

تاثیر آموزش بر دانش، نگرش و عملکرد کادر پرستاری در باره پرفشاری خون

چکیده

زمینه و هدف: فشارخون بالا یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی و شایع‌ترین عامل بروز نارسایی قلبی و سکنه مغزی در بسیاری از کشورها و شایع‌ترین عامل نارسایی کلیوی است. این مطالعه با هدف ارزشیابی تاثیر آموزش از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی بر دانش، نگرش و عملکرد کادر پرستاری شهر گنبدکاووس درباره بیماری پرفشاری خون صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی روی ۱۳۶ نفر از کادر پرستاری شهر گنبد در سال ۱۳۸۴ که به صورت تصادفی طبقه‌ای از میان ۳۷۰ کارکنان شاغل انتخاب شدند، انجام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه و چک لیست مشاهده بود. در ابتدا میزان دانش، نگرش و عملکرد افراد مورد مطالعه به وسیله این ابزار مورد بررسی قرار گرفت. سپس نیازهای آموزشی آنان مشخص و برنامه‌ای آموزشی بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی، تدوین و اجرا گردید. سه ماه پس از اجرای برنامه آموزش میزان دانش، نگرش و عملکرد نمونه‌های مورد مطالعه از طریق همان پرسشنامه و چک لیست، تعیین و با یافته‌های به دست آمده از مرحله اولیه (pre-test) مقایسه گردید. برای دستیابی به میزان تاثیر آموزش از آزمون‌های آماری ویلکاکسون، تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات دانش، منافع درک شده، موانع درک شده، تهدید درک شده، نگرش (مجموع اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی) و عملکرد قبل از آموزش به ترتیب برابر با ۹/۶۸، ۲۳/۷۶، ۲۵/۶۳، ۲۲/۸۲، ۷۱/۹۹ و ۴/۵۵ بود که بعد از آموزش همه آنها افزایش نشان داده و به ترتیب به ۱۶/۶۶، ۲۶/۰۶، ۲۸/۹۴، ۲۴/۹۸، ۸۰/۰۸ و ۴/۸۳ رسید. نتایج نشان داد که آموزش کادر پرستاری از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی سبب ارتقاء دانش و تغییر نگرش و همچنین سبب بهبود عملکرد آنان می‌شود ($P < 0/05$). بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه کاری و زمینه خانوادگی مثبت با میزان دانش، نگرش و عملکرد ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد. ولی بین متغیرهای رده شغلی، میزان تحصیلات و بخش کاری با دانش قبل از آموزش و عملکرد قبل از آموزش و همچنین بین متغیر واحد سازمانی با نگرش قبل از آموزش ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان‌دهنده ضرورت آموزش دوره‌ای کادر پرستاری در خصوص پرفشاری خون با استفاده از یک مدل آموزشی مناسب و برنامه‌ریزی شده می‌باشد.

کلید واژه‌ها: آموزش - دانش - نگرش - عملکرد - مدل اعتقاد بهداشتی - پرفشاری خون

- کادر پرستاری

عبدالرحمان چرکزی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت آموزشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

قریان محمد کوچکی

کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی گروه اتاق عمل و هوشبری آموزشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

محمد تقی بادله

کارشناس ارشد هوشبری، گروه اتاق عمل و هوشبری آموزشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

شهربانو گزی

کارشناس پرستاری، شبکه بهداشت گنبد کاووس

زلیخا اکرامی

کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذرگرگان

فوزیه پخشا

کارشناس ارشد هوشبری، گروه اتاق عمل و هوشبری آموزشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

نویسنده مسؤول: عبدالرحمان چرکزی

پست الکترونیکی: r_charkazi73@yahoo.com

نشانی: گرگان، کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم

پزشکی گرگان (بنیاد فلسفی)، آموزشکده پیراپزشکی

تلفن: ۰۱۷۱-۴۴۲۱۶۵۳

نمابر: ۴۴۲۳۶۳۰

وصول مقاله: ۸۵/۵/۱۸

اصلاح نهایی: ۸۶/۱/۱۴

پذیرش مقاله: ۸۶/۱/۲۸

مقدمه

پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی - عروقی و شایع‌ترین عامل بروز نارسایی قلبی و سکنه مغزی در بسیاری از کشورها و شایع‌ترین عامل ایجاد نارسایی کلیوی است (۱).

