

## مفهوم کیفیت خدمات آموزشی در باز توانی قلبی

موسی علوی<sup>۱</sup>، علیرضا ایرج‌پور<sup>۲</sup>، حیدرعلی عابدی<sup>۳</sup>، کتابون ربیعی<sup>۴</sup>، محبوبه کریمی<sup>۵</sup>، نضال صراف‌زادگان<sup>۶</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تأمین کیفیت خدمات آموزشی، یکی از مشکلات موجود در نظام سلامت است و پرستاران رسالت مهمی در ایفای آن دارند. با این وجود، کیفیت خدمات آموزشی مفهومی پیچیده است؛ بنابراین شفاف‌سازی و بررسی ابعاد آن اهمیت دارد. هدف از این مطالعه توصیف کیفی عناصر تشکیل‌دهنده کیفیت خدمات آموزشی در برنامه باز توانی قلبی و معرفی برخی از مشکلات مربوطه است.

**روش:** نوع این پژوهش کیفی با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای کیفی است. جامعه مطالعه شامل اعضای نظام سلامت شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیماران قلبی اعم از بستری یا دریافت‌کنندگان سرپایی خدمات باز توانی قلبی و مراقبان (اعضای خانواده) آنان بودند. روش جمع‌آوری داده‌ها انجام مصاحبه بدون ساختار با نمونه هدفمندی شامل ۲۵ شرکت‌کننده (۳ پزشک، ۶ پرستار، ۱ کارشناس تغذیه، ۱۳ بیمار و ۲ همراه بیمار) بود. زمان آغاز مطالعه سال ۱۳۸۶ و زمان تکمیل تحلیل سال ۱۳۸۸ بود. صحت و استحکام مطالعه نیز از طریق منظور کردن ابعاد پیشنهاد شده توسط گوبا و لینکلن حاصل شد.

**یافته‌ها:** مفهوم کیفیت خدمات آموزشی در باز توانی قلبی تحت چهار مفهوم زیربنایی شامل تناسب، جامعیت، صحت و نظام توصیف شده است که در واقع عناصر متشکله کیفیت خدمات آموزشی در برنامه باز توانی قلبی می‌باشند. یافته‌ها تأکید می‌کنند که توجه به نیازها و توانایی‌های ویژه مخاطبین خدمات آموزشی در برنامه باز توانی قلبی از عوامل محوری تعیین‌کننده کیفیت این خدمات است؛ که بدین‌وسیله مخاطبین می‌توانند خدمات صحیح و پاسخگو را دریافت دارند. پیشنهاد می‌شود که در جامعیت بخشیدن به این برنامه در ابتدا جریان آموزش و اطلاع‌رسانی به مخاطبین را نظام‌مند ساخت تا بتوان فرصت‌های طلایی دریافت خدمات را برای آنان حفظ نمود. ناکافی بودن این تناسب، ناهماهنگی و ضعف نظام ارجاع، و متعاقباً بی‌پاسخ ماندن حیطه‌ای از نیازهای مخاطبین از چالش‌های موجود در این زمینه بود.

**نتیجه‌گیری:** کیفیت خدمات آموزشی مفهومی وابسته به زمینه است، در حوزه باز توانی قلبی، مبتنی بودن بر نیازها و توانایی‌های مخاطبین، توجه به ابعاد مختلف زیستی روانی اجتماعی در سطوح فرد و خانواده، و آرایه آن از طریق کانال‌های ارتباطی مشخص و هماهنگ مورد تأکید است. پرستاران به عنوان یکی از اعضای کلیدی تیم باز توانی قلبی لازم است عناصر فوق را در عرصه‌های مدیریت خدمات آموزشی و آرایه مستقیم خدمات به بیماران قلبی و اعضای خانواده آن‌ها مدنظر داشته باشند. انجام پژوهش‌های آتی در مورد مفاهیم معرفی شده پیشنهاد می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت خدمات آموزشی، مطالعه کیفی، باز توانی قلبی، نظام سلامت، پرستاری

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۹/۲۳

۱ - دانشجوی دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: m\_alavi@nm.mui.ac.ir

۲ - استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳ - دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد خوراسگان، اصفهان

۴ - کارشناس ارشد پرستاری، معاونت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵ - پزشک عمومی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۶ - استاد، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

## مقدمه

همکاران (۸) مدعی هستند که مشکل عدم استقبال بسیاری از بیماران از برنامه‌های بازتوانی قلبی، آن را به یک حیطة با اولویت بالای پژوهشی تبدیل کرده است. تاکنون مطالعات مختلفی در مورد کیفیت خدمات آموزش در عرصه‌های مختلف انجام شده است؛ به طوری که در برخی به ارزشیابی کیفیت خدمات آموزشی پرداخته شده است (۹). برخی با عنوان خدمات آموزشی مؤثر آن را مورد توجه قرار داده (۱۰) و برخی نیز مبادرت به تدوین استانداردهایی برای خدمات آموزش به بیمار نموده‌اند (۱۱). لیکن در هیچ یک از این مطالعات به عناصر تشکیل‌دهنده کیفیت توجه ویژه نشده است؛ همچنین با این که مطالعات وسیعی در زمینه آموزش و بازتوانی بیماری‌های قلبی انجام شده است (۱۲ و ۱۳) لیکن هیچ کدام بعد کیفیت خدمات آموزشی در بازتوانی قلبی را به طور ویژه پوشش نداده‌اند. از طرفی نیز اغلب پژوهش‌ها به روش‌های کمی و با استفاده از پرسشنامه‌ها و قالب‌های از پیش تعیین شده‌ای انجام شده‌اند که در مکان‌هایی دیگر (با فرهنگ، ارزش‌ها، برنامه‌ها و زمینه‌های متفاوت) تهیه و اعتبار بخشی شده است. لذا ضرورت یک تحقیق کیفی در این زمینه آشکار بود (۳). لذا، پژوهشگران تصمیم گرفتند تا طی مطالعه‌ای کیفی، به مفهوم کیفیت خدمات آموزشی ارایه شده در بازتوانی قلبی دست یابند. مقاله حاضر، بخشی منتخب از نتایج یک طرح تحقیقاتی (۱۴) را ارایه می‌کند.

