/ خانواده ها را از پیامدهای محسوس اجرای عملکرد آموزش بیمار دانستند: شرکت کننده ۴ این موضوع را این گونه بیان کرد: "دیگه همراهها کم تر می اومند تو استیشن سؤال کنند که حالا مثلاً دکتر کی میاد، چه موقع عملش می کنید. اونیه که تازه اومده بود تو بخش، یا بعد از این که عمل می شد یا می خواست بره اتاق عمل،

شرکت کننده این گونه عنوان شد: "ما اگر بتونیم عصر و شب هم کیس متد بذاریم، نه با این نیروی دو نفر. حداقل چهارتا نیرو باشه. یکی مسئول شیفت و سه تا تقسیم بشن و بتونند این کارو انجام بدن مطمئناً نتیجه خیلی مهمی به بار خواهد آورد... همین باعث می شه که تو شیفت صبح که کیس متد انجام می دیم همین کیس را به پرستار شیفت عصر تحویل بده، نهایتاً آموزش ها رو هم می گه."

حمایت ضعیف مدیران پرستاری از فعالیت های آموزش بیمار در اقدام پژوهی از دیگر چالش های مطرح شده توسط شرکت کنندگان بود. شرکت کننده ۵ اولویت داشتن وظایف درمانی برای مدیران پرستاری را چنین بیان کرد: "سرم را چک می کنن، میکروست رو چک می کنن. مثلاً امروز خانم "ی" اومد مریضای بدحالمون رو دید. چک کرد سوندهاشون رو، ولی کار آموزشی را تا حالا کسی نیامده چک کنه. ببینه چی کار می کنیم. یه بار خانم "ی" آمد کتابچه ها را دید یه نگاهی کرد، چیزی نگفت."

بحث

شرکت کنندگان در اقدام پژوهی از طریق کار گروهی و بازانديشی بر آن توانستند وضعیت آموزش بیمار را در بخش خود تحلیل کنند و بر اساس آن اعمال مورد توافق برای تغییر عملکرد را به اجرا در آورند. بازانديشی را می توان فرایند برگشتن و نگاه کردن به عقب دانست به طوری که از طریق تحلیل تجربه می توان به معنای آن و همچنین دیدگاهی برای طرح ریزی اعمال آینده دست یافت. به عبارت دیگر، بازانديشی نقطه اتصال بین تجربه واقعی، تفسیر آن و انجام عمل جدید می باشد (۲۳). کارکنان با تحلیل هوشیارانه وضعیت مشکل دار و اعمال به اجرا درآمده، درس هایی را می آموزند که بر کارآمد و مؤثر بودن عملکرد آینده اثر می گذارد (۲۴).

شرکت کنندگان بر نقش رهبری کننده سرپرستار در تسهیل عملکرد آموزش بیمار تأکید داشتند. سرپرستاران به عنوان رهبران بالینی می توانند کارکنان را به چالش با

نمی آمد پیرسه که از کی چیزی نخورم، باید چه کار کنم، مریض ما چه کار باید بکنه، وسیله هاش چه جور باشه. دیگه تردد همراه توی استیشن خیلی کم تر شده. کم تر می پرسند. مخصوصاً از وقتی هم که کتابچه ها را بالاسرشون گذاشتیم خیلی کم تر از قبل شده."

بهبود ارتباط پرستاران با بیماران و اعضای خانواده آن ها به عنوان پیامد مثبت اجرای آموزش بیمار در جلسات بازانديشی مورد اشاره قرار گرفت. شرکت کننده ۱ پیامد تغییر را چنین بیان کرد: "یکی از تأثیراتی که داشت کتاکت ها کم تر شد، مثلاً یه مریض که می اومد، شاید ده تا همراه می خواست بیاد سؤال کنه. باید (پرستار) با ده نفر کلنجار بره، اعصابش خرد می شد، باید ده دفعه به یه نفر جواب بده."

۵- چالش های پیش رو

نیاز به انجام آموزش بیمار با سایر فعالیت های پرستاران بخش مورد تأکید قرار گرفت. شرکت کننده ۶ ضرورت ثبت آموزش بیمار در پرونده بیمار را خاطرنشان ساخت: "بحث اینه که ما مراجعه نکنیم به جای دیگه... آگه ما می خوایم یه چیز مستند باشه، جا افتاده بشه، نهادینه بشه، چه بهتره که توی گزارش پرستاری باشه یه چیز محکمی باشه، بعدها هم می شه استفاده بکنیم. یعنی فردا پرونده ها را که آوردند ما براساس پرونده بگیم به همکاران، مراجع ببینند که همکارای ما آموزش دادند..."

