



تبیین فرآیند آموزش به بیمار از طریق مدل فرآیند محوری

شهناز علیان عجم: دانشجوی دکتری، گروه مدیریت آموزشی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران
ID علیرضا قاسمی زاد: استادیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران (✉نویسنده مسئول) ghasemizad@kau.ac.ir
عباس قلتاش: دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

آموزش،
بیمار،
مراقبت‌های پرستاری،
فرآیند محوری،
گراندد تئوری

زمینه و هدف: آموزش به بیمار، یکی از استانداردهای کیفیت مراقبتی و از عوامل تأثیرگذار بر هزینه‌ها، بهبودی و درمان بیمار می‌باشد. با توجه به اهمیت آموزش به بیمار در بیمارستان‌ها، پژوهش حاضر در پی "طراحی مدل آموزش به بیمار، در بیمارستان از طریق مدل فرآیند محوری" می‌باشد.

روش کار: مطالعه حاضر، کیفی و با رویکرد نظریه برخاسته از داده یا مبنایی (گراندد تئوری) صورت گرفت. انتخاب نمونه‌ها به صورت هدفمند و از میان پرستاران و مسئولین بخش‌ها و کارشناسان آموزش و از طریق مصاحبه عمیق انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۲ پرستار بالینی، ۵ مسئول بخش و ۳ نفر از کارشناسان و مسئولین آموزش بودند. مدت زمان مصاحبه ۴۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها با استفاده از روش کدگذاری (کدگذاری باز-محوری - گزینشی) به انجام رسید. اعتباریابی از روش قابلیت باورپذیری، قابلیت انتقال پذیری، قابلیت اطمینان پذیری، قابلیت تأیید پذیری، صورت گرفت.

یافته‌ها: ۷۵ کد اولیه، ۲۲ طبقه اولیه و ۹ طبقه در مدل آموزش بیمار استخراج گردید که عبارت‌اند از: فرایند گذاری آموزشی- تعیین شاخص‌های آموزش بیمار- تدوین شناسنامه آموزش بیمار- برنامه‌ریزی جهت آموزش بیمار- مواد منابع جهت آموزش به بیمار (آمادگی)، اجرای برنامه آموزشی-پایش شاخص‌های آموزشی-اثر بخشی برنامه‌های آموزشی - اقدامات اصلاحی.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که برنامه‌های آموزش به بیمار، نیاز به الگوی منسجم، منظم، شفاف، قابل‌پایش؛ و اندازه‌گیری دارد که بتوان به وسیله آن؛ اثر بخشی فعالیت‌های آموزشی بیمار را پایش و اندازه‌گیری کرد. ترسیم فعالیت‌ها بر مبنای فرایند از محورهای اصلی بهبود کیفیت است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Olyan Ajam Sh, Ghasemzad A, Gholtash A. Explanation of the training process through the axial process model. Razi J Med Sci. 2019;26(5):131-141.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.



Explanation of the training process through the axial process model

Shahnaz Olyan Ajam, PhD Student, Department of Educational Management, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran

Alireza Ghasemzad, Assistant Professor, Department of Educational Management, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran (*Corresponding author) ghasemzad@kau.ac.ir

Abbas Gholtash, Associate Professor, Educational Science, Marvdasht, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Abstract

Background: Patient's education is one of the standards of the quality of care and a factor affecting the cost, recovery and treatment of the patient. Considering the importance of patient's education in hospitals, the present study aimed at designing the patient's instruction model in a hospital through process-based model.

Methods: The present study was qualitative and based on the grounded theory. The statistical society included nurses, department heads and education employees who were chosen purposefully. The interview was conducted in the form of open and deep questions. The interview was conducted in the form of open and deep questions. The participants included 12 clinical nurses, 5 department heads and 3 education experts. Data was analyzed using open-axial-selective coding method. The methods of credibility, transportability, reliability and verifiability were used for certifying the data.

Results: The components of the patient's education process included the assessment of need for education, index development, process identification, educational planning, material provision, resources, educational equipment, training program conducting, process monitoring, training effectiveness, process improvement and corrective actions. The patient's education process began with the assessment of need for education and was followed up to process monitoring.

Conclusion: To succeed in patient's instruction in hospitals, a systematic approach is needed. Process-based education is a regular and transparent, verifiable and evaluable method; a process that continues to promote and improve. This method requires the identification of educational needs, educational planning, conducting of educational programs and the evaluation of the educational process.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Keywords

Patient education,

Surgical patients,

Process-Base, Grounded theory

Received: 06/04/2019

Accepted: 06/07/2019

Cite this article as:

Olyan Ajam Sh, Ghasemzad A, Gholtash A. Explanation of the training process through the axial process model. Razi J Med Sci. 2019;26(5):131-141.

This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).



می‌کند، کسب آگاهی، اضطراب بیماران را کاهش و حس امنیت و اعتماد به نفس آن‌ها را بالا می‌برد، همچنین باعث بهبود کیفیت مراقبت از خود، تسریع بهبودی و پذیرش بهتر مسائل مربوط به بیماری می‌شود (۹). اصولاً آموزش بیمار در بیمارستان کار دشواری است و موانع زیادی در مسیر آن وجود دارد. این موانع را می‌توان در سه گروه: عوامل مربوط به پرستار، محیط و بیمار دسته‌بندی نمود (۱۰). از جمله موانع مربوط به بیمار، مشکلات جسمی و روانی، ظرفیت و انرژی، انگیزه وی جهت یادگیری و همچنین عدم اعتقاد بیمار به آموزش‌های باشد. ممکن است بیماران به دلیل اضطراب زیادی که دارند و یا به علت وضع نامناسبشان آمادگی یادگیری را نداشته باشند و یا این که به اهمیت و نقش آموزش در بیماری خود پی نبرده باشند عوامل محیطی مانند مشکلات مربوط به تیم درمانی از جمله کمبود وقت، عدم برنامه ریزی صحیح جهت این امر مشکلات هماهنگی و ارتباط ناکافی بین تیم درمانی، می‌تواند به عنوان موانع آموزشی به بیمار تلقی گردند (۱۱). بررسی‌های انجام‌شده در افرادی که به مدت ۵ روز یا کمتر در بیمارستان‌ها بستری بودند نشان داده است که حدود ۵۰٪ از بیماران اطلاعات کافی مربوط به عوارض جانبی، دوره نقاهت و سرویس‌های خدمات بهداشتی دریافت نکرده‌اند (۱۴-۱۲)؛ و این نشان می‌دهد که در این بخش‌ها، آموزش لازم صورت نگرفته است. روشن است که فراهم کردن آموزش مناسب برای بیماران علاوه بر مسایل بهداشتی و بیماری، به مسائل روحی و روانی نیز کمک می‌کند. آموزش به بیماران فواید و نتایج مثبت زیادی در بردارد: ۱- کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی ۲- افزایش کیفیت مراقبت‌ها ۳- کمک به بیمار در به دست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر ۴- پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش عوارض بیماری ۵- تغییر رفتارهای ناسالم و بهبود وضعیت سلامت (۱۵). انجمن بیمارستان‌های امریکا نیز آموزش را حق قانونی مددجویان اعلام نموده است و اجرای آن را جزء