## روش مطالعه

پژوهش حاضر با رویکرد تحلیل محتوای کیفی (Qualitative Content Analysis) انجام شده است. جامعه مطالعه شامل اعضای نظام سلامت شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیماران قلبی اعم از بستری یا دریافت‌کنندگان سرپایی خدمات بازتوانی قلبی و مراقبان (اعضای خانواده) آنان بودند. در این مطالعه، کلیه بیمارانی که به دلیل بیماری‌های قلبی (از هر نوعی) دریافت‌کننده مراقبت و درمان بوده و همچنین بیماران ترخیص شده از بیمارستان (کسانی که قبلاً بیماری عروق کرونر برای آن‌ها تشخیص داده شده و در حال دریافت خدمات بازتوانی بودند) شرکت داشتند. شرایط ورود به مطالعه، شامل آغاز دریافت خدمات بازتوانی قلبی و یا داشتن

بیماری‌های عروق کرونر قلب علت عمده مرگ در سراسر دنیا است (۱). لزوم ارتقای سلامت در جهت پیشگیری از بیماری‌های قلبی به طور روزافزونی از طرف جامعه شناخته شده و این مسأله بر ضرورت مداخلات مبتنی بر ارتقای سلامت تأکید دارند (۲). از طرفی، هزینه‌های انسانی و اقتصادی مربوط به بیماری‌های قلبی، بسیار مورد توجه سرویس‌های مراقبتی/درمانی و بیماران قرار دارد. یکی از مداخلاتی که در جهت حمایت بیماران وابستگان آن‌ها مورد هدف قرار می‌گیرد بازتوانی قلبی است (۳) که به عنوان عاملی تسهیل‌کننده در بهبودی بیماران شناخته شده است (۴). در شهرستان اصفهان مراکز و بیمارستان‌های مختلف بخش خصوصی و دولتی خدمات مراقبتی درمانی را به بیماران قلبی ارایه می‌دهند. بیماران خدمات بازتوانی را به طور عمده از دو مرکز دریافت می‌نمایند. یکی از آن‌ها در قالب واحد بازتوانی قلبی در یک بیمارستان فعالیت داشته و اغلب، بیماران همان مرکز را در دوران بستری و پس از آن سرویس‌دهی می‌کند. که این بیماران از مراکز مختلف مراقبتی درمانی استان اصفهان و نیز استان‌های اطراف مراجعه می‌نمایند. دیگری نیز در قالب واحد بازتوانی قلبی مرکز تحقیقاتی درمانی فعالیت کرده و پذیرای بیماران ترخیص شده از مراکز مختلف مراقبتی درمانی استان اصفهان و استان‌های اطراف می‌باشد.

یکی از اجزای مهم و کلیدی بازتوانی قلبی ارایه خدمات آموزشی است (۵) کیفیت خدمات آموزشی از موضوعات بسیار مهم و مورد توجه اعضای حرفه‌ای مراقبت‌های سلامتی است (۶).

خدمات آموزش مربوط به بازتوانی قلبی در شهرستان اصفهان اغلب به صورت آموزش‌های رسمی در قالب برگزاری کلاس‌های آموزشی و ارایه جزوات و پمفلت‌های آموزشی و نیز ارایه آموزش توسط اعضای تیم مراقبتی درمانی (اغلب شامل پرستاران و پزشکان) می‌باشد.

مطالعات مختلف آموزش را به عنوان پیشنهاد تغییر در الگوهای زندگی معرفی کرده‌اند. بازتوانی قلبی را نیز می‌توان نوعی اعمال تغییر در الگوهای رایج زندگی و پذیرش تغییرات جدید نام برد (۷). Beswick و

رسیدن به اشباع اطلاعات بود و جمعاً پس از انجام ۲۵ مصاحبه اشباع نسبی حاصل شد. زمان آغاز مطالعه سال ۱۳۸۶ و زمان تکمیل تحلیل سال ۱۳۸۸ بود.

روند تحلیل به این صورت بود که در ابتدا محتوای مصاحبه‌ها به دقت گوش داده شده و کلمه به کلمه بر روی فرمت انتقال داده شد. سپس عبارات و جملات معنادر متون مصاحبه‌ها استخراج شدند. در ادامه دسته‌ها (Categories) و طرح‌های کدبندی (Coding scheme) به صورت استقرایی از داده‌ها مشتق شدند و در این مسیر از روش مقایسه مداوم (Constant Comparison method) بهره‌گیری شد. در گام‌های بعد جهت اطمینان از وضوح و استحکام (Clarity and consistency) طبقه‌ها، متون کدبندی شده با نمونه‌های مشابه تحلیل شده توسط فرد دیگر از نظر توافق (Inter-coder agreement) چک شده و ویرایش‌های لازم به عمل آمد. در ادامه قواعد مذکور کدبندی (Coding rules) تا حصول دسته‌بندی نهایی و بازسازی معانی (Reconstructions of Meanings) برای تحلیل تمام متون مصاحبه‌ها به کار گرفته شد (۱۵).

به منظور حصول اطمینان از صحت و استحکام یافته‌های مطالعه، فعالیت‌هایی به شرح زیر دنبال شد. در ابتدا به منظور حصول اطمینان از واقعی بودن داده‌ها و نتایج حاصله و قابل قبول بودن آن‌ها برای شرکت‌کنندگان، حتی‌الامکان با مراجعه به برخی از شرکت‌کنندگان کلیدی و چک کردن بیانه‌ها و بخش‌هایی از نتایج، ابهامات موجود رفع شد. همچنین پژوهشگران سعی کردند شرکت‌کنندگان را از دو طیف ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات با تجارب مختلف انتخاب و به کاربردی بودن نتایج کمک کنند. همچنین بدین منظور، شرکت‌کنندگان از مکان‌های مختلف انتخاب شدند. مصاحبه‌ها و کدها در هر یک از مراحل توسط دو پژوهشگر مرور و بازبینی می‌شد. پژوهشگر کمک‌کننده نیز از کارکنان حرفه‌ای نظام سلامت بوده که ضمن داشتن تجربه کار در زمینه آموزش و بازتوانی بیماران قلبی، دارای تجارب مفیدی در زمینه انجام مطالعات کیفی بود. در نهایت پژوهشگران سعی نمودند تا از هر گونه تعصب در مورد پدیده مورد پژوهش، قبل و پس از جمع‌آوری اطلاعات اجتناب نمایند (۱۶).

تجربه‌ای از دریافت این خدمات بود. این مطالعه در سال ۱۳۸۶ آغاز شده و جمعاً هشت ماه به طول انجامید.