نیاز به خبرگی در آموزش بیمار به عنوان یکی از ضرورت های مورد نیاز برای پیشبرد عملکرد آموزش بیمار توسط شرکت کننده ۶ مورد تأکید قرار گرفت: "آموزش همچنان می گم در اول راهه، به خاطر این که اکسپرت بشن، بدونن هر مریضی چقدر توقع داره، بشناسند. این ها را هنوز نمی دونند، شاید نیاز به تجربه داره. مثلاً همین مریض تخت ۱۰ توقعش با تخت ۱۱ تفاوت داره. ایشون مثلاً انتظار داره برایش توضیح بدن."

محدودیت های محیط عملکرد از جمله پایین بودن نسبت پرستار به بیمارناشی از کمبود پرستار به عنوان یک چالش مورد تأکید قرار گرفت. این مسأله از طرف یک

یک عامل آغازگر ارتباط بین پرستار و بیمار و در مقابل، محدودیت پرستار در ارائه اطلاعات به بیمار، یک عامل بازدارنده برقراری ارتباط معرفی شده است. علاوه بر این، اجرای برنامه عمل در چرخه دوم اقدام پژوهی موجب شد تا یک مجموعه منسجم آموزشی بر بالین همه بیماران قرار داده شود. این اقدام علاوه بر این که دسترسی آسان تر به اطلاعات مورد نیاز بر حسب شرایط و ویژگی های بیماران و خانواده های آنان را میسر ساخت، به استفاده بهینه از زمان محدود پرستاران برای آموزش دادن کمک کرد.

در این مطالعه، محدودیت های محیط کار به عنوان یکی از چالش های عمده در برابر نهادهنده شدن آموزش بیمار شناخته شد. مشکل کمبود نیروی پرستاری و پیامدهای آن مانند پایین بودن نسبت پرستار به بیمار، وظیفه مدار بودن انجام کارها به خصوص در نوبت های کاری عصر و شب، برنامه های کاری فشرده و طاقت فرسا با تأثیر منفی بر مدت زمان موجود، از جمله موانع مشترکی است که اجرای موثر آموزش بیمار را در بسیاری از محیط های کاری پرستاران با مشکل مواجه ساخته است (۳۰). محیطی که پرستاران در آن ارائه خدمت می کنند، تا حد زیادی ویژگی های مراقبت را تحت تأثیر قرار می دهد. متون مربوط به مدیریت منابع انسانی تأکید می کنند که کارکنان و محیط کاری آنان رابطه متقابلی با هم دارند و به طور پویا و مستمر بر ماهیت کار و پیامد تأثیر می گذارند (۳۱). بنابراین، ارائه مناسب مراقبت ها و عملکردهای بالینی از جمله آموزش بیماران و خانواده ها نیازمند سرمایه گذاری در تأمین نیروی انسانی و همچنین ایجاد محیط مناسب و توانمند ساختن نیروهای موجود برای عملکرد مورد انتظار می باشد.

شرکت کنندگان در باهم پژوهی، حمایت ضعیف مدیران پرستاری از عملکرد آموزش بیمار را به عنوان یک چالش مهم معرفی کردند. کمبود حمایت درک شده از سوی پرستاران به عنوان یکی از ویژگی های محیط کار پرستاری در یافته های مطالعات انجام شده در کشور ما

وضعیت موجود تشویق و با ایجاد فرصت برای تغییر، امکان رشد فردی و حرفه ای کارکنان تحت سرپرستی خود را فراهم کنند. سرپرستار در طی دوره اقدام پژوهی توانست به عنوان یک رهبر تحول گرا کارکنان را به تغییر وضعیت موجود تشویق کند و با ایجاد فرصت برای پیشبرد عملکردهای کارکنان، امکان بهبود عملکرد حرفه ای آنان را فراهم آورد. یک مهارت حساس برای رهبران تحول گرا ارتباط با کارکنان است که در روند فرایند تغییر لازم است به طور مؤثر به کار گرفته شود. به این ترتیب، تسهیل عاطفی تغییر موجب تحمل تنش های ناشی از آن در موقعیت های بالینی خواهد شد (۲۵). از سوی دیگر، رهبران تحول گرا کارکنان را برای تفکر هوشیارانه و تحلیل عملکردها برای دستیابی به سطح بالای کارکرد ترغیب می کنند و برای دنبال کردن اهداف متقابل به آن ها انگیزه و انرژی می دهند (۲۶).

