

وضعیت موجود آموزش بیمار: درک پرستاران شاغل در مراکز آموزشی – درمانی شهر تبریز

دکتر وحید زمان زاده: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
دکتر لیلا ولیزاده: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
علیرضا محجل اقدم: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
اکرم رضا قلی فام: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه آزاد بناب (نویسنده رابط)

Email: Akram6588@gmail.com

دریافت: ۸۹/۱۰/۲۷ پذیرش: ۸۹/۱۲/۷

چکیده

مقدمه: آموزش بیمار یکی از اساسی‌ترین نقش‌های هر پرستار است و تعهد پرستارها نسبت به انجام آن تحت تأثیر درک آن‌ها از نقش آموزشی خود دارد. از آنجایی که موضوع آموزش بیمار روی تمامی جوانب پرستاری، درمان، بهبودی و هزینه‌ها تأثیر بسزایی دارد، پی بردن به وضعیت موجود آموزش بیمار بسیار حائز اهمیت است زیرا موجب می‌شود که پرستاران از عملکردشان آگاه شوند و اصلاح و ارتقاء این وظیفه مهم پرستاری برای ایشان امکان پذیر تر باشد، لذا این پژوهش با هدف درک پرستاران شاغل در مراکز آموزشی – درمانی شهر تبریز از وضعیت موجود آموزش بیمار انجام شده است.

مواد و روشها: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است که به طور تصادفی طبقه بندی شده متناسب با مشارکت ۴۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی شهر تبریز در سال ۱۳۸۹ اجرا گردید. گردآوری اطلاعات با ابزار «نقش پرستار در آموزش به بیمار» تکلام (۱۹۹۱) انجام گرفت که با این ابزار دیدگاه پرستاران به آموزش بیمار در چهار بعد «بررسی نیازهای آموزشی بیمار»، «برنامه ریزی آموزشی»، «اجرای آموزش بیمار» و «ارزشیابی آموزش بیمار» در وضعیت موجود بررسی شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS / ver14 انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در کلیه ابعاد وضعیت موجود در سطح متوسط و متمایل به نامطلوب قرار داشت، و از دیدگاه واحدهای مورد پژوهش به ترتیب ابعاد «بررسی نیازهای آموزشی بیمار» و «اجرا» بیشتر از ابعاد «برنامه‌ریزی آموزشی» و «ارزشیابی آموزش بیمار» انجام می‌شود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج که حاکی از نیاز به توجه بیشتر به بهبود وضعیت آموزش بیمار می‌باشد، لزوم نگاه ویژه از سوی مسئولین امر بیش از پیش به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: آموزش بیمار / وضعیت موجود / درک / پرستار

مقدمه

دانش و رفتارهای سلامتی بیمار استفاده می‌کند» تعریف می‌کند (۱).
مردانیان (۱۳۸۳) بیان می‌کند طبق حقوق ارایه شده از

شربیر^۱ (۲۰۰۴) آموزش بیمار را «تجربه یادگیری برنامه-ریزی شده‌ای که از ترکیب روش‌هایی مثل تدریس، مشاوره و تکنیک‌های تعدیل رفتار برای تأثیرگذاری روی

در واقع پرستار در هر حوزه‌ای که مشغول به کار است لزوماً یک معلم و عاملی جهت تحقق سلامتی است (۴، ۵، ۶). در حال حاضر و بر اساس شواهد موجود مشکل می‌توان گفت که پرستاران آموزش موثر و کافی به بیماران می‌دهند (۷)، آموزش‌های اندکی هم که ارائه می‌شود توزیع عادلانه‌ای ندارد، به نحوی که بعضی از بیماران از قبیل کودکان و سالمندان از آموزش به نسبت کمتری بهره‌مند می‌شوند (۸)، این موضوع در کشور ما نیز صادق است به طوری که نتایج تحقیقات در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، نشان می‌دهد رسالت مهم آموزش به بیمار به خوبی انجام نمی‌شود و از این مسأله نه تنها بیمار بلکه خانواده‌اش و جامعه هم رنج می‌برند (۹). متأسفانه طبق تحقیقات انجام گرفته موانع و مشکلاتی نیز در اجرای آموزش بیمار وجود دارد که با نقش آموزشی پرستاران مداخله می‌کند مانند عدم آگاهی پرستاران از بیماری و نقش‌های خود، کمبود پرسنل پرستاری، نداشتن مکان مناسب و کمبود وقت، لذا بررسی درک پرستاران از آموزش منجر به شناسایی عوامل بازدارنده و تسهیل کننده‌ای می‌گردد که توانایی پرستاران را جهت اجرای آموزش به بیمار تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰).