شرکت‌کنندگان با روش مبتنی بر هدف و به طور داوطلبانه به پژوهش وارد شدند. در این پژوهش ۲۵ نفر (۳ پزشک، ۶ پرستار، ۱ کارشناس تغذیه، ۱۳ بیمار و ۲ همراه بیمار) شرکت داشتند. جهت دستیابی به شرکت‌کنندگان پس از اخذ مجوزهای مربوطه از دانشگاه و مراکز مراقبتی درمانی مربوطه، پژوهشگر به مکان‌های حضور شرکت‌کنندگان مراجعه می‌نمود. سپس زمان و مکان انجام هر مصاحبه هماهنگی شده و مورد توافق شرکت‌کنندگان قرار می‌گرفت. در گام بعد به هر یک از شرکت‌کنندگان مراجعه کرده و پس از ارایه توضیحات مختصر در مورد اهداف پژوهش، چگونگی انجام آن و نقش شرکت‌کنندگان و نیز اخذ رضایت‌نامه کتبی از هر یک از آنان اقدام به انجام مصاحبه می‌شد. قبل از شروع مصاحبه از شرکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و نیز در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی جهت خروج از مطالعه به آن‌ها اطمینان داده می‌شد. این مصاحبه‌ها در محیطی خلوت در محل کار (برای کارکنان) یا محل دریافت خدمات (برای بیماران و اعضای خانواده آن‌ها) با هماهنگی و تمایل شرکت‌کنندگان انجام می‌شد. مصاحبه‌گر همان نویسنده مسؤؤل بوده که علاوه بر داشتن دانش و تجربه در رابطه با انجام مصاحبه، تجربه همکاری در چند پژوهش کیفی را نیز دارا می‌باشد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه بدون ساختار استفاده شد. سوالات محوری به کار گرفته شده در طرح پژوهشی اصلی از بیماران شرکت‌کننده عبارت از این بود که «چه تجاربی از عوامل تسهیل‌کننده و موانع دریافت خدمات آموزشی دارند؟» و از اعضای تیم مراقبتی درمانی نیز در مورد این که «چه تجربیاتی از ارایه مؤثر خدمات آموزشی و موانع احتمالی موجود دارند؟» سؤال شد. برحسب نیاز، سوالات مصاحبه متناسب با سطح درک شرکت‌کنندگان تعدیل می‌شد؛ به عنوان مثال از بیماران خواسته می‌شد که: «موقعیت‌هایی که موفق شده‌اند خدمات آموزشی را به سهولت دریافت کرده و مورد استفاده قرار دهند را مثال بزنند؛ ویژگی‌های شاخص خدمات دریافتی رضایت‌بخش و مفید را عنوان نمایند و مشکلاتی که در این راه مواجه شده‌اند را تشریح نمایند». مدت زمان هر مصاحبه از ۲۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید، معیار کفایت تعداد مصاحبه‌ها

## یافته‌ها

ضمن این مطالعه، مفهوم کیفیت خدمات آموزشی در بازتوانی قلبی تحت چهار مفهوم زیربنایی تحت عناوین تناسب، جامعیت، صحت و نظام توصیف شده است:

### الف) تناسب

حیطه‌ای از یافته‌های مطالعه بر اهمیت منطبق بودن خدمات آموزشی با میزان توانایی و شرایط مخاطبین این خدمات تأکید دارند:

«مشکلی که هست این است که بیشتر آموزش‌ها به صورت کتبی ارائه می‌شوند؛ یعنی اگر این آموزش‌ها همراه نوشتاری و دیداری، چهره به چهره هم باشد بهتر است...» (شرکت‌کننده شماره ۱۱، عضو تیم بازتوانی).

تجارب نشان می‌دهند که بخشی از خدمات آموزشی ارائه شده برای مخاطبین (بیماران قلبی و خانواده آن‌ها) قابل درک و استفاده نیست و در واقع، تلاش‌های ارائه‌دهندگان خدمات در مورد برخی از مخاطبین بلااثر است. این مفهوم در بخش‌هایی از تجارب شرکت‌کنندگان انعکاس یافته است. به عنوان نمونه یکی از اعضای خانواده بیمار از این که محتوای آموزشی چاپی در اختیار بیمارش (که البته بی‌سواد است) گذاشته شده اظهار نارضایتی می‌کند:

«با کلماتی که توی کتاب نوشته شده، من که سواد دارم درک می‌کنم، این خانم (بیمار بستری) که سواد ندارد آن کلمه‌ها را درک نمی‌کند، حالا اگر اینها سی‌دی‌های آموزشی هم داشته باشند که بتوانند تصویری ببینند خیلی بهتر است» (شرکت‌کننده شماره ۸، عضو خانواده بیمار).

یافته‌ها حاکی از آنند که اعضای نظام سلامت سعی داشته‌اند با استفاده از روش‌های کمک آموزشی تناسب لازم را فراهم نمایند و البته در این راه با مشکلات و کمبودهایی نیز مواجه بوده‌اند:

«عین بچه‌ای که با اسباب بازی باید شما به او آموزش بدهید، دقیقاً مریض‌ها همین طورند؛ یعنی گاه‌گاه وقتی که ما واحدهای غذایی را برای آن‌ها توضیح می‌دهیم متوجه نمی‌شود، ولی ما هیچ وسیله کمک آموزشی اینجا نداریم که بتوانیم این‌طوری به آن‌ها بگوییم که مثلاً یک وعده غذا این است، یک وعده گوشت این است...» (شرکت‌کننده شماره ۱۳، عضو تیم بازتوانی).

یافته‌ها تأکید می‌کنند که درک کافی از نیازهای واقعی بیماران قلبی و ارائه آموزش‌های کاربردی مبتنی بر آن نیازها از عوامل زیربنایی کیفیت این خدمات است. شرکت‌کنندگان تأکید دارند که خدمات مذکور می‌بایست با در نظر گرفتن زمینه‌های فرهنگی و الگوهای رفتاری بازتعریف شوند:

«سطح فرهنگ ما با جامعه بین‌الملل خیلی فرق می‌کند؛ فرهنگ کشورهای دیگر فرق می‌کند بنابراین روش‌های آموزشی ما باید با آن‌ها فرق بکند...» (شرکت‌کننده شماره ۱۰، پزشک بازتوانی).

از طرفی این ضرورت احساس می‌شود که به جای پرداختن شدن به مفاهیم گسترده و انتزاعی، متناسب با نیاز و سطح درک مخاطبین، به بخش‌های محدودی از مفاهیم آموزشی به صورت کاربردی پرداخته گردد:

«ما حتی گفتیم که اگر بشود یک بحثی را پرستارها بیایند راجع به بازتوانی بگویند، ولی خوب الان ظاهراً دارند کل بیماری‌های قلبی و عروقی را می‌گویند و بحث بازتوانی نیست؛ یعنی آموزش که داده می‌شود در رابطه با کل بیماری‌های قلبی عروقی است».