پرستاران شرکت کننده در این اقدام پژوهی توانستند از طریق یادگیری در عمل، دانش بالینی خود را در حیطه آموزش بیمار گسترش دهند و به عبارت دیگر آموزش به بیماران و خانواده های آنان را در عمل بیاموزند. Benner, Tanner, & Chesla (۲۷) معتقدند که پیشرفت مراقبت های پرستاری به تکامل مستمر دانش بالینی از طریق یادگیری تجربی نیاز دارد. آن ها دانش بالینی را نتیجه یادگیری تجربی از طریق درگیر شدن در موقعیت های عملی می دانند. یکی از پیامدهای مهم درک شده توسط شرکت کنندگان، شناخته شدن نقش آموزشی آنان از سوی همکاران گروه بهداشتی درمانی و همچنین مراقبت گیرندگان بود. برخی صاحب نظران گسترش نقش آموزشی پرستاران در موقعیت های بالینی را عاملی برای بهبود تصویر حرفه ای پرستاران و اعتماد به نفس آنان در موقعیت های مواجهه با بیمار و خانواده دانسته اند (۲۸). بهبود ارتباط شرکت کنندگان با بیماران و خانواده های آنان به عنوان یکی دیگر از پیامدهای آموزش بیمار مطرح شد. این یافته با نتایج مطالعه فخر موحدی و همکاران (۲۹) هم راستا است که در آن نیازهای اطلاعاتی بیمار به عنوان

گرفت. وقوع یادگیری در عمل، بازخوردهای تقویت کننده و بهبود کارکرد پرستار و ارتباط با بیماران بر موفقیت برنامه تغییر دلالت داشت. با این وجود، به نظر می رسد چالش های عمده از جمله محدودیت های محیط عملکرد و حمایت ناکافی از سوی مدیران پرستاری، تداوم عملکرد آموزش به بیمار/ خانواده را مورد تهدید قرار می دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از یک پایان نامه تحت عنوان "نهادینه کردن آموزش بیمار با رویکرد اقدام پژوهی" در مقطع دکترای تخصصی پرستاری در سال ۹۱-۱۳۸۹ با کد ۹۰۹ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است. نویسندگان قدردانی خود را از همکاری همه پرستاران شرکت کننده، سرپرستار بخش آقای محسن غنجدی و همچنین حمایت ارزشمند آقای دکتر محسن دالوندی، رئیس گروه جراحی مغز و اعصاب، ابراز می دارند.

به چشم می خورد (۳۲). این در حالی است که مدیران پرستاری با ایجاد فرصت های مشارکت، ارزش گذاری عملکردهای حرفه ای و ارایه حمایت مورد نیاز، نقش با اهمیتی در توانمند شدن پرستاران در جهت ارایه مراقبت با کیفیت مطلوب به عهده دارند (۳۳). نتایج مطالعه ما با یافته Edvardsson و همکاران (۳۴) در این خصوص مشابهت دارد که صرف مشارکت و درگیر شدن کارکنان رده اول در تغییر عملکردها بدون توجه به موانع سازمانی از جمله حمایت ناکافی از سوی مدیران ممکن است پایداری تغییرات به وجود آمده را با تهدید روبرو سازد.

نتیجه گیری

پرستاران بالینی شرکت کننده در این اقدام پژوهی توانستند با انجام مداخلات متناسب با بستر عملکرد، به برآورده شدن نیاز بیماران و خانواده ها در حیطه آموزش بیمار و همچنین شناخته شدن نقش آموزشی پرستار کمک کنند. با وجود سختی های شروع کار، حرکت به سوی نهادینه کردن آموزش بیمار با رهبری سرپرستار شکل