بدون علامت بودن پرفشاری خون، یکی از عمده‌ترین موانع تشخیص و درمان این بیماری به‌شمار می‌رود و در فقدان علائم آزاردهنده، بیمار انگیزه‌ای برای مراجعه به پزشک و درمانگاه، مصرف مرتب دارو و حتی تحمل عوارض جانبی خفیف دارو را احساس نمی‌کند و از این رو به این بیماری «قاتل خاموش» لقب داده‌اند (۲).

در کشور ما تغییرات اجتماعی - اقتصادی و تغییر سبک زندگی در دهه‌های اخیر سبب شده است که شیوع بسیاری از عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی از جمله مصرف سیگار، اختلال‌های چربی خون و فشارخون بالا، رو به افزایش داشته باشد و مرگ‌ومیر بیماری‌های قلبی - عروقی به شدت بالا رود (۳).

با توجه به اثرات زیانبار پرفشاری خون بر فرد و جامعه لازم است تدابیری به منظور کنترل این بیماری اندیشیده شود و یکی از روش‌هایی که می‌تواند متضمن کنترل این بیماری باشد، افزایش دانش، نگرش و عملکرد کادر پرستاری است. با توجه به نقش آموزشی و حساس کادر پرستاری به‌خصوص اندازه‌گیری صحیح و ثبت دقیق آن، از مهم‌ترین عوامل موفقیت در تشخیص، کنترل و درمان این بیماری است و از آنجایی که آموزش برنامه‌ریزی شده به‌خصوص براساس مدل‌های آموزشی موجود یکی از اساسی‌ترین شیوه‌های پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌هاست، که سهم زیادی در حفظ و بهبود بیماران ایفاء می‌نماید (۴).

متخصصان آموزش بهداشت، برای طراحی مداخلات آموزش بهداشت به منظور کمک به افراد گروه هدف جهت تغییر، از نظریه‌ها و الگوهای مناسب در این زمینه استفاده می‌کنند که یکی از آنان الگوی اعتقاد بهداشتی است (۵). مدل مذکور رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده براساس اعتقادات شخص است (۴). براساس این مدل که در ارتباط با حوزه عملی آموزش بهداشت قرار دارد، رفتار فرد

تابعی از دانش و نگرش اوست. این مدل مشخصاً تأکید می‌کند که درک فرد از آسیب‌پذیری نسبت به یک بیماری و تاثیر درمان، تصمیم وی را در رابطه با رفتارهای بهداشتی تحت تاثیر قرار خواهد داد (۶).

بدین ترتیب این مدل نسبت به دیگر مدل‌های آموزشی در مورد جمع‌آوری متغیرهای رفتاری عمل می‌کند و برانگیزش تجربیات گذشته فرد و به‌طور کلی روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد. تغییر در اعتقادات منجر به تغییر رفتاری می‌شود. در رویکردهای پزشکی و تغییر رفتار با این فرض که افراد آزادی انتخاب محض دارند که شیوه‌های زندگی بهداشتی را انتخاب کنند و افراد را به خاطر وضع بد بهداشتی مورد سرزنش قرار می‌دهند (victim-blaming). در حالی که آنان قربانیان شرایطشان هستند، ولی حقیقت این است که آزادی انتخاب، اغلب محدود است. مثلاً عوامل اقتصادی اجتماعی نظیر فقر و بی‌سوادی رفتار بهداشتی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۷).