«مشکل بزرگی که ما داریم اینه که این جا نیفتاده که هر فردی غذای خودش را دارد؛ یعنی فکر می‌کنند که فقط مشکل قلبی من با دیگری فرق می‌کند؛ فقط داروهای من با دیگری فرق می‌کند و آموزش برای همه یکی است: گوشت قرمز نخور، سبزیجات بخور، چربی نخور... دکتر نمی‌گه که شما باید مراجعه کنی و رژیم غذایی خودت را بگیری، یک چیز کلی برای همه می‌گویند» (شرکت‌کننده شماره ۱۳).

مفهوم اصلی «تناسب» در این مطالعه بعدی از مفهوم کیفیت را نمایان ساخته است و برخی از مهم‌ترین زیرمفهوم‌های تشکیل‌دهنده آن در جدول شماره ۱ آورده شده است.

### ب) جامعیت

مطابق با یافته‌های مطالعه، آموزش جامع به این معناست که خدمات ارائه شده بتواند تمام و یا قسمت اعظم نیازهای آموزشی بیماران را در ابعاد مختلف فوری یا دراز مدت بازتوانی قلبی پوشش دهد. یافته‌ها تأکید می‌کنند که بیماران قلبی و مراقبین آن‌ها که اغلب، اعضای خانواده هستند در زمینه خدمات آموزشی مربوط به بازتوانی حیطه وسیعی از نیازهای مختلف را تجربه

مسیرهای مستند و مسیرهای سنتی که اغلب برخاسته از دیدگاه‌ها و عقاید افراد جامعه در مورد بیماران قلبی است رقابت وجود دارد:

«... بیشتر این طور است که این (بیمار) مریضی قلبی داره، آن (بیمار دیگر) هم بیماری قلبی داره، این (بیمار) اطلاعات به آن (بیمار دیگر) می‌دهد؛ آن هم اطلاعات به این می‌دهد؛ در صورتی که مریضی قلبی‌شان با یکدیگر خیلی فرق می‌کند؛ شاید این اطلاعاتی که اینها به همدیگر می‌دهند خیلی اشتباه باشد» (شرکت‌کننده شماره ۸، عضو خانواده بیمار).

از طرفی دیگر، یافته‌ها بر اهمیت مستند و به روز بودن آموزش‌های ارائه شده توسط اعضای نظام سلامت تأکید دارند؛ به طوری که متناسب با نیازها و شرایط هر کدام از مخاطبین بوده و از جامعیت لازم برخوردار باشد. این موضوع توسط ارائه‌دهندگان خدمات نیز مورد تأکید قرار گرفته است. به عنوان نمونه شرکت‌کننده شماره ۱۰ می‌گوید:

«... باید ... استانداردهای جدید را یاد گرفت ... آری، این طوری ما می‌توانیم رویش حساب کنیم، ولی این زبانی که (مثلاً) گوشت کمتر بخور، برنج فلان بخور؛ برای مریض قابل درک صحیح نیست ... ممکن است مریضی باشد که دو تا کفگیر (پیمانه) برنج می‌خورد ولی رژیم مناسب هشت تا قاشق است؛ کمتر بخور با هشت تا قاشق خیلی فرق می‌کند ...».

حال، چالش موجود این است که برخی اطلاعاتی که از جانب اعضای تیم مراقبت و درمان در اختیار بیماران و خانواده‌های آنان قرار می‌گیرد، مبتنی بر نیازهای آنان نبوده و از مستند و به روز بودن آن نیز اطمینانی وجود ندارد. تجربه یکی از اعضای تیم بازتوانی (شرکت‌کننده شماره ۱۳) مورد فوق را به خوبی حمایت می‌کند:

«مریض که می‌آید اینجا واحد بازتوانی، یک مقدار از خودمان برایش مراقبت روانی انجام می‌دهیم ... بالفرض اخمو می‌آید توی واحد، ما می‌گوییم تا نخندی اصلاً هیچ کاری برایت نمی‌کنیم ... ما خودمان سعی می‌کنیم این کار را بکنیم ولی این کار تخصصی نیست؛ یعنی مثلاً من و خانم \* هیچ علمی در این زمینه نداریم؛ ولی خوب سعی می‌کنیم یک مقدار خودمان محیط را تغییر دهیم، مریض‌ها هم در مجموع راضی‌اند ولی به نظر من آن نتیجه‌ای که باید بگیرند را نمی‌گیرند؛ چون کار، تخصصی نیست».

می‌کنند. لازم است خدمات آموزشی تمام حیطه مذکور را متناسب با زمینه و نیازهای مخاطبین پوشش دهد. چالش موجود این است که گاهی ارائه‌دهندگان خدمات از پاسخگویی به تمام ابعاد باز مانده و تنها به جنبه‌های محدودی از نیازها پرداخته‌اند؛ که اغلب در حد پاسخگویی به نیازهای فوری و مشهود مخاطبین می‌باشد. به عنوان مثال یکی از پرستاران شرکت‌کننده (شماره ۹) در پاسخ به سؤال در مورد حیطه‌ای از محتوای آموزشی که در بخش ارائه می‌دهند، پاسخ می‌دهد:

«همین در حد داروها (آموزش می‌دهیم که مثلاً) داروهای اینها؛ کی بخوری؛ چطور بخوری یا مثلاً اگر chest pain داشتی چکار بکنی».

بیانات یکی از بیماران شرکت‌کننده (شماره ۱۲) تجارب فوق را حمایت کند:

«این تنش‌هایی که آنجا (در محل کار) بود، برای من مشکلات زیادی را ایجاد کرد؛ ولی آموزش خاصی داده نمی‌شد؛ همین در حد چند کلمه‌ای که باید شما استرس نداشته باشید ...».

در نظرگاه کلی، بخش‌های مختلف مجموعه نظام سلامت، ابعاد مختلف خدمات آموزشی را پوشش می‌دهند؛ لیکن در این مطالعه منظور از جامعیت، مجموعه ابعادی است که به صورت هم‌زمان در مورد هر کدام از مخاطبین متناسب با زمینه و نیازهای آنان پوشش داده می‌شود.

مطابق یافته‌ها مهم‌ترین ابعادی که خدمات آموزشی جامع را در بر می‌گیرند عبارتند از: حوزه سلامت روان، ابعاد مراقبت و درمان، فیزیوپاتولوژی بیماری، مدیریت کار و فعالیت، رژیم غذایی، اهداف دراز مدت بازتوانی، و حوزه حفظ و ارتقای سلامت. جاری بودن ترکیب منسجمی از این ابعاد متناسب با نیازهای مخاطبین، مفهوم اصلی «جامعیت» را به عنوان یکی از ابعاد متشکله کیفیت خدمات آموزشی در بازتوانی قلبی شکل می‌دهد. برخی از مهم‌ترین زیرمفهوم‌های تشکیل‌دهنده آن در جدول شماره ۱ آورده شده است.