آموزش به بیمار فعالیتی است هدفمند که فرصت‌های یادگیری را برای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم‌های سازگاری و افزایش مهارت‌ها، فراهم می‌کند و موجب بهبودی و ارتقاء سلامتی در فرد و یکی از شاخص‌های کیفیت در حوزه درمانی است (۱). پرستاران در صف اول ارائه خدمات مراقبت بهداشتی مددجویان قرار دارند و عملکرد آن‌ها تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی خواهد بود (۲). از طرفی آموزش به بیمار مسئولیت‌سنجینی است که اعضای گروه بهداشتی درمانی به خصوص پرستاران باید آن را مورد توجه قرار دهند و در حقیقت یکی از اجزای ضروری مراقبت‌های پرستاری است که در جهت ارتقاء و بازگرداندن سلامتی و سازگاری با اثرات بیماری تسهیل می‌کند (۳)؛ بنابراین عملکرد آن‌ها در پیشبرد اهداف سازمانی بسیار مثر ثمر است؛ که این موضوع نقش حیاتی آن‌ها را در تضمین کیفیت مراقبت و نتایج مطلوب بارزتر می‌کند (۴) هدف از آموزش به بیمار، کمک به بهبود کیفیت زندگی، ارتقاء سلامت جسمی-روانی و تقویت اعتماد به نفس وی است (۵) بنابراین، پرستار باید با توجه به وضعیت جسمی و روحی هر بیمار، آموزش‌های لازم را برای وی در نظر گیرد (۶). Kevin، سلامتی را، توانایی در خواندن و درک اطلاعات تعریف می‌کند. آمار نشان داده است که نزدیک به نیمی از جمعیت دنیا از لحاظ عملکردی بی‌سواد هستند چراکه با کاهش توانایی تفسیر آموزش‌های بهداشتی مواجه هستند؛ بنابراین بسیار مهم است که میزان درک بیمار را از مطالب آموزشی در زمان ارائه بدانیم و با بازخورد از بیمار به توانایی درک وی از آموزش‌های صورت گرفته، پی برد (۷) بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها، آموزش‌های مناسب دریافت نمایند. (۸). آموزش به بیمار نه تنها به عنوان یک گام اساسی در تطابق با بیماری عمل می‌کند، بلکه توانایی وی را در قبول وضعیت جدید افزایش داده و از بروز مشکلات و عوارض ناشی از بیماری جلوگیری

مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاران در نظر گرفته است. این انجمن همچنین، رضایت بیمار از آموزش را، یکی از شاخص‌های سنجش کیفیت عملکرد پرستاران معرفی نموده است (۱۶). فرهنگستان پزشکان خانواده امریکا، آموزش به بیمار را فرآیند تأثیرگذاری بر رفتار بیمار و ایجاد تغییر از دانش، نگرش و مهارت‌ها که برای حفظ و ارتقاء سلامتی ضروری است معرفی می‌کند (۱۷). مدیران پرستاری از اواخر قرن ۱۹ در انگلیس اهمیت آموزش به خانواده را به‌منظور رعایت بهداشتی و پاکیزگی و مراقبت از بیمار مورد توجه قرار دادند (۱۸). در برنامه‌های آموزشی از سال ۱۹۳۷ نقش پرستار به‌عنوان آموزگار مورد تأکید قرار گرفت. در کشور ما نیز مطالعات مختلفی انجام شده است که وضعیت آموزش به بیمار را مشخص می‌کند (۱۹). مطالعه حاضر به دنبال چگونگی نحوه آموزش به بیماران است. در روش مورد بحث، دسترسی به اطلاعات؛ و درگیر شدن محقق از نزدیک با مشارکت‌کنندگان محدودیت‌های مسئله و علاقه و تجربه محقق در زمینه بهبود سیستم‌های آموزشی و بهبود خدمات، علل انجام تحقیق کیفی بوده است؛ و از آنجاکه نتایج جهت ایجاد روش و مدل جهت انجام سیستماتیک کردن آموزش بیماران در بیمارستان بوده از نظریه گراند تئوری استفاده شده است. چراکه یافته‌ها از صافی فهم و تفسیر پژوهشگر می‌گذرد؛ و مبتنی بر داده‌های زمینه‌ای و واقعی است؛ و اساس تعامل میان پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان بوجود می‌آید. در همین رابطه بعضی محققین از گراند تئوری هم به منزله روش و هم به منزله ابزار تحقیق نام برده‌اند (۲۰).

روش کار

این تحقیق یک مطالعه کیفی (Research qualitative) و با رویکرد نظریه بر خاسته از داده یا مبنایی (گراند تئوری)، از نوع سیستماتیک است روش سیستماتیک شامل گام‌هایی است که به سهولت آشکار می‌باشد و اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۱). مشخص کردن مورد مطالعه - موافقت سازمان مورد مطالعه - مشخص کردن افراد مورد مطالعه - انجام نمونه‌گیری‌های به حد اشباع - کدگذاری‌های داده‌های حاصل از مصاحبه مواردی از این گام‌ها است (۲۱).

روش گراند تئوری (Grounded theory) یک شیوه پژوهش کیفی است که به‌وسیله آن و با استفاده از یک دسته داده‌ها، نظریه‌ای تکوین می‌یابد و اساس آن، هم زمانی گردآوری و مقایسه مداوم داده‌ها و شکل گرفتن مصاحبه است (۲۲) از طرفی به منظور کاوش و توصیف تجربه‌ها و دیدگاه‌های پرستاران در خصوص آموزش بیمار، از این روش استفاده گردید. منظور اشتراک و کوبین (۱۹۹۸) از نظریه بر خاسته از داده نظریه‌ای است که مستقیماً از داده‌هایی استخراج شده است که در جریان پژوهش به‌صورت منظم گردآمده و تحلیل شده‌اند. گردآوری داده‌ها، تحلیل و نظریه‌نمایی با یکدیگر در ارتباط تنگاتنگ‌اند (۲۳). پژوهش کیفی فرآیندی پیچیده‌ای است که انجام آن مستلزم صرف وقت نسبتاً طولانی بوده و داده‌ها به روش استنباط استقرایی تحلیل می‌شوند (۲۴). در این مطالعه، جامعه آماری شامل کلیه پرستاران بیمارستان توحید در استان بوشهر در سال ۱۳۹۷ بود. پس از گرفتن مجوزهای اخلاقی و سازمانی، نمونه‌گیری انجام شد. نمونه‌گیری به شکل هدفمند (Purposeful) صورت گرفت. انتخاب نمونه‌ها، بر اساس معیارهای ورودی، معیارهای خروجی و عدم ورود، صورت گرفت. معیارهای ورود؛ سن (۳۰-۴۰)، تحصیلات (کارشناسی - کارشناسی ارشد) - تمایل به شرکت در مطالعه - سابقه کار (۵ سال به بالا) - انجام فعالیت‌های آموزشی (۲ سال به بالا)، نحوه استخدام (رسمی، پیمانی) و پرستارانی که این فاکتورها را نداشتند از مطالعه خارج شدند. معیارهای عدم ورود نیروهای طرحی - قراردادی - آزمایشی و پرستاران چرخشی سایر بخش‌ها بودند که به دلیل فاکتورهای عدم ورود، به مطالعه آورده نشدند. به دلیل ملاحظات اخلاقی و خواسته مشارکت‌کنندگان از ذکر اسامی مشارکت‌کنندگان خودداری شد. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

ابزار پژوهش، مصاحبه و سؤالات به شکل باز و عمیق انجام شدند. هر مصاحبه به‌طور تقریبی ۴۵-۵۰ دقیقه طول کشید. مصاحبه‌ها از نفر ۱۶ به بعد، مشابهت در جواب‌های ارائه‌شده با پاسخ‌های قبلی مشهود شد و چیزی به یافته‌ها اضافه نگردید و اصطلاحاً یافته‌های مصاحبه به حد اشباع Saturation رسید، اما جهت

جدول ۱- دموگرافیک شرکت‌کنندگان تحقیق

مشارکت‌کنندگان	جنسیت	تحصیلات	سن	سابقه کار	وضعیت استخدامی
۲۰ نفر	زن	کارشناسی	۳۶-۴۰	۱۰-۶	رسمی
	مرد	کارشناسی ارشد	۳۰-۳۵	۱۰ به بالا	پیمانی
	۱۲	۸	۱۱	۸	۲۰
		۱۵	۹	۱۲	-
		۵			

برای آن‌ها و ترکیب مفاهیم مرتبط می‌کند. در این مرحله سعی شد که مفاهیم اولیه نیز در قالب دسته‌های بزرگ مفهومی طبقه‌بندی گردد. در کدگذاری محوری، ابتدا مقوله اصلی تعیین شد و سپس سایر مقوله‌ها در قالب ۵ خوشه بزرگ، شرایط علی- راهبردی- عوامل زمینه‌ای شرایط محیطی و پیامدها دسته‌بندی شد (۲۸). پایایی داده‌ها نیز، با توجه به اینکه هدف از بررسی روایی دقت و استحکام تحقیق کیفی آن است تا اطمینان حاصل شود که مطالعه دقیقاً بیانگر تجربیات مشارکت‌کنندگان در تحقیق است، از روش‌های تحلیل مقایسه‌ای مستمر به‌طور هم‌زمان استفاده شد. هم‌زمان با انجام مصاحبه و به دست آوردن داده‌های جدید، نتایج تحلیل و با یکدیگر مقایسه شدند و ضمن ارتباط با متخصصان در بخش‌های مرتبط به مدیریت فرآیندها و آموزش بیمار به‌طور هم‌زمان، داده‌های حاصل ثبت شدند. علاوه بر این از روش سه سویه سازی چهارگانه (دنیز، ۱۹۷۰) نیز استفاده شد. در این راستا جهت اعتبار سنجی تحقیق از پژوهشگران و اساتید مختلف در تحلیل داده‌ها بهره‌مندی حاصل گردید. به‌منظور اطمینان خاطر از دقت بودن یافته‌ها از دیدگاه پژوهشگر مشارکت‌کنندگان یا خوانندگان گزارش پژوهش اقدامات زیر انجام شد (۲۹).

- تطبیق توسط اعضاء: برخی از مشارکت‌کنندگان گزارش نهایی مرحله نخست، فرآیند تحلیل، یا مقوله‌های به‌دست‌آمده را بازبینی کرده و نظر خود را در ارتباط با آن‌ها ابراز داشتند.

- بررسی همکار: اساتید راهنما و مشاور و سه تن از دانشجویان سال بالاتر به بررسی یافته‌ها و اظهارنظر درباره آن‌ها پرداختند.

- مشارکتی بودن پژوهش: به‌طور هم‌زمان از مشارکت‌کنندگان در تحلیل و تفسیر داده‌ها کمک گرفته شد.

- بازاندیشی پژوهشگر- تا حد امکان تلاش شد

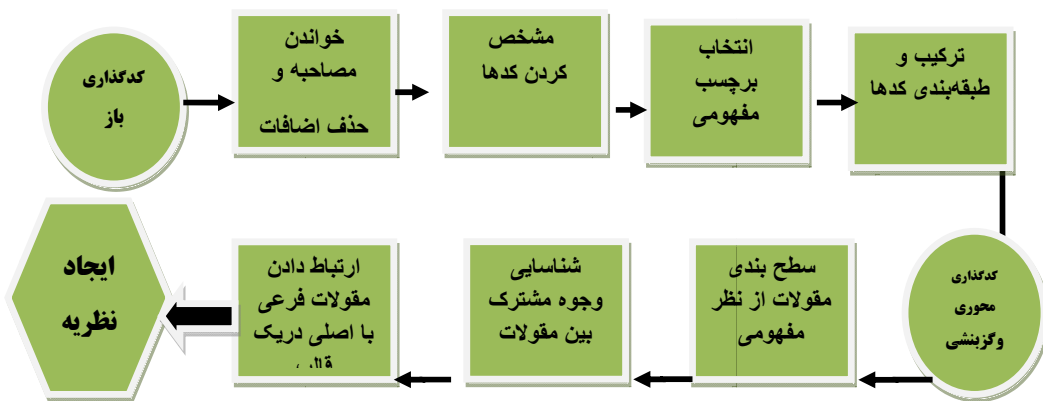
اطمینان بیشتر تا نفر ۲۰، مصاحبه صورت گرفت. به‌طور کلی مراحل انجام تئوری زمینه‌ای به ۴ مرحله اصلی تقسیم می‌شود:

- تعیین سؤال پژوهش Research Question
- انتخاب همکاران تحقیق (مشارکت‌کنندگان) Selecting of Participants
- جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز آن‌ها Data Collection and Analysis
- ارائه تئوری زمینه‌ای در مورد پدیده Theoretical definition of phenomenon (۲۵).

عمده سؤالات مصاحبه با توجه به هدف پژوهش عبارت بودند از: ۱- تجارب آموزش به بیمار را بیان کنید؟ ۲- چگونه می‌توان آموزش به بیمار را به شکل مؤثری بهبود بخشید؟ ۳- محدودیت‌ها و مشکلات آموزش بیمار چیست؟ ۴- مسئولیت‌های پرستاران در رابطه با آموزش بیماران چگونه است؟ ۵- زیرساخت‌های آموزش در بخش به چه صورت است؟ ضرورت الگویی جهت تسریع و اقدام آموزش به بیمار چگونه ارزیابی می‌کنید؟ به چه طریقی می‌توان آموزش بیمار را تسریع و آسان کرد؟

طرح تحقیق سیستماتیک نظریه برخاسته از داده‌ها به استفاده از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز، محوری و انتخابی تأکید دارد و همچنین به عرضه پارادایم منطقی یا تصویر تجسمی از نظریه در حال تکوین می‌پردازد (۲۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق روش استراوس کوربین Straus Corbin و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت. در این روش کدگذاری طی سه مرحله کدگذاری باز (Coding Ope)، کدگذاری محوری (Codin Axial) و کدگذاری انتخابی (Selective Coding) انجام شد (۲۷). در شکل ۱ مراحل انجام تجزیه و تحلیل مطالعه را نشان می‌دهد.

به‌عبارت‌دیگر محقق پس از هر مصاحبه شروع به پیدا کردن مفاهیم و انتخاب برچسب‌های مناسب



شکل ۱- الگوی شماتیک انجام و تکمیل تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق

سوگیری و پیش‌داوری پژوهشگر کنترل شود (۳۰).

یافته‌ها

شرکت کنندگان شامل ۲۰ پرستار که ۸ مرد و ۱۲ زن بودند که همه از کارکنان رسمی و سابقه کار ۶ سال به بالا داشتند. تجربه آموزش به بیمار ۲ سال به بالا را دارا بودند. ۷۳ کد اولیه، ۲۵ طبقه و ۹ زیرطبقه در مطالعه آموزش به بیمار استخراج شد. این ۹ طبقه عبارت‌اند از: فرایند گذرانی آموزشی - تعیین شاخص‌های آموزش بیمار - تدوین شناسنامه آموزش بیمار - برنامه‌ریزی جهت آموزش بیمار - مواد منابع جهت آموزش به بیمار (آمادگی)، اجرای برنامه آموزشی - پایش شاخص‌های آموزشی - اثربخشی برنامه‌های آموزشی - اقدامات اصلاحی. شکل ۲ نمایش گام‌های استخراج شده را نشان می‌دهد.

فرایند گذرانی آموزشی: برنامه منظم آموزشی؛ طبقه حاصل از مصاحبه مشارکت‌کننده‌ها بود که نقش مهمی

در برنامه آموزشی بیمار دارد و تقریباً همه مصاحبه‌کننده‌ها این موضوع را بیان داشتند «ما در بخش برنامه خاص آموزشی نداریم و نمی‌دانیم به چه صورت آموزش بیمار را انجام دهیم» (پرستار ۱، مرد، سن ۳۰). «داشتن برنامه که بتوان از روی آن برنامه آموزشی را مرحله‌به‌مرحله انجام داد بهتر است» (پرستار شماره ۲، زن، سن ۳۵). «باید برنامه‌ای به ما داده شود و از ما بخواهند که طبق آن عمل کنیم» (پرستار شماره ۳، زن، سن ۳۳).

تعیین شاخص‌های آموزش بیمار: شاخص، در واقع مجموعه‌ای از استانداردهاست که به وسیله آن‌ها می‌توان وضعیت و عملکرد یک فرآیند را تحلیل نمود. در تعیین شاخص‌ها باید ۴ اصل را رعایت کرد: قابلیت اجرایی - شفافیت - قابلیت تعقیب - قابلیت سنجش و اندازه‌گیری. شاخص آموزش بیمار، جهت اندازه‌گیری پیشرفت آموزش بکار می‌رود. شاخص‌ها وسیله‌ای برای اندازه‌گیری و مقایسه پدیده‌هایی است که دارای ماهیت و خاصیت مشخصی هستند که بر مبنای آن می‌توان، تغییرات ایجاد شده در متغیرهای معینی را در طول یک دوره، بررسی نمود «ما آموزش‌ها را انجام می‌دهیم اما نمی‌دانیم به چه میزان آموزش‌ها را انجام دهیم» (پرستار شماره ۳، زن، سن ۳۱). «بعضی از همکاران نمی‌توانند آموزش‌های لازم را انجام دهند و دانش و آگاهی خوبی ندارند بهتر است کلاس‌های آموزشی برای آن‌ها گذاشته شود» (پرستار شماره ۴، مرد، سن ۳۴). «بهتر است در ابتدا برنامه‌های آموزشی که لازم هست برای بیماران تعیین گردد» (پرستار شماره ۵، زن، سن ۳۵). «تعداد برنامه‌های آموزشی موردنیاز برای پرستاران



شکل ۳- مدل مراحل فرآیند آموزش به بیمار

۱۴، سن ۳۶). «برنامه‌های آموزشی را نمی‌توان به موقع انجام داد. مریض‌ها زیاد هستند و نیرو به حد کافی نداریم» (پرستار شماره ۱۵، سن ۳۸).

پایش شاخص‌های آموزشی: جهت درک موفقیت در برنامه‌های آموزشی و تدوین شاخص‌های آموزشی لازم است فعالیت‌های آموزش به بیمار اندازه‌گیری شود. در آموزش بیمار شاخص‌های کمی و کیفی تدوین شده که باید در مدت‌زمان دوره‌ای آن‌ها را اندازه گرفت. «ملاک کار ما در آموزش مشخص نیست» (پرستار شماره ۱۰، مرد، سن ۳۳).

اثربخشی برنامه‌های آموزشی: اثربخشی، جایگاهی مهمی در اطمینان از کیفیت وضعیت آموزش در پیشبرد اهداف دارد. اقدامات آموزشی صورت گرفته از نظر اثربخشی مورد بررسی قرار می‌گیرند تا به ارزش اقدامات صورت گرفته دست‌یافت. «آموزش به بیمار انجام می‌دهیم نمی‌دانیم چقدر فایده داشته؟ بیمار اظهار می‌دارد که آموزش‌ها را متوجه شده اما صحبت‌های بعدی بیمار نشان می‌دهد متوجه نشده» (پرستار شماره ۱۱، مرد، سن ۳۴). «نتایج برنامه‌های آموزشی بیمار در بخش، جایی ارسال نمی‌شود» (پرستار شماره ۱۵، زن، سن ۳۵).

اقدامات اصلاحی: گزارش مشکلات موجود و تکرار شده در امر آموزش بیمار امری غیرممکن نیست. جهت رفع مشکلات و خدمات نامنطبق مشاهده شده باید اقدام اصلاحی لحاظ کرد «جزو آموزشی تمام می‌شود و تا مجدداً به بخش فرستاده شود کلی طول می‌کشد» (پرستار شماره ۱۴، سن ۳۵). «جهت پیگیری و حل مشکلات آموزش بیمار، باید از طریق آموزش بیمارستان انجام شود» (پرستار شماره ۸، زن، سن ۳۰).

بحث و نتیجه‌گیری

با انجام گراند تئوری، مفاهیم اساسی مؤثر در آموزش بیمار شکل گرفت که شامل: فرایند‌گذاری آموزشی - تعیین شاخص‌های آموزش بیمار - تدوین شناسنامه آموزش بیمار - برنامه‌ریزی جهت آموزش - مواد منابع جهت آموزش به بیمار (آمادگی) - اجرای برنامه آموزشی - پایش شاخص‌های آموزشی - اثربخشی برنامه‌های آموزشی - اقدامات اصلاحی. آموزش بیمار نیازمند به برنامه‌ای مدون، منظم و

و بیماران مشخص باشد» (پرستار شماره ۲، مرد، سن ۳۴).

تدوین شناسنامه آموزش بیمار: جهت هماهنگ بودن برنامه‌های آموزشی بیماران لازم است مدرکی تهیه شود که کلیه مشخصات فعالیت آموزشی بیمار در آن ثبت شده باشد. هدف از تدوین شناسنامه به‌کارگیری وضعیت همگون و یکسان برای فرآیند موردنظر است به‌طور مثال: زمان تحلیل و انجام شاخص‌ها چه زمانی است؟ چه کسی مسئول پایش شاخص‌هاست؟ بنابراین مهم‌ترین فاکتورهای شناسنامه داشتن هویت و به رسمیت شناختن اقدام صورت گرفته است و مشخصات زمان انجام، مسئول اقدام، مشخص می‌شود «برنامه‌های آموزشی در بخش یکسان باشد بهتر است وقتی از چارچوب خاصی استفاده نشود باعث سردرگمی می‌گردد» (پرستار شماره ۶، زن، سن ۳۶). «تنوع بیماران بخش زیاد است و پرستار شیفت نمی‌تواند به تمام کارهای بخش و آموزش بیمار پردازد باید یه نفر مسئول آموزش بیمار باشد» (پرستار شماره ۷، زن، سن ۳۳).

برنامه‌ریزی جهت آموزش: برای انجام آموزش بیمار، برنامه‌ریزی به شکل منظم و دقیق لازم است. برنامه‌ها باید مشخص باشد و طبق آن، آموزش انجام پذیرد «برنامه آموزشی داشته باشم طبق آن اقدام می‌کنم» (پرستار ۵، سن ۳۸). برنامه آموزشی باید توسط مسئول بخش تهیه شود و به ما ابلاغ گردد (پرستار شماره ۶، زن، سن ۳۶).

مواد منابع جهت آموزش به بیمار (آمادگی): جهت انجام اقدامات آموزشی مانند هر اقدام دیگر نیاز به مواد و منابع است «ما می‌توانیم از فیلم‌های آموزشی هم برای آموزش بیمار استفاده کنیم اما تلویزیون اتاق ۴ خراب است» (پرستار شماره ۱۱، مرد، سن ۳۳). «بیماران حوصله خواندن پمفلت و بروشور را ندارند اما تمایل بیشتری به دیدن فیلم دارند می‌توان در غالب فیلم آموزش را انجام داد» (پرستار شماره ۱۳، زن، سن ۳۵). اجرای برنامه آموزشی: بعد از تدوین برنامه‌ریزی آموزشی و تهیه منابع و تجهیزات مربوطه؛ لازم است برنامه آموزشی اجرا شود. برنامه‌های آموزشی باید با تأیید متخصصان آن برسد. «بخش که شلوغ باشد نمی‌توانیم کارهای آموزشی انجام دهیم» (پرستار شماره

که اگرچه مداخلات آموزشی برای بیماران بسیار باارزش است، اما آموزش نامناسب از رایج‌ترین شکایات بیماران در بخش‌های مختلف مراقبتی بویژه جراحی است (۳۴). علی‌رغم تلاش‌های بسیار در زمینه بهبود آموزش به بیماران، همچنان با شرایط مطلوب فاصله داریم. بهرامی و همکاران، در مطالعات نشان داد که تأیید برنامه‌های آموزشی بر رضایتمندی بیمار و همچنین کنترل درد در بخش جراحی بسیار مهم و حائز اهمیت است (۳۵). با توجه به مطالعات صورت گرفته در زمینه آموزش بیمار، نشان از مشکلات خاص در این زمینه است و یکی از مهمترین موارد آن عدم هماهنگی‌های لازم در برنامه آموزش بیماران است. مرزونی و همکاران، در مطالعه خود نشان دادند که آموزش‌های قبل از جراحی تأثیر بسزایی در کنترل و کاهش میزان اضطراب در بیماران دارد (۳۶) و این از اهمیت آموزش در رفع اضطراب و استرس بیمار دارد. ساداتی در خصوص آموزش بیماران قبل از جراحی به نتایج مثبت آموزش قبل از عمل بر مدت زمان بازگشت از بیهوشی، رسید (۳۷). در مطالعه اکبری و حقانی نقش دانش - مهارت و عوامل محیطی - ارتباط بین بیمار و پرستار در آموزش بیمار بسیار مهم دانست (۳۸) و این نشان دهنده توجه به زیر ساخت هاست. با تحقیقات حاج باقری مهمترین عدم موفقیت برنامه های آموزش به بیمار، عوامل مرتبط با پرسنل پرستاری است. بنابراین تشویق پرسنل، توجه به افزایش نیرو، از نکات بسیار مهم است که مدیران باید به آن توجه کنند. حشمتی نبوی، در پژوهشی بنام «تاثیر اجرای الگوی نظارت بالینی بر پیامدهای آموزش به بیمار» یکی از موانع موجود بر سر راه اجرای آموزش به بیمار را عدم سازماندهی و نظارت از سوی مدیران بر انجام این فعالیت می داند (۳۹).

محقق با این طرح، سعی در تدوین راهکاری عملی، منسجم، قابل‌اندازه‌گیری، هدفمند و اثربخش نموده تا بتواند گامی در جهت هر چه بهتر بهبود کیفیت آموزش جامعه سلامت برداشته شود. مصاحبه با مشارکت کنندگان لزوم داشتن برنامه‌ای جهت آموزش بیمار به شکل منسجم ضروری می دانستند. فرآیند آموزش با در نظر گرفتن گام‌های موردنیاز برای انجام کاروایجاد زنجیره‌ای بین این گام‌ها، سعی در یکنواخت کردن، ایجاد ثبات رویه، افزایش ارزش افزوده و مستندسازی

سیستماتیک دارد که مراحل آن زنجیروار و پیوسته به هم باشند. یافته های مطالعه کمابیش نشان از نبود برنامه‌ای منسجم و هدفمند در امر آموزش به بیمار بود. در مصاحبه با مشارکت کنندگان که همگی پرستار بودند همه بر این ادعا اتفاق نظر داشتند که باید آموزش به بیمار انجام شود و همه آموزش به بیمار را جزء نکات ضروری و اولیه می دانستند اما نداشتن برنامه منسجم در امر آموزش به بیمار، انجام مستمر این فعالیت را کم رنگ کرده بود. اسکیرز Squyres در سال ۱۹۸۰ آموزش به بیمار را، ترکیب برنامه‌ها و فعالیت‌های یادگیری طراحی شده برای بیماران به منظور ایجاد تغییر رفتار بهداشتی آنان، تعریف می کند (۳۱). مطالعه نشان داد که اصلی ترین مقوله در آموزش بیمار، نبودن برنامه منسجم و یکپارچه آموزش بیمار است و کاستی های آموزش بیمار حول این محور حرکت می کند. نیازسنجی آموزشی مقوله دیگری بود که از مصاحبه مشارکت کنندگان مفهوم شد. عوامل دیگر مانند گوناگونی نوع بیماری-پرستاران جدیدالورد-پرکاربودن بخش -به روز نبودن دانش پرستاران باعث کم رنگ شده مقوله آموزش در بخش جراحی بیان شد. همانطور که Mandy خاطرنشان کرد آموزش به بیمار، شامل تمام بیماران می شود و برنامه آموزش بیمار فقط مختص یک بخش نیست، حتی برای بخش‌های کودکان نیز باید انجام داد. این برنامه‌ها توأم با درمان‌های پزشکی و آموزش به همراهان بیمار، برای کاهش نگرانی‌های مربوط به بیماری و حمایت از بیماران و خانواده‌های آنان در جهت مدیریت بیماری، به عنوان مثال استفاده از تهویه، استنشاق‌ها و حمایت مالی صورت می گیرد (۳۲). جهت اندازه‌گیری و پایش فرآیند آموزش به بیمار «تعیین شاخص» ضروری است. شاخص، کمیته‌ای است که نماینده چند متغیر همگن است و وسیله‌ای برای اندازه‌گیری و مقایسه پدیده‌هایی است که دارای ماهیت و خاصیت مشخصی هستند که بر مبنای آن می‌توان، تغییرات ایجاد شده در متغیرهای معینی را در طول یک دوره، بررسی نمود (۳۳) و شاخص‌های فرآیند (Process indicator)، ارزشی است که می‌تواند برای تشخیص اثربخشی فرآیند به کار برده شود. نتایج مطالعات قربانی و همکاران و آقاخانی و همکاران، پیرامون موضوع آموزش به بیمار در ایران، نشان می‌دهد

بخش و ایجاد روش کاربردی در بیمارستان ها به شکل قابل قبول شکل نگرفته است که امید است روش های آموزش بیمار به شکل کاربردی با معیارهای قابل قبول صورت بگیرد.

نتایج حاصل تأثیر دو چندان برنامه آموزشی بیمار به شکل سازمان یافته و منسجم را بیان می کند. آموزش بیمار براساس فرآیندمحوری، مدلی هدفمند، سیستماتیک، منظم و طراحی شده است. مؤلفه های حاصل از مطالعه شامل ۹ گام اساسی هستند که می توان آنها را به شکل متوالی برای آموزش بیمار بکار برد. عبارتند از: فرایند گذاری آموزشی- تعیین شاخص های آموزش بیمار- تدوین شناسنامه آموزش بیمار- برنامه ریزی جهت آموزش بیمار- مواد منابع جهت آموزش به بیمار (آمادگی)، اجرای برنامه آموزشی-پایش شاخص های آموزشی- اثربخشی برنامه های آموزشی و اقدامات اصلاحی. فرایند محور، اساس بهبود کیفیت است و توجه به کیفیت و اثر بخشی آموزش در بیمار، می توان در هر مرحله از فعالیتها؛ فرآیند را بهبود بخشید. کاربرد این الگو می تواند برای سایر بخش ها هم باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از نتایج یکی از مؤلفه های مورد تحقیق پایان نامه تصویب شده در مهرماه سال ۱۳۹۷ بود که با کد اخلاق IR.IAU.KAU.REC.1398.002 در دانشگاه آزاد اسلامی کازرون مورد تأیید قرار گرفت. بدین وسیله از تمام مشارکت کنندگانی که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References

1. Heshmati Nabavi F, Memarian R, Vanaki Z. The Effect of Implementing Clinical Supervision Model on the Patient Education Outcomes. *J Health Promot Manag*; 2012. 1 (3):28-36. [Persian]
2. Lawrence C. Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. *Cancer*; 1985. 56(5): 1056-1061.
3. Ranjbar E, Mahdian M, Eslami H, Amini A. Patient Education Barriers for Nurses. *J Holistic Nurs*; 2016.26 (3) :36-45. [Persian]

می نماید که از این طریق می توان کارایی و کیفیت را افزایش داد. تعیین فرآیند آموزش به بیمار؛ تدوین شاخص ها؛ تدوین شناسنامه فرآیند؛ برنامه ریزی آموزشی، تهیه مواد و منابع و تجهیزات آموزشی؛ اجرا برنامه آموزشی؛ پایش فرآیند؛ توجه به اثربخشی آموزش و ارتقاء فرآیند، اقدامات اصلاحی داده های حاصل این مطالعه بود. در آخر ذکر پیشنهادهای جهت اثر بخش تر شدن برنامه های آموزشی بیمار داده می شود و آن اینکه، مهم ترین اقدام پیشبرنده در امر آموزش بیمار ایجاد و نگهداشت انگیزه در پرستاران می باشد. عدم هماهنگی در برنامه های آموزشی؛ کمبود نیروی انسانی جهت آموزش به بیمار به دلیل کمبود پرستاران، نبود بودجه اختصاصی جهت امر آموزش به بیمار، تخصیص فضای آموزشی و تجهیزات همه می توانند این فرآیند را تقویت نمایند. همچنین پیشنهاد می گردد با تعیین کار گروه های آموزشی جهت آموزش و نظارت، اثر بخشی آموزش به بیمار تشکیل شود. این مهم است که مشخص شود که چرا با وجود اهمیت آموزش و فواید عدیده آن، که مهمترین آن در کاهش هزینه های سلامت هست، هنوز این برنامه به طور صحیح انجام نمی گیرد؛ و این می تواند راهی برای پژوهش سایر محققان باشد. در این مطالعه هدف تدوین یک الگوی فرایندی آموزش بیمار بود که به شکلی به هم پیوسته، ممتد و منظم انجام مراحل آموزش به بیمار را ترسیم کند و مراحل در هر قسمت مشخص و اجرای اقدامات اصلاحی در جهت پایش و اثر بخشی آموزش بیمار را نشان دهد. نتایج بررسی های صورت گرفته در زمینه آموزش بیمار نشان می دهد که بدلیل مشغله ها و شرح وظایف پرستاری آموزش ها آنطور که باید خود را نشان نداده و اثر بخشی آن ثابت نگردیده است. در کشورهای مختلف مطالعات گسترده ای در خصوص آموزش بیمار و مشکلات ایجاد شده اما در خصوص ایجاد راهکار «آموزش آسان - آموزش سریع-آموزش اثر بخش» هیچگونه اقدامی صورت نگرفته است. بنابراین توصیه می شود برنامه های آموزش بیمار به شکل برنامه توأم با سنجش اثر بخشی باشد. از محدودیت های این مطالعه می توان به این نکته اشاره کرد که مقالات زیادی در خصوص موانع آموزش بیمار وجود دارد و محققان در این زمینه بسیار مطالعه کرده اند اما تحقیقات روش آموزش بیمار به شکل اثر

4. Varghaei-Paidar A, Gavgani VZ, Hassannejhad N, Ranjbar S, Hosseinzadeh M, Imani S. A Survey of Nurses' and Patients' Opinions about Patient Education and Training and Possible Barriers in Madani Cardiovascular Health and Education Center. *Tasvīr-i Salāmat*; 2017. 7(4):22-29.
5. Welling MA, Maliski S, Bogorad A, Litwin SM. Assessment of content completeness and accuracy of prostate cancer. *Patient Edu Mat*; 2004.54:337-43.
6. Borhani F. Nurses and nurse-manager's opinions about the importance of patients' training barriers. *J Qazvin Uni Med Sci*; 2002.20:84-90. [Persian]
7. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of Birjand city regarding existing barriers in patient education. *Modern Care*; 2011.83(31):152-8.
8. Clark PA, Drain M, Gesell SB, Mylod DM. Patient perception of quality in discharge instruction. *Patient Educ Couns*; 2005. 59(1):56-68.
9. Lee KC, Berg ET, Jazayeri HE, Chuang SK, Eisig SB. Online patient education materials for orthognetic surgery fail to meet readability and quality standards. *J Oral Maxillofac Surg*; 2019 Jan.77(1):180.e1-180.e8.
10. Aziznehad P, Zabihi A, Hosseini SJ, Bizhani A. Nurses and nurse managers opinions about the patient's training barriers. *J Babol Uni Med Sci*; 2010. 12(1):60-64. [Persian]
11. Mandy N, Miriam S, Julia C, Meike H, Claudia E, Lutz, G. Patient education for children with interstitial lung diseases and their caregivers: A pilot study. *PEC*; 2019. 102(2):185-400.
12. Farouki Far M, Khafri S, MostafaZadeh Bora M, Alijanpour S. The Importance of Patient Education: the Attitude of Nurses in the Hospitals of Babol. *EGC*; 2015. 3(1):59-65.
13. Ahmadi M, Khoshgam M, Mohammadpoor A. Comparative study of the Ministry of Health standards for hospitals with Joint Commission International hospital accreditation standards. *Hakim Res J*; 2008.10(4):45-52. [Persian]
14. Arian M, Mortazavi H, TabatabaeiChehr M, Tayebi V, Gazerani A. The comparison between motivational factors and barriers to patient education based on the viewpoints of nurses and nurse managers. *J Nurs Edu*; 2015. 4(3):66-77. [Persian]
15. Al-Awa B, De Wever A, Almazroo A, Habib H, al-Noury K, Deek I. The impact of accreditation on patient safety and quality of care indicators at King Abdulaziz University Hospital in Saudi Arabia. *Res J Med Sci*; 2011. 5(1):43-51.
16. Bergh AL, Karlsson J, Persson E, Friberg F. Registered nurses' perceptions of conditions or patient education-focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects. *J Nurs Manag*; 2012.20(6):758-770.
17. Donald G, Scott S, Broadfield L, Harding C, Meade A. Optimizing patient education of oncology medications: A descriptive survey of pharmacist-provided patient education in Canada. *J Oncol Pharm Pract*; 2019.25(2): 295-302.
18. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of Birjand city regarding existing barriers in patient education. *Modern Care J*; 2011.8(3):152-158.
19. Jafaraghaee F, Mehrdad N, Parvizy S. Influencing factors on professional commitment in Iranian nurses: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwif Res*; 2014.19(3):301. [Persian]
20. Forozande M. management of the process approach, the scientific Quarterly Journal of Quality Management, and Quality Management. *J Manag Syst*; 2012.3(2): 48-65.
21. Al-Awa B, De Wever A, Almazroo A, Habib H, al-Noury K, el Deek I, et al. The impact of accreditation on patient safety and quality of care indicators at King Abdulaziz University Hospital in Saudi Arabia. *Res J Med Sci*; 2011.5(1): 43-51.
22. Raffray M, Semenic, S, Osorio Galeano, S, Ochoa Marin SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Investig Edu Enferm*; 2014. 32(3), 379-392.
23. Yazdani F, Abedi L, Karamalian H. Comparing Efficacy of English Curriculum Components at High Schools vs. English Teaching Institutes in Isfahan, Iran; 2015.2 (4):12.
24. Liu Y, Wang G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *J Nurs Care Qual*; 2007.22(3):266-271.
25. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of Birjand city regarding existing barriers in patient education. *Modern Care J*; 2011. 8(3): 152-158.
26. Al-Awa B, De Wever A, AlMazroo A, Habib H, Al-Noury K, El-Deek B, et al. The Impact of Accreditation on Patient Safety and Quality of Care Indicators at King Abdulaziz University Hospital in Saudi Arabia. *Res J Med Sci*; 2011.5(1): 43-51.
27. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Qual Saf Health Care*; 2010.19(1):14-21.
28. Bergh AL, Persson E, Karlsson J, Friberg F. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education-focusing on aspects of competence. *Scand J Caring Sci*; 2014.28(3): 523- 36.
29. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of Birjand city regarding existing barriers in patient education. *Mod Care J*; 2011.8(3): 152-158.
30. Jafaraghaee F, Mehrdad N, Parvizy S.

Influencing factors on professional commitment in Iranian nurses: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(3): 301- 308. [Persian].

31. Jouybari L, Haghdoost Oskouee S, Ahmadi F. Comforting Nurse: Patients' experiences and Perceptions . *Razi J Med Sci*; 2005.12(45) :59-68. [Persian]

32. Liu Y, Wang G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *J Nurs Care Qual*; 2007.22(3): 266-71.

33. Magar Y, Vervloet D, Steenhouwer F, Smaga S, Mechin H, Rocca Serra JP, et al. Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients: "un souffle nouveau". *Patient Educ Couns*; 2005.58(1): 41-6.

34. Noohi E, Abbaszadeh A. Process of Patient Education and Orem's Self Care Theory, An Integrative Model Curriculum: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci*; 2017. 5 (4):419-43. [Persian]

35. Nicklin W, Lanteigne G, Greco P. Strengthening the value of accreditation: Qmentum-one year later. *Healthcare Quart*; 2009;12(3): 84-8.

36. Raffray M, Semenic S, Osorio G S. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. *Perceptions of health care. Invest*; 2014.32(3):379-392.

37. Gholizade Moghaddam Z, Seyyed Abbasszadeh M, Hassani M, Ghalavandi H. Proposing a model for effective indicators of training in public universities of Hamadan province. *TLR*; 2017.13 (2):19-33. [Persian]

38. Lawrence J, Tar U. The use of grounded theory technique as a practical tool for qualitative data collection and analysis. *Electro J Bus Res Methods*; 2013. 1;11(1):29.

39. Sanagoo A, Nikravesh M, Dabbaghi F. Organizational Commitment from Nursing & Midwifery Faculty Members' Perspective. *Razi J Med Sci*; 2006. 13(52):83-92. [Persian]