با توجه به اینکه آموزش ناکافی بیمار به عنوان یکی از عوامل مهم ضعف کنترل بستری مجدد و سایر عوارض بعد از ترخیص در کشورمان اشاره شده است (۱۰)، و نظر به اینکه مطالعات انجام گرفته در بحث آموزش به بیمار بیشتر در زمینه موانع و تسهیلات (۱۲، ۱۱، ۶، ۲)، عوامل تأثیرگذار (۳)، نگرش پرستاران نسبت به آموزش به مددجو (۱۳) می‌باشد که اکثراً نیز مطالعات بسیار قدیمی هستند و از سوی دیگر مطالعه‌ای که به شکل عینی‌تر کیفیت ابعاد درگیر در آموزش بیمار (نظیر بررسی نیازهای آموزشی بیمار، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی) را نشان دهد در کشور ما یافت نشد، و از آنجایی که موضوع بسیار مهم آموزش به بیمار روی تمامی جوانب پرستاری، درمان، بهبودی و هزینه‌ها تأثیر بسزایی دارد، پی بردن به

سوی انجمن بیمارستان‌های آمریکا برای بیماران، مددجویان نه تنها حق دریافت مراقبت دقیق و صحیح بلکه حق دریافت اطلاعات جدید در مورد تشخیص بیماری، درمان و پیش - آگهی بیماری را دارند. این بیانیه در جهت حمایت از آموزش بیمار می‌باشد و اشاره دارد به اینکه بیماران و اطرافیان‌شان با داشتن این اطلاعات می‌توانند در مورد مراقبت‌های سلامتی خودشان تصمیم بگیرند (۲). البته هر فردی با هر وضعیت بهداشتی در رابطه با امور سلامتی نیاز به یادگیری دارد چرا که آگاهی بیمار از ماهیت بیماری و درمان آن به بهبودی وی کمک می‌کند، همچنین سازمان بهداشت جهانی عوامل ضروری و متعددی را برای اعتلای سلامت جهانی برشمرده است که یکی از ضروری‌ترین آن‌ها آموزش برای مواجهه و پیشگیری از مشکلات سلامتی است که مقوله آموزش به بیمار در این حیطه می‌گنجد (۳).

همه تأمین کنندگان سلامت به اهمیت آموزش بیمار و خانواده واقف هستند، با آموزش بیمار و خانواده می‌توان در میزان آگاهی، نگرش و عملکرد و به طور کلی رفتار آنان تغییرات مثبتی به نفع سلامتی ایجاد نمود (۴).

امروزه افراد در این خصوص که می‌توانند نسبت به بیماری‌شان مسؤلیت داشته باشند آگاه‌تر شده‌اند (۴، ۳). بیمار حق دارد در مورد وضعیت بیماری و وضعیت مراقبت سلامتی‌اش آگاه باشد مسلماً این آگاهی باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت سلامتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیت‌های روزانه و نیز موجب بهبود آرایه مراقبت بهداشتی و کاهش هزینه‌ها می‌گردد (۵).

پرستاران بیشتر از سایر اعضای تیم درمانی در دسترس هستند و وقت بیشتری را در کنار بیماران صرف می‌کنند به همین دلیل بیماران احساس نزدیکی بیشتری به آن‌ها دارند و به راحتی سؤالات خود را از آن‌ها می‌پرسند و ترس و نگرانی خود را بیان می‌کنند پرستاران نیز اطلاعات ضروری و صحیح خود را در اختیار بیماران قرار می‌دهند (۶).