### ج) صحت

مطابق با یافته‌های مطالعه، چالش موجود این است که دسترسی به منابع جایگزین اطلاعات و آموزش (که اغلب از اعتبار کافی برخوردار نیستند) دریافت آموزش‌های علمی و مؤثر از طرف مخاطبین را با تهدید مواجه ساخته است؛ به عبارت دیگر، بین دریافت آموزش از طریق

نمی‌شود؛ یعنی فاز *intermediate* و *inpatient* انجام نمی‌شود ... در اصل، آموزش مریض از آن قسمت ابتدایی یعنی بستری بودن بیمار شروع می‌شود؛ ولی اینجا فقط ماکول شده به بازتوانی بعد از ترخیص بیمار... یعنی مریض یک *Gap* دارد بین زمان عملش و زمان مراجعه به بازتوانی که توی این فاصله مریض رها می‌شود؛ یعنی مریض یکجوری بین زمین و هوا معلق است ...».

تجربه این شکاف در دسترسی مخاطبین به خدمات آموزشی آنان را به سمت یک تکاپوی نافرجام سوق داده است که علاوه بر ممانعت از دریافت خدمات، فشار اضافه‌ای را نیز به نظام سلامت تحمیل می‌سازد که با در نظر گرفتن کمبودها و نواقص موجود در منابع انسانی، می‌تواند بر مشکلات موجود بیفزاید. این موضوع در تجربه یکی از کارکنان نظام سلامت (شرکت‌کننده شماره ۱۱) انعکاس یافته است:

«... اینجا این طوری است که مریض، اول هفته رفته پیش یک پزشک، آخر هفته رفته پیش پزشک دیگر ... بیمار شروع می‌کند به حرکت کردن و یک تجمع کاذب برای آقایون (پزشکان) ایجاد می‌شود ...».

مصدق این یافته در تجارب سایر مخاطبین نیز منعکس شده است؛ به عنوان نمونه، یک عضو خانواده بیمار (شرکت‌کننده شماره ۱۶) می‌گوید:

«کسی که مریضی پیدا می‌کند، سعی می‌کند بهترین پزشک را برود؛ چه وضع مادی‌اش خوب باشد چه نباشد ... مریض، آن پزشک‌ها (ی معروف) را انتخاب می‌کند و آن پزشک‌ها هم معمولاً فرصتی ندارند ...».

تمامی این تجارب، حکایت از ضرورت وجود یک سیستم ارجاع منظم دارد تا بتواند با حفظ تماس با بیماران نیازمند و خانواده‌ها، راهنمایی برای حرکت در مسیر صحیح و آرایه اطلاعات و آموزش مورد نیاز، آنان را به سوی اهداف یک بازتوانی جامع سوق دهد. بدین ترتیب مفهوم «نظام» به عنوان یکی از ابعاد پیشنهادی کیفیت خدمات آموزش شکل یافته است (جدول شماره ۱).

مشکل دیگر آنست که گاهی بخشی از نیازهای بیمار به طور کلی مورد غفلت واقع می‌شوند. تجربه یکی از بیماران (شرکت‌کننده شماره ۳) این موضوع را حمایت می‌کند:

«من اتفاقاً یک بار آمدم اینجا (درمانگاه بیمارستان)، خانم به من گفت چرا اینقدر استرس داری؛ ولی حرفی نزد برای کنترل استرس و یا مثلاً بارها شده که (در مورد استرس) به دکتر گفته‌ام، دکتر چیزی نگفته، حتی قرص اعصاب هم به من ندادند».

یافته‌های مطالعه بر اهمیت اتخاذ رویکردهایی تأکید دارند که بتوانند اطلاعات و آگاهی مربوط به مناسب‌ترین و بهترین گزینه‌های مراقبتی درمانی را پیش روی مخاطبین بگذارند. بنابراین در این مطالعه مفهوم «صحت» به عنوان یکی از مصادیق و ابعاد کیفیت خدمات آموزش در بازتوانی قلبی پیشنهاد می‌گردد. برخی دیگر از مهم‌ترین ابعاد تشکیل‌دهنده این مفهوم در جدول شماره ۱ آورده شده است.

#### د) نظام

یافته‌ها تأکید می‌کنند که بیماران از زمان آغاز بیماری که هم‌زمان با آغاز بازتوانی آنان خواهد بود، می‌بایست گام‌هایی را در جهت دریافت انواعی از خدمات بازتوانی قلبی سپری نمایند و می‌بایست این گام‌ها منطبق بر شرایط و نیازهای منحصر به فرد آنان و نوع خدمات دریافتی بوده و آنان را به سمت اهداف نهایی بازتوانی قلبی سوق دهد. در این راستا آرایه آموزش و اطلاعات جهت حفظ بیماران و خانواده‌های آن‌ها در مسیر صحیح اهداف بازتوانی امری حیاتی است. و حال، تجارب نشان می‌دهند که هر گونه نقص یا گسیختگی در این مسیر می‌تواند با دور نگه داشتن بیماران از منابع اطلاعات و آموزش، آنان را از نایل شدن به اهداف بازتوانی قلبی دور گرداند. در حمایت از این یافته یکی از مدیران اجرایی (شرکت‌کننده شماره ۱۰) می‌گوید:

«بازتوانی سه یا چهار فاز دارد که متأسفانه تا جایی که من می‌دانم فازهای اولیه بازتوانی توی بیمارستان انجام