این مطالعه با هدف ارزشیابی تاثیر آموزش از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی بر دانش، نگرش و عملکرد کادر پرستاری شهر گنبد کاووس درباره بیماری پرفشاری خون صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع قبل و بعد بود که روی کارکنان گروه پرستاری شاغل در پنج بیمارستان دولتی و خصوصی سطح شهر گنبد در سال ۱۳۸۴ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بود. ابتدا جامعه مورد پژوهش را به سه طبقه پرستاران، تکنیسین‌های بیهوشی و بهاران تقسیم کرده و به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، متناسب از هر طبقه نمونه‌هایی به حجم ۱۱۶، ۱۲ و ۲۶ به ترتیب از سه جامعه فوق انتخاب و سپس با توجه به ۵ بیمارستان دولتی و خصوصی در سطح شهر گنبد متناسب با تعداد افراد در این سه گروه نمونه‌ها به روش طبقه‌ای و به صورت تصادفی از هر طبقه در داخل بیمارستان‌ها انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. از ۱۵۴ نمونه مورد مطالعه ۱۸ نفر (۱۲ پرستار، ۵ بهیار و ۱ تکنیسین بیهوشی) ریزش داشتند و در مرحله دوم مطالعه همکاری نکردند. در این مطالعه کلیه تکنیسین‌های اتاق عمل به دلیل این که اندازه‌گیری علایم حیاتی در اتاق عمل بر عهده تکنیسین‌های

شد. معیار سنجش جنبه عملکرد براساس چک لیست مشاهده غیر محسوس به گونه‌ای تنظیم شد که رعایت هر یک از آیت‌های مورد نظر در اندازه‌گیری فشارخون یک امتیاز صحیح در نظر گرفته می‌شد و عدم رعایت آنها امتیاز منفی در برداشت و کل امتیاز در نظر گرفته شده ۱۲ امتیاز بود. نمرات بالای ۷۵ درصد عملکرد خوب، نمرات بین ۷۵-۵۰ درصد عملکرد متوسط و نمرات زیر ۵۰ درصد عملکرد ضعیف تلقی می‌شدند.

اعتبار علمی پرسشنامه با روش اعتبار محتوی و اعتماد علمی آن با روش آزمون آلفای کرونباخ تعیین شد ($\alpha=0.72$). روش جمع‌آوری داده‌ها بدین گونه بود که پژوهشگر و همکاران وی به بخش‌های مختلف بیمارستان‌های سطح شهر گنبد مراجعه نمودند و پس از جلب موافقت افراد مورد مطالعه، پرسشنامه در حضورشان تکمیل شد.

پس از اجرای مرحله اول (pre-test)، با تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده در آن مرحله، نیازهای آموزشی نمونه‌ها تعیین و براساس آن برنامه آموزشی تدوین و به اجرا درآمد. روش آموزش به‌طور عمده به صورت مستقیم از طریق سخنرانی و مشارکت فعال نمونه‌ها (بحث و پرسش و پاسخ) بود. از روش آموزش غیرمستقیم به طریق ارایه جزوه آموزشی نیز استفاده شد. مدت زمان آموزش ۱/۵ ساعت بود. نمونه‌ها به ۱۳ گروه تقریباً ۱۰ نفری تقسیم شدند و مورد آموزش قرار گرفتند. سه ماه بعد از آموزش مجدداً با همان پرسشنامه و چک لیست مرحله قبل از مداخله، مورد ارزیابی قرار گرفتند. نرم افزار آماری مورد استفاده SPSS-11 بود و آزمون‌های آماری ویلکا کسون، تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این تحقیق از مجموع ۱۳۶ نفر (۴۰/۴ درصد) مرد و ۸۱ نفر (۵۹/۶ درصد) زن بودند و از این تعداد ۳۶ نفر (۲۶/۵ درصد) مجرد و ۱۰۰ نفر (۷۳/۵ درصد) متاهل بودند. ۱۰۴ نفر (۷۶/۵ درصد) پرستار، ۲۱ نفر (۱۵/۴ درصد) بهیار و ۱۱ نفر (۸/۱ درصد) تکنیسین بیهوشی بودند. ۱۶ نفر (۱۱/۹ درصد) قبلاً کلاس بازآموزی بیماری پر فشاری خون را گذرانده بودند. ۵۴ نفر (۳۹/۶ درصد) زیر ۳۰ سال سن داشتند.