گویه‌ها استفاده شد. امتیازات در نظر گرفته شده برای گویه‌ها (همیشه=۵ تا هرگز=۱) بود، ابزار جمع‌آوری داده‌ها دارای ۴ بعد «بررسی نیازهای آموزشی بیمار» (شامل: جمع‌آوری اطلاعات در مورد خود بیمار، خود مراقبتی بیمار، نگرش بیمار نسبت به سلامتی و بیماری و تشخیص و درمان بیماری)، «برنامه‌ریزی آموزش» (شامل مشخص نمودن اهداف و نتایج آموزش به بیمار، انتخاب محتوی مناسب برای آموزش به بیمار و مشخص نمودن فعالیت‌های آموزشی)، «اجرا» (شامل آموزش خود مراقبتی زمان بستری، حین ترخیص و ویزیت در منزل و انجام آموزش به عنوان قسمتی از برنامه مراقبت پرستاری و «ارزشیابی آموزش به بیمار» (شامل ارزشیابی تکوینی، آزمون کتبی، مشاهده، آزمون شفاهی و ارزشیابی تراکمی) بود.

بعد از انجام روایی ترجمه ابزار توسط دو کارشناس زبان انگلیسی، اعتبار محتوی ابزار نیز توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری تبریز انجام شد. پایایی ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد بین ۳۰ نفر از پرستاران مراکز آموزشی - درمانی به فاصله ۱۰ روز انجام گرفت و ضریب همبستگی درونی اسپیرمن رو ($r = 0.91$) محاسبه گردید. نتایج داده‌های جمع‌آوری شده از تمام مشارکت‌کننده‌ها، با استفاده از نرم افزار رایانه‌ای SPSS/ver14 تجزیه و تحلیل شد. از آمارهای توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار در بررسی داده‌ها استفاده شد.

در این مطالعه به منظور تعیین وضعیت موجود آموزش بیمار از دیدگاه پرستاران نمرات کل به سه دسته ۲/۳۳ - ۱ (نامطلوب)، ۳/۶۶ - ۲/۳۴ (متوسط) و ۵ - ۳/۶۷ (مطلوب) طبقه بندی شده بود.

این پژوهش با تصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده است و پژوهشگر با جلب همکاری پرستاران و اختیاری گذاشتن شرکت در پژوهش، همچنین محرمانه ماندن

وضعیت موجود آموزش بیمار بسیار حائز اهمیت است زیرا موجب می‌شود که اصلاح و ارتقاء این وظیفه مهم پرستاری برای‌شان امکان پذیرتر باشد، لذا محققان امید دارند این مطالعه با بررسی وضعیت موجود آموزش بیمار در ابعاد (بررسی نیازهای آموزشی بیمار، برنامه‌ریزی آموزش، اجرا و ارزشیابی آموزش به بیمار) قدم هرچند کوچک در جهت کمک به مسؤولان در برنامه‌ریزی بهینه‌سازی آموزش بیمار برداشته باشند.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی بود که در مراکز آموزشی - درمانی شهر تبریز طی سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه بندی شده متناسب (با توجه به نسبت پرستاران هر بیمارستان) از ۱۲ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مجموع ۴۰۰ نفر از پرستارانی که در بخش‌ها ارایه خدمت می‌کردند و حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بیمارستان‌های آموزشی را داشتند انتخاب شدند. تمامی پرستاران حاضر به شرکت در مطالعه شدند. نمونه‌گیری در بیمارستان‌ها به روش کاملاً تصادفی از روی لیست پرستاران انجام شد، سپس پرسشنامه‌ها در پاکت و به صورت دربسته در اختیار پرستاران قرار داده شد و یادآوری گردید که زمان کافی برای پر کردن پرسشنامه‌ها دارند و پس از چند روز اقدام به جمع‌آوری پرسشنامه‌ها گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه دو قسمتی تاکلام^۱ (۱۹۹۱) بود (۱۴) که قسمت اول اطلاعات فردی - اجتماعی و قسمت دوم را ۳۴ گویه مربوط به وضعیت موجود آموزش بیمار تشکیل داده در این ابزار مقیاس لیکرت (هرگز، بندرت، گاهی، اغلب، همیشه) برای سنجش