جدول ۱- ابعاد متشکله مفهوم کیفیت خدمات آموزشی در بازتوانی قلبی

مفهوم کیفیت خدمات آموزشی در بازتوانی قلبی		
مفاهیم اصلی	مهم‌ترین مفاهیم اولیه زیرمجموعه (زیرمفهوم‌ها)	
الف	تناسب	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تداخل برنامه‌ها با روند زندگی خانوادگی بیماران</li> <li>- دستیابی به ارتقای درک مخاطبین از محتوای ارائه شده</li> <li>- انطباق آموزش‌های تخصصی با نیازها و وضعیت فردی مخاطبین</li> <li>- تناسب محتوای آموزشی در بیماران کم سواد و بی‌سواد</li> <li>- توجه به روش‌های مؤثر آموزش در مخاطبین خاص همانند افراد مسن</li> <li>- توجه به کاربردی بودن آموزش‌ها</li> <li>- روش‌های آموزش متناسب با علایق مخاطبین</li> <li>- انطباق زمانبندی فرصت‌های آموزش گروهی با وقت آزاد مخاطبین</li> </ul>
ب	جامعیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- خدمات آموزشی تک محوری</li> <li>- حوزه نیازهای آموزش سلامت روان در بازتوانی قلبی</li> <li>- پوشش حیطه نیازهای مراقبتی درمانی ضمن خدمات آموزشی</li> <li>- پرداخته شدن به فیزیوپاتولوژی بیماری ضمن خدمات آموزشی</li> <li>- توجه به جزییات مراقبت و درمان و ابعاد مختلف خدمات بازتوانی قلبی</li> <li>- پوشش اهداف دراز مدت بازتوانی ضمن خدمات آموزشی</li> <li>- توجه به حفظ و ارتقای سلامت ضمن ارائه خدمات آموزشی</li> </ul>
ج	صحت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از موثق بودن منابع متعدد دریافت اطلاعات</li> <li>- دسترسی زیاد و تمایل به استفاده از منابع ناموثق اطلاعات</li> <li>- دریافت پیام‌های متضاد از جانب اعضای مختلف تیم درمانی</li> <li>- چالش آگاهی کادر مراقبتی درمانی در مورد خدمات بازتوانی قلبی</li> </ul>
د	نظام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع بدون برنامه</li> <li>- شکاف در تعرفه‌های آموزش به بیمار</li> <li>- سرگردانی مخاطبین در یافتن بهترین منبع کمک‌رسانی</li> <li>- شکاف بین آغاز بیماری و شروع دریافت خدمات</li> </ul>

## بحث

مفهوم «کیفیت خدمات آموزشی در برنامه بازتوانی قلبی» برخی ابعاد مهم کیفیت در ارائه خدمات آموزشی را در قالب مفهوم‌های مربوطه معرفی می‌نماید. این ابعاد به عنوان نقاط عطفی هستند که برخی چالش‌های موجود در آموزش بازتوانی قلبی (در زمینه و جامعه مورد مطالعه) را نیز تصویر می‌نمایند.

در این مطالعه مفهوم «تناسب» به معنای ضرورت هم‌خوانی و تجانس شرایط آموزش مثل روش‌ها، محتوا و زمان آن با نیازهای فردی، خانوادگی و شرایط زمینه‌ای مخاطبین می‌باشد. مطابق با نتایج، یکی از مشکلات موجود این است که نبود این سختیت، کیفیت حیطه‌ای از خدمات مذکور را تضعیف ساخته است و نمونه بارز آن شامل بیمارانی است که ساکن مناطق دوردست و روستایی بوده و توانایی استفاده از نسخه‌های چاپی آموزش را ندارند. البته این در حالیست که برخی پژوهشگران مواد آموزشی چاپی را به دلیل قابلیت حفظ و نگهداری برای

استفاده‌های آتی بسیار مفید و ارزشمند دانسته‌اند (۱۷). می‌توان استنباط نمود که شاخصه‌های تعیین‌کننده این تناسب وابسته به زمینه بوده و تعیین آن تنها با در نظر گرفتن شرایط خاص مکانی و زمانی و زمینه موجود امکان‌پذیر است.

مروری بر تجارب شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که متعاقب یک طرفه بودن جریان اطلاعات و ارائه آموزش، بدون ارزیابی و در نظر گرفتن نیازهای فردی و خانوادگی بیماران، بخشی از آموزش‌ها برای آنان کاربردی نبوده و در مدت زمانی کوتاه به دست فراموشی سپرده شده است. تأکید مطالعات مختلف بر اهمیت توجه به نیازهای اعضای خانواده و اهمیت ارائه اطلاعات به موقع و متناسب (۳) و نیز تأکید بر آموزش‌های تخصصی مبتنی بر نیازهای مخاطبین در برنامه‌های جامع بازتوانی قلبی (۱۸) و همچنین توجه بر تمایلات فردی مخاطبین توسط اعضای نظام سلامت (۱۹) استنباط این مفهوم را قوت می‌بخشد. در مطالعه حاضر «جامعیت» به این معناست که خدمات آموزش در بازتوانی قلبی باید طیف وسیعی از

بیماران قلبی بوده و اظهار نظرهای شخصی که ریشه در باورهای سنتی برخی از مردم در مورد بیماری قلبی دارد- مانع از تلاش مخاطبین برای دریافت آموزشهای صحیح و علمی شده است. از طرفی دیگر، دشواری دستیابی به منابع اطلاعاتی موثق که همان مراکز مراقبتی، درمانی و بازتوانی واقع در شهرهاست بر این چالش دامن زده است. بعد دیگر این چالش را نیز اعضای تیم مراقبت و درمان تشکیل داده‌اند که برخی از آنان آموزشهای کافی در این زمینه دریافت نکرده و دانش آن‌ها در زمینه بازتوانی قلبی، کافی و روزآمد نیست و حتی در صورت کار با بیماران، نمی‌توانند کمک شایانی به آنان داشته باشند. مجموع این عوامل باعث شده است تا گاهی اطلاعات صحیح در اختیار بیماران صحیح قرار نگیرد. لذا یکی از راه‌کارهای موجود برای ارتقای صحت آموزش در بازتوانی قلبی تأکید بر آماده‌سازی و آموزش نیروی انسانی برای دستیابی به ارتقای کیفیت خدمات است که اهمیت آن نیز حمایت شده است (۲۲). البته به نظر می‌رسد که این مفهوم و چالش توصیف شده، در حوزه‌های دیگر آموزش به بیمار غیر از بازتوانی قلبی نیز قابل انتقال باشد و پیشنهاد انجام پژوهش‌های آتی برای بسط دادن و شناسایی تمام ابعاد مفهوم در سایر زمینه‌ها خالی از لطف نباشد.