بیهوشی است و نیز کارکنان گروه پرستاری بخش ICU، CCU، اطفال و نوزادان بیمارستان خاتم الانبیاء (تأمین اجتماعی) به دلیل استفاده از دستگاه‌های الکترونیکی در اندازه‌گیری و ثبت فشارخون، مورد بررسی قرار نگرفتند و از جامعه پژوهش حذف شدند.

داده‌ها به وسیله پرسشنامه و چک لیست مشاهده (غیر محسوس) جمع‌آوری شد. پرسشنامه مذکور در چهار بخش کلی تنظیم گردیده بود: بخش اول مربوط به مشخصات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه کار، بخش محل خدمت، واحد سازمانی، رده شغلی و زمینه خانوادگی مثبت یا منفی در مورد پر فشاری خون بود. بخش دوم سؤالات مربوط به دانش که شامل ۱۳ سؤال ۴ گزینه‌ای در زمینه اپیدمیولوژی، عوامل خطر، عوارض، درمان‌های دارویی و عوارض جانبی و روش‌های صحیح اندازه‌گیری فشارخون و نکاتی که قبل از اندازه‌گیری آن باید رعایت شود، بود. معیار برای سنجش میزان دانش، تعداد پاسخ‌های صحیح به سؤالات بود و برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته می‌شد. تقسیم‌بندی نمرات دانش با توجه به میانگین نمرات به دست آمده در قبل و بعد از آموزش این گونه محاسبه شد که کلیه نمراتی بالاتر از ۹۰ درصد خیلی خوب، نمرات بین ۷۰-۹۰ درصد خوب، نمرات بین ۵۰-۷۰ درصد متوسط، نمرات بین ۳۰-۵۰ درصد ضعیف و نمرات زیر ۳۰ درصد خیلی ضعیف تلقی می‌شد.

بخش سوم، عبارات نگرش براساس اجزاء تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) بود که ۶ عبارت در مورد منافع درک شده، ۷ عبارت در مورد موانع درک شده و ۶ عبارت در مورد تهدید درک شده بود. معیار سنجش میزان نگرش براساس مقیاس لیکرت به گونه‌ای تنظیم شد که واحدهای مورد مطالعه نظرات خود را به صورت خیلی موافق، موافق، بدون نظر، مخالف و خیلی مخالف بیان کردند و به پاسخ داده شده به ترتیب از ۵ تا ۱ امتیاز تعلق گرفت و برای عبارات Reverse، برعکس حالت فوق عمل شد و حداکثر امتیاز گرفته شده ۹۵ امتیاز و حداقل آن ۱۹ امتیاز بود و عیناً مانند سؤالات دانش به ۵ سطح تقسیم‌بندی شدند. بخش چهارم سؤالات راهنما برای عمل (۳ سؤال) بود.

برای سنجش عملکرد از تکمیل چک لیست (مشاهده غیر محسوس) به وسیله سرپرستاران و یا استاف بخش‌ها استفاده

اختلاف آماری معنی داری را نشان داد ($P < 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲: بررسی تاثیر آموزش بر دانش، نگرش و عملکرد درباره پرفشاری خون در کادر پرستاری مورد مطالعه در شهر گنبد کاووس طی سال ۱۳۸۴

رتبه	تعداد	میانگین رتبه	مقدار آماره	ارزش P
منفی	۴	۶		
مثبت	۱۲۵	۶۶/۸۹	-۹/۸۱۳	$< 0/05$
یکسان	۶			
منفی	۱۳	۳۷/۳۵		
مثبت	۱۲۰	۷۰/۲۱	-۸/۹۲۲	$< 0/05$
یکسان	۳			
منفی	۲۷	۳۹/۹۳		
مثبت	۵۲	۴۰/۰۴	-۲/۵۵۲	$< 0/05$
یکسان	۴۹			

میزان دانش کادر پرستاری با جنس، سن، سابقه کار، وضعیت تاهل، بخش کاری، واحد سازمانی و گذراندن دوره بازآموزی پرفشاری خون رابطه نداشت. در حالی که با سمت شغلی و میزان تحصیلات در مرحله قبل از آموزش رابطه معنی داری داشت ($P < 0/05$). به طوری که تکنیسین های بیهوشی در مرحله قبل از آموزش از دانش بیشتری برخوردار بودند.

بین نگرش کادر پرستاری با متغیرهای جنس، سن، سابقه کاری، وضعیت تاهل، بخش محل خدمت، زمینه خانوادگی مثبت، گذراندن دوره بازآموزی، میزان تحصیلات و رده شغلی در هر دو مرحله قبل و بعد از آموزش رابطه معنی داری وجود نداشت. ولی بین نگرش قبل از آموزش و واحد سازمانی رابطه معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$), به طوری که کارکنان شاغل در بیمارستان شهداء از نگرش بهتری برخوردار بودند.

بین عملکرد و میزان تحصیلات و سمت شغلی در مرحله قبل از آموزش رابطه معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$). به طوری که تکنیسین های بیهوشی که ضمناً دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم بودند، عملکرد بهتری داشتند. همچنین رابطه معنی داری بین عملکرد قبل و بعد از آموزش با بخش محل خدمت وجود داشت ($P < 0/05$). به طوری که شاغلین در بخش های اتاق عمل و CCU از عملکرد بهتری برخوردار بودند.

بحث

یافته های اصلی این پژوهش نشان داد که اکثریت قریب به اتفاق کادر پرستاری (۹۱/۹ درصد) در مرحله قبل از آموزش

۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) سابقه کاری زیر ۵ سال داشتند. همچنین افراد درجه یک خانواده نیمی از نمونه ها (۵۰ درصد) سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون داشتند. ۹۶ نفر (۷۱/۱ درصد) منبع کسب اطلاعات خود را کتب دوران تحصیلی ذکر کردند، ۱۲۷ نفر (۹۳/۴ درصد) اطلاعات خود را درباره این بیماری ناکافی دانسته و ۱۲۸ نفر (۹۴/۱ درصد) نیز خود را نیازمند آموزش در این باره می دانستند.

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات دانش، نگرش و عملکرد بعد از آموزش افزایش معنی داری داشت ($P < 0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱: اختلاف میانگین نمرات مرحله قبل و بعد از آموزش درباره پرفشاری خون در کادر پرستاری مورد مطالعه در شهر گنبد کاووس طی سال ۱۳۸۴

میانگین نمرات قبل از آموزش	میانگین نمرات بعد از آموزش	اختلاف میانگین قبل و بعد از آموزش
دانش	۹/۶۸	۱۶/۶۶
نگرش	۷۱/۹۹	۸۰/۰۸
عملکرد	۴/۵۵	۴/۸۳

در مرحله قبل از آموزش، دانش ۱۳/۲ درصد از کادر پرستاری خیلی ضعیف، ۷۸/۷ درصد ضعیف، ۸/۱ درصد متوسط و هیچ کدام از دانش خوب و خیلی خوب برخوردار نبودند. ولی بعد از آموزش میزان های فوق به ترتیب ۱/۵ درصد، ۱۰/۳ درصد، ۳۷/۵ درصد، ۳۶ درصد و ۱۴/۷ درصد به دست آمدند.

در مورد نگرش قبل از آموزش ۳۰/۹ درصد نگرش متوسط، ۶۷/۶ درصد نگرش خوب و ۱/۵ درصد نگرش خیلی خوبی داشتند و هیچ کدام نگرش ضعیف و خیلی ضعیفی نداشتند. بعد از آموزش میزان نگرش خیلی خوب به ۱۴ درصد، نگرش خوب به ۸۳/۳ درصد و نگرش متوسط به ۲/۲ درصد رسید.

در مورد عملکرد قبل از آموزش ۹۲/۲ درصد عملکرد ضعیف و ۷/۸ درصد عملکرد متوسط داشتند که بعد از آموزش این میزان به ترتیب ۸۸/۸ درصد و ۱۰/۲ درصد به دست آمد و هیچ کدام از کادر پرستاری چه در مرحله قبل از آموزش و چه در مرحله بعد از آموزش عملکرد خوبی نداشتند.

بر اساس آزمون ویلکاکسون انجام شده، دانش، نگرش (منافع درک شده، موانع درک شده و تهدید درک شده) و عملکرد کادر پرستاری مورد مطالعه در قبل و بعد از آموزش

نگرش ضعیفی در مورد پرفشاری خون و درمان دارویی داشتند که با مطالعه حاضر مطابقت ندارد و می‌تواند ناشی از فرهنگ متفاوت و ساختار سنتی منحصر بفرد جامعه آنان باشد (۸). مطالعه باقیانی مقدم روی بیماری هپاتیت B و نیز پژوهش چرکزی روی بیماری سل در مورد تاثیر آموزش از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی، کارآیی این مدل را نشان داد. به طوری که در هر دو مطالعه فوق باعث افزایش معنی دار منافع و مانع درک شده و تهدید درک شده نمونه‌ها بعد از آموزش گردید که با این مطالعه هم‌خوانی دارد (۱۳ و ۱۴).

در بخش عملکرد نتایج نشان دادند که در مرحله قبل از آموزش عملکرد ۹۲/۲ درصد کادر پرستاری ضعیف بود که در مرحله بعد از آموزش نیز این مقدار ۸۸/۸ درصد به دست آمد و کاهش ۳/۴ درصدی نشان داد و هیچ‌یک چه در مرحله قبل و چه در مرحله بعد از آموزش عملکرد خوبی نداشتند. اگرچه تفاوت معنی‌داری بین مرحله قبل و بعد از آموزش وجود داشت ($P < 0/05$)، ولی بین نمرات عملکرد در هر دو مرحله همبستگی قوی مشاهده شد ($r = 0/62$) که می‌تواند ناشی از عوامل غیراختصاصی و شرایط محیطی نظیر مشغله کاری فراوان، عدم تناسب تعداد پرسنل کادر پرستاری با تعداد تخت‌های بیمارستانی و Turn Over زیاد تخت‌ها، شیفت‌های طولانی و بعضاً فشرده آنان و انگیزه کاری پایین و در نهایت خستگی مزمن این قشر همیشه پرکار باشد که در جای خود نیاز به بررسی دقیق و علمی دارد. این یافته با نتیجه تحقیق Grim که در آن ۹۵ درصد دانشجویان پزشکی بعد از آموزش راهنمای انجمن فشارخون آمریکا را رعایت نمی‌کردند، مطابقت دارد (۱۶).

قابل‌جو به نقل از لوین ذکر می‌کند، علت اصلی عدم اجرای مراقبت‌های پرستاری با کیفیت این نیست که پرستار نمی‌خواهد آن چیزی را که آموخته است به کار گیرد، بلکه به کمیت نیروی انسانی و امکانات محیطی نیز مربوط می‌شود (۱۷).

نتایج دو مطالعه جداگانه‌ای که در عربستان انجام گردید، نشان داد که اکثریت پرستاران علی‌رغم نگرش خوب از عملکرد ضعیفی برخوردارند (۹ و ۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که در استرالیا انجام گرفت، مشخص شد که پزشکان مورد بررسی در اداره بیماری پرفشاری خون براساس راهنمای ملی

نسبت به بیماری پرفشاری خون از دانش ضعیف یا خیلی ضعیفی برخوردار بودند. این نتایج با مطالعه Sengwana در افریقای جنوبی و همچنین با مطالعه Ahmed در عربستان سعودی که اعلام کردند، اکثریت کارکنان بهداشت جامعه و پرستاران از دانش ضعیفی در مورد پرفشاری خون برخوردارند، هم‌خوانی دارد (۸ و ۹). مطالعه‌ای در ریاض عربستان روی پزشکان مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)، نشان داد که اکثر آنان از دانش ضعیفی در مورد پرفشاری خون برخوردارند (۱۰). همچنین این تحقیق با نتایج Villegas که در آن ۶۵ درصد پزشکان عمومی و ۹۰ درصد پرستاران از آگاهی ضعیفی برخوردار بودند و همچنین با تحقیق Laurence هم‌خوانی دارد (۱۱ و ۱۲).

میزان دانش نمونه‌های مورد مطالعه بعد از آموزش افزایش معنی‌داری داشت که می‌تواند ناشی از تاثیر آموزش برنامه‌ریزی شده و درگیر کردن و جلب مشارکت فعال آنان در کلاس‌های آموزشی برگزار شده، براساس مدل آموزشی اعتقاد بهداشتی باشد. مطالعات متعددی تاثیر آموزش برنامه‌ریزی شده براساس مدل اعتقاد بهداشتی را در افزایش میزان آگاهی و دانش نشان داده است (۱۳ و ۱۴).

بین دانش قبل از آموزش با سمت شغلی و تحصیلات ارتباطی معنی‌دار وجود داشت. بدین ترتیب که رده تکنیسین بیهوشی که ضمناً دارای تحصیلات فوق دیپلم بودند، از دو گروه دیگر یعنی پرستاران و بهیاران میزان دانش بیشتری داشتند که می‌تواند ناشی از اهمیت اندازه‌گیری دقیق فشارخون بیماران در اتاق عمل به وسیله آنان باشد.

در بخش نگرش مطالعه حاضر، دوسوم کادر پرستاری نگرش خوبی در مرحله قبل از آموزش داشتند، که بعد از آموزش نیز مجدداً افزایش نشان داد و به ۹۷/۸ درصد رسید. مطالعه Steptoe در مورد نگرش پزشکان عمومی و پرستاران در پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی و خصوصاً در مورد فشارخون، نشان داد که اکثر آنان از نگرش خوبی برخوردارند (۱۵). در مطالعه‌ای دیگر که به وسیله Al-Khashman انجام شد، اکثریت قریب به اتفاق پزشکان مورد بررسی نگرش خوبی در مورد غربالگری پرفشاری خون داشتند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۱۰). ولی در مطالعه‌ای که در افریقای جنوبی روی کارکنان بهداشت جامعه انجام گردید، اکثر آنان

صورت گیرد و قبل از برگزاری کلاس‌های بازآموزی اهداف آموزشی مدنظر تعریف و در جهت رسیدن به آن کوشید.

نتیجه‌گیری

نتایج فوق حاکی از این واقعیت است که افراد تحت مطالعه (کادرپرستاری) نیازمند آموزش‌های صحیح و کامل درباره بیماری پرفشاری خون و به خصوص روش صحیح اندازه‌گیری و ثبت آن می‌باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های دوره‌ای و ضمن خدمت با شرایط مناسب و برنامه‌ریزی صحیح و با استفاده از روش‌های نوین آموزشی و نه آموزش سنتی، درخصوص این بیماری ارائه گردد و پس از آن و در زمان‌های مختلف و دوره‌ای ارزشیابی به عمل آید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به خاطر تصویب و حمایت مالی این طرح، کارکنان محترم کادر پرستاری، آقایان دکتر سیدحسین سجادیان متخصص قلب و عروق بیمارستان شهداء گنبد کاووس، محمدرضاییعی و پرویز فرزانه مشاورین آماری طرح، خانم پاکدل پرستار بیمارستان خاتم الانبیاء گنبد کاووس و کلیه عزیزانی که در اجرای این تحقیق ما را یاری کردند، اعلام می‌نمایند.

References

- 1) Braunwald E. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th Ed. Philadelphia. Saunders. 1997; pp: 814-816.
- 2) National Center for Health statistics. Health united state 1996-97. Hyattsville. Maryland: public health service. 1998; pp:190-96.
- 3) عزیزی، ف.، حانمی، ح.، جانقریانی، م.، اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. چاپ اول. تهران. نشراشیاق. سال ۱۳۷۹. صفحات ۲۳ تا ۲۹.
- 4) شجاعی زاده، د. د. مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت. سال ۱۳۷۹. صفحه ۱۵.
- 5) میرزائی، الف. کتاب جامع بهداشت عمومی. آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. فصل پنجم. چاپ اول. تهران. نشر نشانه. سال ۱۳۸۳. صفحات ۲۰۹ تا ۲۱۶ تا ۲۱۷.
- 6) قدوسیان، الف. قاسمی برفی، ر. پوراسلامی، م. سرمست، ح. موسویان پور، م. مبنائی و کاربرد تکنولوژی آموزشی در ارتقای سلامت. چاپ دوم. قزوین. ناشربحرالعلوم. سال ۱۳۸۲. صفحات ۲۳ تا ۲۴.
- 7) نوری، ک. شجاعی زاده، د. آموزش سلامت و تغییر رفتار. چاپ اول. تهران. نشر نشانه. سال ۱۳۸۳. صفحه ۳.
- 8) Sengwana MJ, Puoane T. Knowledge, beliefs and attitudes of community health workers about hypertension in the Cape Peninsula, South Africa. Curatationis. 2004;27(1):65-71.
- 9) Ahmed ME. Knowledge of blood pressure measurement among a teaching hospital staff in a developing nation. J Hum Hypertens. 1997;11(8):495-9.
- 10) Al-Khashman AS. Screening for hypertension. Assessing the knowledge, attitudes and practice of primary health care physicians in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Med J.

کشورشان عملکرد ضعیفی داشتند (۱۸)، که با مطالعه فعلی مطابقت دارد. ضمناً عملکرد قبل و بعد از آموزش با بخش محل خدمت (اتاق عمل و CCU) ارتباط معنی‌دار داشت، که می‌تواند به دلیل ماهیت ویژه این بخش‌ها و بیماران آن از نظر اهمیت اندازه‌گیری فشارخون به وسیله کارکنان آن بخش‌ها باشد.

نتایج این تحقیق نشان داد که در بخش راهنمای عمل، ۷۲ درصد نمونه‌های مورد مطالعه منبع اطلاعاتی خود را کتب دوران تحصیلی ذکر کردند. با توجه به میزان دانش ضعیف و خیلی ضعیف اکثر آنان، این اطلاعات به دلیل عدم تکرار و بازآموزی مناسب کارآیی خود را از دست داده است و با توجه به دانش و عملکرد ضعیف اکثر آنان در مورد نکات مهم و روش‌های صحیح اندازه‌گیری و ثبت فشارخون که یکی از اصلی‌ترین وظایف آنان است، بازآموزی و مداخله مناسب برای به روز کردن دانش و عملکرد آنان ضروری است. همچنین ۱۲ درصد نمونه‌ها منبع اطلاعاتی خود را کلاس‌های بازآموزی ذکر کردند که با توجه به میزان ضعیف دانش آنان و این که بین دانش، نگرش و عملکرد آنان و گذراندن دوره‌های بازآموزی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، بهتر است در برگزاری این گونه کلاس‌ها بازنگری عمیقی

2001;22(12):1096-100.

11) Villegas I, Arias IC, Botero A, Escobar A. Evaluation of the technique used by health-care workers for taking blood pressure. Hypertension. 1995;26(6 Pt 2):1204-6.

12) Kay LE. Accuracy of blood pressure measurement in the family practice center. J Am Board Fam Pract. 1998;11(4):252-8.

۱۳) چرکزی، ع. بررسی تاثیر آموزش بهداشت از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش بهورزان شهرستان گنبد کاووس در پیشگیری از بیماری سل. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. دانشکده بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۸۲. صفحات ۳۸ تا ۴۰.

۱۴) باقیانی مقدم، م. مظلومی، س. احرامپوش، م. بررسی میزان کارایی مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی، نگرش و عملکرد آرایشگران شهریزد. مجموعه مقالات چهارمین همایش کشوری بهداشت محیط. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. سال ۱۳۸۰. صفحات ۵۷۹ تا ۵۸۶.

15) Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E, Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. Fam Pract. 1999;16(2):158-63.

16) Grim CE, Li J, Grim CM. Poor retention of blood pressure measurement knowledge and practice by medical students. Am J Hypertens 1999; 12:150-54.

۱۷) قایلجو، م. کاربرد مهارت‌های مدیریت در خدمات پرستاری. چاپ اول. تهران. انتشارات رهنما. ۱۳۶۹. صفحات ۹ تا ۱۲ و ۵۰۱ تا ۵۲۵.

18) Wang L. Physician-related barriers to hypertension management. Med Princ Pract. 2004;13(5):282-5.