References

- Slusarska B, Zarziska D, Wisokinski M, Sadurska A. Patient education in nursing-Polish literature condition. Patient Educ Couns. 2004; 53:31-40.
- van den Borne H. The patient from receiver of information to informed decision-maker. Patient Educ Couns 1998;34:89-102.
- Ministry of Health and Medical Education of Iran. Patients' bill of rights.2002; [cited April 30, 2010]. Available at: URL: [http://fnn.tums.ac.ir/userfiles/NursingEthics/Patients Bill of Rights.pdf](http://fnn.tums.ac.ir/userfiles/NursingEthics/Patients%20Bill%20of%20Rights.pdf)
- Klein-Fedyshin M, Burda ML, Epstein BA, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. J Med Libr Assoc. 2005; 93(4):440-5.
- Mohammadpour A, Mehdipour Y, Karimi A, Rahdari A. [A comparative study of the Iran Ministry of Health patient and family education standards with joint commission on accreditation of healthcare organizations (Persian)]. Health Information Management. 2009; 6 (2):113-22.
- Oermann MH, Harris CH, Dammeyer JA. Teaching by the nurse: how important is it to patients? Appl Nurs Res. 2001; 14(1):11-7.
- Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. Patient Educ Couns. 2001; 44:7-14.
- Mardanian Dehcordi L, Salahshorian A, Mohammad Alayha J, Hosseini F. [Nurses' perception of patient teaching, enhancing and inhibiting factors (Persian)]. Iran Journal of Nursing (IJN). 2004; 17(40):18-27.
- Joolae S, Hajibabae F, Jafar Jalal E. [Assessment of patient satisfaction from nursing care in hospitals of Iran University of Medical Sciences (Persian)]. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2011; 17(1):35-44.
- Hajinezhad MS, Raffi F, Jafarjalal E, Haghani H. [Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2007; 20(49):3-13.
- Mohammad Pour A, Dehgan Naieri N. [The survey of the patient educational need on discharge phase in Gonabad health and treatment centers (Persian)]. Journal of Gonabad Medical Sciences College. 2007; 12(4):34-40.

12. Noohi E, Pouraboli B. [Educational requirements of the discharged patients and their satisfaction about nursing educational performance, Kerman, Iran (Persian)]. *Medical Journal of Hormozgan* 2009; 13(3):206-12.
13. Heshmati Nabavi F, Memarian R, Vanaki Z. [Clinical supervision system: a method for improving educational performance of nursing personnel (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2008; 7(2):1-9.
14. Farahani MA, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. [The effect of using The Organizational Culture Improvement Model of patient education on anxiety and satisfaction of patients with coronary artery disease(Persian)]. *Nursing Research*. 2009; 3(8,9):59-69
15. Rose J, Glass N. The importance of emancipatory research to contemporary nursing. *Contemp Nurse*. 2008; 29(1):8-22.
16. Koshy V. *Action research for improving educational practice: A step by step guide*. Thousand Oaks: Sage. 2010; 1-6
17. Reason P. Three approaches to participative inquiry. In: Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage publications 1994; 324-39.
18. Reason P. Editorial introduction: the practice of co-operative inquiry. *Systemic Practice and Action Research*. 2002; 15(3):169-76.
19. Heron J, Reason P. The practice of cooperative inquiry: Research with rather than on people. In: P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research: The concise paperback edition*. London: Sage publications 2005; 144-154.
20. Tobin GA, Begley CM. Methodological rigor within a qualitative framework. *J Adv Nurs* 2004; 48(4):388-96
21. Kreiber P. Focus Groups: more than a method of qualitative inquiry. In: K. deMarrais & S. Lapan (Eds.). *Foundations for research methods of inquiry in education and the social sciences*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates 2004; 87-102.
22. Hsieh H, Shannon E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-1288.
23. Coghlan D, Brannick T. (Eds.). *Doing action research in your own organization*. 2nd ed. London: Sage Publications. 2005;35-6
24. Raelin J A. Toward an epistemology of practice. *Academy of Management Learning & Education*. 2007; 6(4): 495-519.
25. Contino D. Leadership competencies: knowledge, skills aptitudes nurses need to lead organizations effectively. *Critical Care Nurse*. 2004;24:52-64.
26. Murphy L. Transformational leadership: a cascading chain reaction. *J Nurs Manag* 2005; 13(2):128-36.
27. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company. 2009; 10-25
28. Bastable S. *Essentials of patient education*. Boston: Jones and Barllet publishers. 2006; 13-23
29. Fakhri-Movahedi A, Salsali M, Negarandeh R, Rahnavard Z. [Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study (Persian)]. *Komesh*. 2012;13(1):23-35.
30. Ohalloran V. Defining educational settings to improve client health teaching. *Med Surg Nursing*. 1997;6(3):130-6.
31. Dubois CA, D'Amour D, Tchouaket E, Rivard M, Clarke S, Blais R. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:286.
32. Adib-Hajbaghery M, Aminoroayaei Yamini E. [Nurses perception of professional support (Persian)]. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2010;14(2):140-53.
33. Khodayarian M, Vanaki Z. [The effectiveness of educational supervisors from the viewpoints of nurse managers and clinical nurses (Persian)]. *Journal of Medical Education and Development*. 2012;7(2):31-40.
34. Edvardsson K, Garvare R, Ivarsson A, Eurenus E, Mogren I, Nyström ME. Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multi-sectoral child health promotion program in Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:61.