در مطالعه حاضر مفهوم «نظام» به این معنی است که بیماران قلبی می‌بایست از زمان ابتلا به بیماری که همان زمان آغاز بازتوانی خواهد بود، گام‌های هدفمندی را به سمت اهداف نهایی بازتوانی قلبی سپری نمایند؛ که در این راستا نظام سلامت نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. اعضای تیم مراقبت و درمان و بازتوانی می‌بایست در هر یک از گام‌ها، مطابق با نیازهای بیماران قلبی و اعضای خانواده، آنان را راهنمایی کرده و اطلاعات مورد نیاز را در اختیار آنان قرار دهند و تا نایل شدن به اهداف برنامه جامع بازتوانی همراهی نمایند. مطابق نتایج مطالعه چالش موجود این است که بیماران و اعضای خانواده در گذر از هر یک از این گام‌ها، دورانی از سرگردانی را تجربه کرده‌اند. ضمن اتلاف وقت و صرف هزینه‌های اضافی، برخی از آنان در همان گام‌های اول بازتوانی بازمانده و هرگز فرصت دریافت آموزش و برنامه‌ریزی برای مدیریت شرایط جسمی و روحی خود را نیافته‌اند. تود و همکاران (۳) در این مورد می‌نویسند؛ ویژگی‌های سازمان‌های فراهم‌آورنده خدمات بازتوانی قلبی بر ملازمت و فرصت‌های مشارکت مخاطبین

نیازهای بیماران و خانواده‌های آن‌ها را پوشش دهند و صرفاً به حیطه‌های کوچکی از آن محدود نشوند. چالش موجود این است که اغلب شرکت‌کنندگان، آموزش‌های بازتوانی را در تمام ابعاد مورد نیاز دریافت نکرده و صرفاً به نیازهای فوری آن‌ها و به صورت مشکل‌مدار پاسخ داده شده است. مجموع نتایج مطالعات مرتبط با این زمینه در ترکیبی منسجم و هماهنگ می‌توانند تصویری روشن و کاربردی از مفهوم جامعیت را ارائه دهند. ارایه آموزش‌های لازم در زمینه آموزش تغذیه، مقدار و نوع غذاهای مجاز، چگونگی شناسایی غذاها با سدیم و چربی بالا؛ چگونگی کنترل تهوع، بی‌اشتهایی و تغییر مزه غذاها متعاقب حادثه قلبی (۱۸)، آموزش در مورد فعالیت (۲۰)، نحوه کنترل استرس و سازگاری با تنش‌ها (۲۱) از آن جمله‌اند.

چالش مضاعف این است که اعضای تیم مراقبت و درمان (قریب به اتفاق شرکت‌کنندگان در این مطالعه و توصیف وضعیت موجود توسط آن‌ها) نیز مفهوم آموزش در بازتوانی قلبی را محدود به پاسخگویی به نیازهای فوری و مشهود بیماران دانسته و با این برنامه آشنایی کافی نداشته‌اند. استنباط منطقی این است که آماده‌سازی نیروی انسانی در بخش نظام سلامت را پیش زمینه و پیشنیاز جامعیت بخشیدن به خدمات آموزشی در نظر گرفت. لذا پیشنهاد می‌گردد که در درجه اول نیازهای آموزشی اعضای مراقبت و درمان در مورد بازتوانی قلبی بررسی شده و متناسب با نیازهای موجود تحت آموزش قرار گیرند و نیز در مراکز مراقبت و درمان بیماران قلبی حتی‌الامکان از پرسنل متبحر و آموزش دیده در این زمینه استفاده گردد.

مفهوم «صحت» در این مطالعه به این معنی است که آموزش‌های ارایه شده می‌بایست کاملاً بر شرایط و نیازهای منحصر به فرد هر یک از مخاطبین منطبق باشد؛ به طوری که هر یک از آنان گزیده‌ترین آموزش‌ها را دریافت کرده و صحیح‌ترین اطلاعات را متناسب با نیازهای خود در اختیار داشته باشند. نتایج نشان دادند که در کارکرد منابع مختلف اطلاعات نوعی رقابت وجود دارد و بیماران / اعضای خانواده به ویژه در مواقع بحرانی متمایلند اطلاعات را از سهل‌الوصول‌ترین منابع دریافت نمایند. از طرفی نیز بسیاری از منابع موجود موثق نبوده و مبتنی بر نیازهای واقعی و منحصر به فرد بیماران نیست. بنابراین در دسترس بودن این منابع - که اغلب سایر



نیازهای آموزشی آن‌هاست. مطابق یافته‌های این مطالعه، متعاقب ناکافی بودن این تناسب و جامعیت، حیطه‌ای از این نیازهای مخاطبین بی‌پاسخ مانده است. لذا پیشنهاد می‌گردد که قبل از طراحی و ارایه برنامه‌ها و خدمات آموزشی، نیازهای آموزشی مخاطبین مورد بررسی و توجه قرار گیرد و برای تحقق این هدف، آماده‌سازی و توسعه نیروی انسانی مورد تأکید است. نتایج همچنین بر اهمیت فراهم آوردن خدمات آموزشی مبتنی بر شواهد، موثق و سهل‌الوصول تأکید دارد؛ تا بتواند تلاش‌های بیماران و مراقبین آن‌ها برای کسب آگاهی‌های لازم را به طور صحیح پاسخ گوید. این امر به نوبه خود مستلزم انسجام و هماهنگی تمام اجزای تأثیرگذار است تا بدین‌وسیله بتوان در راستای تأمین کیفیت خدمات آموزشی گام برداشت. پرستاران به عنوان یکی از اعضای کلیدی تیم بازتوانی قلبی لازم است عناصر تناسب خدمات آموزشی (با نیازها و توانایی‌های مخاطبین)، جامعیت خدمات (با توجه به ابعاد مختلف زیستی روانی اجتماعی در سطوح فرد و خانواده)، صحت و سازماندهی خدمات (از طریق کانال‌های ارتباطی مشخص و تعریف شده) را در عرصه‌های مدیریت خدمات آموزشی و ارایه مستقیم خدمات به بیماران قلبی و اعضای خانواده آن‌ها مدنظر داشته باشند. انجام پژوهش‌های آتی در مورد مفاهیم معرفی شده پیشنهاد می‌گردد.

در برنامه‌ها تأثیر می‌گذارد. آنان مدعی هستند که معمولاً هماهنگی بین فراهم‌آوردندگان خدمات بازتوانی قلبی در واحدهای مراقبتی اولیه و ثانویه کم‌رنگ است و این جریان اطلاعات ضعیف بین مراقبت‌های اولیه و ثانویه می‌تواند منجر به شکاف و گسسته شدن برنامه‌ها گردد و متعاقباً برای بیماران حمایت محدودی فراهم می‌گردد. پیشنهاد می‌گردد علاوه بر وجود پروتکل‌های مراقبتی درمانی، به منظور نظام‌مند کردن آموزش و اطلاع‌رسانی به بیماران قلبی، متناسب با موقعیت‌ها و نیازهای بیماران و اعضای خانواده آن‌ها پروتکل‌های ارجاع و آموزش طراحی و به کار گرفته شوند. انجام پژوهش‌های آتی در این حوزه مهم پیشنهاد می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهند که توجه به نیازها و توانایی‌های ویژه مخاطبین خدمات آموزشی در برنامه‌های بازتوانی قلبی از عوامل محوری تعیین‌کننده کیفیت این خدمات است. یکی از مشکلات موجود این است که به ویژه به دلیل تعدد شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، مخاطبین حیطه وسیعی از نیازها را تجربه می‌کنند. برآوردن نیازهای مخاطبین مستلزم توجه به ابعاد مختلف زندگی و ویژگی‌های دریافت‌کنندگان خدمات و طراحی برنامه‌های جامع جهت پاسخگویی مناسب و مؤثر به