اطلاعات، رضایت مشارکت کننده‌ها را جهت شرکت در مطالعه اخذ نمود. یافته‌ها در پژوهش انجام شده تمام پرستاران انتخاب شده در بیمارستان‌ها (۴۰۰ نفر) حاضر به شرکت در مطالعه شدند، که اکثریت آن‌ها مؤنث، در محدوده سنی $6/5 \pm 34/2$ دارای مدرک کارشناسی، شیفت چرخشی، دارای سمت پرستاری در بیمارستان، علاقه در حد متوسط به پرستاری بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی پرستاران بر حسب متغیرهای فردی - اجتماعی

متغیر فردی - اجتماعی	طبقه بندی	تعداد (درصد)
جنس	زن	۳۵۸ (۸۹/۵)
	مرد	۴۲ (۱۰/۵)
سطح تحصیلات	کاردانی	۱۸ (۴/۵)
	کارشناسی	۳۷۳ (۹۳/۳)
	کارشناسی ارشد	۹ (۲/۲)
نوع شیفت	صبح	۱۱۲ (۲۸)
	عصر	۳ (۰/۸)
	چرخشی	۲۸۵ (۷۱/۲)
سمت در بیمارستان	سوپروایزر	۴ (۱)
	سرپرستار	۴۱ (۱۰/۲)
	پرستار	۳۵۵ (۸۸/۸)
علاقه به پرستاری	خیلی کم	۷ (۱/۸)
	کم	۲۷ (۶/۸)
	متوسط	۱۹۸ (۴۹/۴)
	زیاد	۱۳۲ (۳۳)
	خیلی زیاد	۳۶ (۹)
سن		$34/22 \pm 6/56^*$
سابقه خدمت در پرستاری		$10/16 \pm 6/76$
تعداد شیفت در ماه		$28/62 \pm 3/18$

* انحراف معیار \pm میانگین

طبق نتایج بدست آمده به طور کلی در کلیه ابعاد آموزش بیمار (نمره از ۵) وضعیت موجود از درک پرستاران مورد پژوهش به طور میانگین در ابتدای سطح متوسط قرار دارد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار وضعیت موجود آموزش بیمار

ابعاد آموزش به بیمار	انحراف معیار \pm میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪
بررسی نیازهای آموزشی بیمار	$3/23 \pm 0/73$	۳/۱۶-۳/۳
برنامه ریزی آموزشی	$2/59 \pm 0/9$	۲/۵۰-۲/۶
اجرای آموزش به بیمار	$3/08 \pm 0/8$	۲/۹۹-۳/۱
ارزشیابی آموزش به بیمار	$2/13 \pm 0/8$	۲/۰۴-۲/۲
کلیه ابعاد	$2/82 \pm 0/7$	۲/۷۵-۲/۸

اکثر مطالعات در مورد وضعیت نامطلوب آموزش بیمار هم‌خوانی دارد.

همچنین مطالعه حاضر نشان داد، در حال حاضر پرستاران در حین آموزش بیمار بیشتر به «بررسی نیازهای آموزشی بیمار» و «اجرای آموزش بیمار» می‌پردازند و کمتر به «برنامه ریزی آموزش بیمار» و «ارزشیابی آموزش بیمار» اقدام می‌کنند. در این راستا نتایج مطالعات تاکلام (۱۹۹۱) نشان می‌دهد که سه گروه پرستار مورد بررسی (پرستاران مری، پرستاران کارمند در بیمارستان و پرستاران شاغل در سایر مراکز بهداشتی) اذعان کردند، وضعیت اجرای آموزش بیمار را به ترتیب اولویت در ابعاد «اجرا»، «بررسی نیاز بیمار به آموزش سلامت»، «برنامه ریزی» و «ارزشیابی آموزش بیمار» می‌دانند و این در حالی است که اجرای آموزش بیمار در هر بار بدون بررسی نیاز بیمار به آموزش سلامت، برنامه‌ریزی و ارزشیابی مؤثر نخواهد بود و اعمال همه این اجزا جهت تأثیرگذاری آموزش بیمار ضروری هستند که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

نوحی و همکاران (۱۳۸۰) در این زمینه می‌نویسند فقط ۲۶/۷ درصد پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران آموزش بیمار را بر اساس فرایند آموزش بیمار اجرا می‌کنند که عملکرد آن‌ها در این زمینه در سطح مطلوبی نیست، نتایج مطالعه حاضر با مطالعات انجام یافته هم‌خوانی دارد، آموزش بیمار به صورت فرایند انجام نمی‌شود و از برخی مراحل آن چشم‌پوشی می‌شود (۲۰).

در بررسی دقیق‌تر وضعیت تک بعدهای آموزش بیمار مشاهده می‌شود که بعدهای «بررسی نیازهای آموزشی بیمار»، «برنامه‌ریزی آموزشی» و «اجرای آموزش بیمار» در سطح متوسط قرار دارند ولی بعد «ارزشیابی آموزش بیمار» در سطح ضعیف انجام می‌شود.

مطالعه حاضر نشان داد، در حال حاضر پرستاران در حین آموزش بیمار بیشتر به «بررسی نیازهای آموزشی بیمار» و «اجرای آموزش بیمار» می‌پردازند و کمتر به «برنامه‌ریزی آموزش بیمار» و «ارزشیابی آموزش بیمار» اقدام می‌کنند.

در بررسی وضعیت تک‌تک بعدهای آموزش بیمار مشاهده می‌شود که بعدهای «بررسی نیازهای آموزشی بیمار»، «برنامه‌ریزی آموزشی» و «اجرای آموزش بیمار» در سطح متوسط قرار دارند ولی بعد «ارزشیابی آموزش بیمار» در سطح ضعیف انجام می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین درک پرستاران شاغل در مراکز آموزشی - درمانی شهر تبریز از وضعیت موجود آموزش به بیمار با استفاده از پرسشنامه تاکلام (۱۹۹۱) انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که وضعیت موجود آموزش بیمار از درک پرستاران مورد پژوهش به طور میانگین در ابتدای سطح متوسط و متمایل به نامطلوب است، در مطالعه‌ای که توسط لمونیدو^۱ و همکاران (۲۰۰۳) انجام شد، نشان داد که پرستاران ۵ کشور اروپایی معتقدند به میزان کافی اطلاعات درمانی در اختیار بیماران خود قرار می‌دهند (۱۵) اما در مطالعه‌ای مشابه توسط سوهنن^۲ و همکاران (۲۰۰۳) انجام شد مشخص کرد بین دیدگاه بیماران و پرستاران اروپایی در مورد میزان اطلاعات داده شده به بیماران از طرف کادر پرستاری تفاوت زیادی وجود دارد (۱۶). از یک طرف، پرستاران معتقدند به بیماران خود اطلاعات کافی می‌دهند و از طرف دیگر، بیماران معتقد بودند پرستاران به آن‌ها اطلاعات کافی نمی‌دهند. از سوی دیگر در سال‌های اخیر به طور کلی محققان بسیاری وضعیت آموزش بیمار را در کشورمان نامطلوب ارزیابی نموده‌اند (۱۷، ۱۸، ۱۹) که نتایج مطالعه حاضر با نتایج

1 -Lemonidou

2 -Souhnen

شاید به این دلیل باشد که آموزش بیمار به صورت فرایند و سیستماتیک که دارای مراحل باشد بررسی نمی‌شود (۲۵) در نتیجه کمتر اجرا می‌شود.

می‌توان اظهار نمود که به کارگیری اطلاعات مربوط به تحقیقات در زمینه وضعیت آموزش بیمار در بهبود کیفیت آموزش بیمار نقش حیاتی دارد. پژوهش حاضر در بین پرستاران بیمارستان‌های آموزشی - درمانی تبریز انجام گرفته است لذا نتایج آن قابل تعمیم به پرستاران سایر مراکز آموزشی - درمانی و به خصوص مراکز درمانی خصوصی و غیر آموزشی نمی‌باشد؛ بنابراین با توجه به آن، بهتر است مطالعاتی مشابه در بیمارستان‌های خصوصی و غیر آموزشی نیز صورت گیرد تا کمیت و کیفیت نتایج به دست آمده در شرایط واقع بینانه‌تری مورد مقایسه قرار گیرد.

در نهایت با توجه به نتایج پژوهش حاضر آموزش بیمار از دیدگاه پرستاران در سطح متوسط قرار دارد و از وضعیت مطلوب آن فاصله دارد که با توجه به نقش اساسی آموزش بیمار در مراقبت‌های پرستاری (۲۷) بایستی توسط مسؤولین امر جهت بهبود وضعیت آموزش به بیمار اقدامات لازم صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مسؤولین دانشکده پرستاری و مامایی و پرستاران مورد پژوهش در شهر تبریز و کلیه پرستاران عزیز شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر نمایند.

در مطالعات انجام یافته در حیطه آموزش و یادگیری برخی مطالعات صورت گرفته، ارایه بازخورد و ارزشیابی از عملکرد را از اجزای اساسی مهارت‌های تدریس بالینی دانسته‌اند (۳) و افراد را نیازمند دریافت بازخورد سازنده از نقش خود می‌دانند (۲۲) زیرا ارزشیابی و تدریس بر یکدیگر اثر دوسویه و تقویت کننده دارند (۲۳).

متأسفانه در بسیاری از مطالعات اجزای فرایند آموزش بیمار توضیح داده نشده است و مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۴، ۲۵).

نتایج پژوهش حسن زهرایی و همکاران (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که به طور کلی در انجام آموزش، توجه به کیفیت آموزش و وجود برنامه در حیطه ارزشیابی آموزش مؤثرترین عوامل در آموزش می‌باشند و نیز در این مطالعه واحدهای مورد پژوهش حیطه ارزشیابی آموزش را با اهمیت کمتر از تمامی بعدهای دیگر ارزیابی نمودند (۲۶) که مطابق با نتایج مطالعه ما می‌باشد.

همچنین مطالعه استرومبرگ^۱ (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که ارزشیابی مداوم نیازهای بیمار، دستیابی به اهداف مورد انتظار و آموزش‌های داده شده به بیمار می‌تواند پایه‌ای جهت آموزش‌های آینده باشد و فرایند آموزش بیمار را مؤثرتر سازد (۲۱).

اهمیت پایین بعد «ارزشیابی آموزش بیمار» نشان دهنده این است که ارزشیابی از دیدگاه پرستاران دارای اهمیت کمتری است و در عمل کمتر انجام می‌شود و

References

1. Schrieber L. (2004). *Patient education. Best practice & Research clinical Rheumatology*, 18, 465 – 476.
2. Mardanian Dehkordi L, Salahshurianfard A, Mohammad Aliha J. (2004). [Nurses perception of patient education, Facilities and Barriers]. *Iran Nursing Journal*, 40(3) , 40 – 47. (Persian)
3. Gudarzi Z, Khosravi Kh, Bohrani N, Oskuyi Kh, Valipur Gavvani P, Gogayi S. (2004). [Nurses opinion for Effective factors in patient education process]. *Hayat Journal*, 23, 57 - 65. (Persian)
4. Mohajer T (2001). [Patient education principls]. 1st ed, Tehran, Salemi publisher, 62-63.(Persian)
5. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. (2002). *A study of professional nurses' perceptions of patient education. The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3) , 112-118.
6. Borhani F. (2001). [Nurses and nurses – manegers opinion about patient education barriers]. *Qazvin Uni Med Sc J*, 20, 84 – 90. (Persian)
7. Nobel C. (1991). *Are nurses good patient education?.* *Journal of Advanced Nursing* , 17 (6) , 1185 – 9.
8. Funnel M. (1992). [Perceived effectiveness cost and availability of patient education , method and material]. *Diabetes Education*, 18(2) , 139 – 45.
9. Asadi Nogabi A, Nazari E (2005). [Learning process and Patient education principles].1st ed, Tehran, Boshra Publisher, 112-120. (Persian)
10. Hekmatpu D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi H. (2008). [Control of CHF patients readmitting barriers: a Qualitive survey]. *Journal of Science Research, Arak Uni Med Sc*, 11(4) , 49 - 58. (Persian)
11. Heshmati Nabavi F, Vanaki Z. (2006). [Investigation of patient education administrative barriers and grading them in nurses opinion]. *Journal of Kerman Nursing and Midwifery Faculty*, 6, 47 - 52. (Persian)
12. Namdari P. (2001). [Nurses opinion for Barries of patient education in Khoram Abad dependent Hospitals in 1380]. *Medical Training Center Journal*, 4, 46 – 57. (Persian)
13. Navabi N. (1991). *Clinical Nurses Attitude to patient education and application it in chosen dependent hospital to Tehran Medical Science University.* Unpublishd masters thesis, University of Iran Nursing and Midwifery Faculty, Tehran.(Persian)
14. Taoklam B. (1991). *The nurses role as patient education: bangkok metropolitan adminstration, Thailand.* Unpublishd doctoral dissertation, University of Michigan.
15. Lemonidou C, Leino – Kilpi H, Valimaki M, D assen T, Gasull M, Scott A, Tafas C, Arndet M. (2003). [A comparison of surgical patients and nurses perceptions of patients autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions]. *Clinical Effectivness in Nursing*, 7 (2) , 73 – 78.
16. Suhonen R, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Kalijonen A, Arndet M, Leino – Kilpi H. (2003). *Patients autonomy in surgical care: A comparison of nurses perceptions in five European countries.* *International Nursing Review*, 50 (20) , 85 – 94.
17. Baradaran Rezayi M, Mohamad Alizade S, Piri H, Jabarzade T. (2006). [Quality of educational service to pergnant feminine in Health centers]. *Nursing and Midwifery Journal Tabriz University of Medical Science*, 5, 14 - 20. (Persian)
18. Haji Nejad M, Rafii F, Jafarjalal E, Hagani H. (2007). [Relationship between nurses care behavior and patient satisfication in patient opinion]. *Iran nurses Journal*, 49 (20) , 73 – 83. (Persian)

19. Toloe M, Dehgannayeri N, Faghezade S, sodugi A. (2006). [Nursing motivation factors in patient education]. *Hayat Journal*, 2 (12) , 43 – 51. (Persian)
20. Nohi E, Monjamed Z, Parsayekta Z, Babayi G. (2001). [Investigation of nurses knowledge and operation in domestic units of Tehran Medical Science University in Hypertention patient self – care education]. *Razi Nursing & Midwifery Faculty of Kerman, Uni Med Sc J*, 1 (2) , 37 – 42. (Persian)
21. Stromberg A, Brostrom A, Dahlstrom U, Fridlund B. (2005). [Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis]. *Heart Lung*, 28 (5) , 334 – 41.
22. Duffy K, Docherty C, Cardnuff L, White M, Winters G, Greig J. (2000). [The nurse lecturers role in mentoring the mentors]. *Nurse Stand*, 15 (6) , 33 – 38.
23. Lowenstein A, Bradshaw M. (2001). *Fuszards innovative teaching in nursing*, 3rd ed. Maryland: Anaspen Publication, 44 – 47.
24. Grady K.L, Dracup K, Kennedy G, Moser D.K, Piano M, Stevenson L.W, et al. (2000). [Team management for healthcare professionals from the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association]. *Circulation*, 102 (9) , 2443 – 56.
25. Mc Alistair F, Stewart S, Ferrua S, Murray J. (2004). A multidisciplinary strategies for the management of heart failure patient at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*, 44 (4) , 810 – 9.
26. Hasan Zahrayi R, Atash Sokhan G, Salehi SH, Ehsanpur S, Hasanzade A. (2007). [Cmparison of correlate factors in effective clinical education in teachers and students opinion]. *Journal of Education in Medical Science*, 2(7) , 249 – 256. (Persian)
27. Pazargadi M, Zaeri T, Abedsaidi J. (2007). [Nursing care quality in nurses opinion: a quantative survey]. *Survey in Phyisition*, 2 (31) , 147 – 153. (Persian)

Archive