### منابع

- 1 - Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 51(4): 382-5.
- 2 - Sidani M, Ziegler C. Preventing heart disease: who needs to be concerned and what to do. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2008; 35(4): 589-607.
- 3 - Tod A, Lacey EA, McNeill F. 'I'm still waiting...': barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 40(4): 421-431.
- 4 - Fleury J, Lee SM, Matteson B, Belyea M. Barriers to Physical Activity Maintenance After Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 2004; 24: 296-307.
- 5 - Witt BJ, Thomas RJ, Roger VL. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: a review to understand barriers to participation and potential solutions. *Europia Medico Physica*. 2005; 41: 27-34.
- 6 - Secker J. Assessing the quality of patient-education leaflets. *Coronary Health Care*. 1997; 1(1): 37-41.
- 7 - Eriksson S, Kaati G and Bygren LO. Personal resources, motives and patient education leading to changes in cardiovascular risk factors. *Patient Education and Counseling*. 1998; 34(2): 159-168.
- 8 - Beswick AD, ReesK, West R, Taylor FC, et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review, Blackwell Publishing Ltd. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49(5): 538-555.
- 9 - Raeis DN. Evaluation of Quality of Patient Education Pamphlets made by Nursing Students. *Journal of Medical Education*. 2006; 8(2): 103-110.

- 10 - Falvo DR. Effective patient education: a guide to increased compliance. 3<sup>rd</sup> edi, Jones & Bartlett Publishers, 2004.
- 11 - Leichter SB, Allweiss P. National Consensus Standards for Diabetic Patient Education Programs: A First Step in Solving an Important Puzzle. Arch Intern Med. 1984; 144(6): 1137-1138.
- 12 - Sarrafzadegan N, et al. Isfahan Healthy Heart Program: Evaluation of comprehensive, community-based interventions for non-communicable disease prevention. Prevention and Control J. 2006; 2(2): 73-84.
- 13 - Rabiei K, Kelishadi R, Sarrafzadegan N, Abedi HA, Alavi M, Heidari K, Bahonar A, Boshtam M, Zare K, Sadeghi S. Process evaluation of a community-based program for prevention and control of non-communicable disease in a developing country: The Isfahan Healthy Heart Program, Iran. BMC Public Health. 2009; 9: 57.
- 14- Alavi M, Health care team and cardiac patients' experiences of education barriers in cardiac rehabilitation, Un published, A research project approved by Isfahan University of Medical Sciences (IUMS), Isfahan, Iran, 1385; Grant number: 185151.
- 15 - Zhang, Y. Content analysis (qualitative, thematic). [Cited; Available from: <http://ils.unc.edu/~yanz/Content%20analysis.pdf>]
- 16 - Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4th edi, LWW, 2007, p: 49.
- 17 - Parker E, O'Connor-Fleming M, Tooth L, Humphries RJ. Developing a cardiac rehabilitation education resource for rural health workers in queensland: reviewing the process and outcomes. Australian Journal of Rural Health. 2002; 10(1): 15-19.
- 18 - Timin MT, Shores KV, Reicks M. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. Journal of Psychosomatic Research. 2006; 60(1): 3-11.
- 19 - Clark AM, Barbour RS, White M, MacIntyre PD. Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. Journal of Advanced Nursing. 2004; 47(1): 5-14.
- 20 - Karner AM, Dahlgren MA, Bergdahl B. Rehabilitation after coronary heart disease: spouses' views of support. Journal of Advanced Nursing. 2004; 46(2): 204-211.
- 21 - Dixon T, Lim LL, Powell H, Fisher JD. Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. Journal of Advanced Nursing. 2000; 31(6): 1368-1375.
- 22 - Grover A. Critical care workforce: A policy perspective. Critical Care Medicine. 2006; 34(3): S7-S11.

## Concept of the quality of the educational services in cardiac rehabilitation

Alavi<sup>1</sup> M (MSc.) - Irajpour<sup>2</sup> A (Ph.D) - Abedi<sup>3</sup> H (Ph.D) - Rabiee<sup>4</sup> K (MD) - Karimi<sup>5</sup> M (MSc.) - Sarrafzadegan<sup>6</sup> N (MD).

**Introduction:** Achieving quality educational services is one of the current health system challenges; and nurses have a great role in this regard. Although quality educational services are a complex concept; so it is important to clarifying and exploring the related components. The study aimed to describe the components underlies to quality educational service in a cardiac rehabilitation program qualitatively and introduce some of the related problems.

**Methods:** This is a qualitative study using qualitative content analysis method. Study population consisted of health practitioners working at health & research centers affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, cardiac patients including inpatient and out patient service users and their assistants (family members). Data were gathered through conducting unstructured interviews with a purposive sample of 25 (consisted of 3 physicians, 6 nurses, 1 dietarian, 13 patients and 2 patient assistant). The study was begun at 1386 and data analysis was completed at 1388. The rigor of the study was achieved applying Guba and Lincoln directions.

**Results:** The concept of quality educational services in cardiac rehabilitation is described using four underlying concepts namely fittingness, comprehensiveness, authenticity and orderliness that are the elements of quality educational services in the cardiac rehabilitation program. Based on the findings, paying attention to audiences' special needs and capabilities are important determinants in providing quality educational services in the cardiac rehabilitation program. Hereby the audiences could receive the trustful and responsive services. We suggest organizing the education and information giving routs. It would result in service comprehensiveness that could save the service taking opportunities. The existed problems were inadequate fittingness, poor coordination in the services and poor referral system that were resulted in poor response to some of the audiences needs.

**Conclusion:** "Quality educational services" is a context based concept. Considering the cardiac rehabilitation, it was emphasized on providing need based services fitted to users' capabilities, attending to various bio-psycho-social aspects at both person and family levels and serving the services through predefined and coordinated pathways. It is necessary to nurses as one of the key members of cardiac rehabilitation team that consider such emerged elements in service management and direct care delivery to the cardiac patients and their families. Future researches on emerged concepts are worthy to suggest.

**Key words:** Quality educational services; Qualitative research; Cardiac rehabilitation; health system; Nursing

1 - Corresponding author: Nursing & Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

e-mail: m\_alavi@nm.mui.ac.ir

2 - Assistant Professor, Nursing & Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3 - Associate Professor, Islamic Azad University - Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

4 - Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5 - Nursing Administration, Health Deputy of Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

6 - Professor, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran