

## موانع آموزش بیمار در بخش های سی سی یو و پست سی سی یو: یک مطالعه گراندتئوری

منصوره اشقلی فراهانی<sup>۱</sup> \*عیسی محمدی<sup>۲</sup> فضل الله احمدی<sup>۳</sup> مجید ملکی<sup>۴</sup> ابراهیم حاجی زاده<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** آموزش جز حقوق اساسی بیماران و وظایف اصلی و شناخته شده پرستاران و از معیارهای اعتبار بخشی سازمان ها ارائه دهنده خدمات بهداشتی است. علی‌رغم این، مطالعات نشان داده که آموزش بیمار در جوامع مختلف با کمیت و کیفیت مطلوبی ارائه نشده و استمرار این وضعیت موجب بروز پیامدهای منفی فردی، خانوادگی و اجتماعی گردیده است. با توجه به ماهیت تعاملی و فرهنگی پدیده آموزش بیمار لازم است این موضوع در بستر و زمینه های اجتماعی و فرهنگی خاص مورد بررسی قرار گیرد. هدف این مطالعه شناسایی موانع آموزش موثر به بیمار در بخش های سی سی یو و پست سی سی یو بوده است.

**روش بررسی:** این مطالعه با رویکرد کیفی (گراند تئوری) انجام گرفته شده است. طی این تحقیق ۳۳ مشارکت کننده؛ شامل ۱۸ پرستار به عنوان مطلعین اصلی، ۴ پزشک متخصص، ۹ بیمار و ۴ عضو از اعضای خانواده بیماران به عنوان مطلعین فرعی در دو بیمارستان آموزشی شهر تهران در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۴ طی نمونه گیری مبتنی بر هدف و نمونه گیری نظری مورد مصاحبه با سئوالات باز قرار گرفته اند. مشارکت کنندگان دیدگاه های خود را پیرامون پدیده مورد بررسی به بحث گذاشتند، تا اشباع داده ها حاصل شد. مکالمات به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه دست نویس شده و با آنالیز مقایسه ای مستمر تجزیه تحلیل گردیدند.

**یافته ها:** از بیش از ۸۰۰ کد اولیه ۲۶ طبقه و ۳ متغیر اصلی به عنوان موانع اصلی آموزش موثر به بیمار استخراج گردید که عبارتند از: مدیریت ناکارآمد، فرهنگ سازمانی نامناسب و موانع فرهنگی. هر یک از این طبقات دارای طبقات فرعی خاص با ویژگی‌ها و کارکرد اختصاصی و موقعیتی بودند. فرهنگ سازمانی نقش محوری و اصلی را در فرآیند آموزش بیمار داشته است.

**نتیجه گیری:** اگر چه ممکن است عوامل مداخله گر عمده و اصلی مثل سه عامل استخراج شده این مطالعه مدیریت، فرهنگ سازمان و عوامل فرهنگی در جوامع مختلف نیز به عنوان موانع آموزش به بیمار شناسایی و معرفی شده باشند. ولی ماهیت و چگونگی عملکرد هر یک از این عوامل در جوامع مختلف کاملاً متفاوت اند (به طوری که در این مطالعه نشان داده شده است) و شناخت و تعریف دقیق موقعیتی آن‌ها برای برنامه ریزی و بهبود آموزش بیماران ضروری است.

**کلید واژه ها:** آموزش بیمار - بیماری عروق کرونر - موانع آموزش به بیمار - روابط پرستار و بیمار -

### بخش مراقبت کرونری

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۱۰

### این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

<sup>۱</sup> استادیار گروه مدیریت و عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه پرستاری، تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (\*مؤلف مسؤل)

E\_mail: emohamadus@yahoo.com

شماره تماس: ۸۲۴۷۱۴۱۳

<sup>۳</sup> دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استاد گروه قلب و عروق، بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

**مقدمه**

یکی از موضوعاتی که در اعتبار بخشی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی نقش دارد، نحوه ارائه برنامه آموزش بیمار است.<sup>(۱،۲)</sup>

آموزش بیمار امر مهمی است که اثرات ارزنده و مفید آن بارها در تحقیقات مختلف ثابت شده است، علی‌رغم فواید زیاد آموزش بیمار در قبال هزینه ناچیزش، این امر مهم در مراکز بهداشتی درمانی نادیده گرفته شده و یا مورد بی توجهی قرار می‌گیرد.<sup>(۳)</sup> نتایج تحقیقات گوناگون نمایانگر عدم آموزش مؤثر به بیماران و خانواده‌هایشان از سوی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌باشد.<sup>(۴،۵،۶)</sup>

شواهد بسیاری حاکی از این است که بیماران در هنگام ترخیص اطلاعات کمی در مورد بیماری و نحوه مراقبت از خود دریافت می‌نمایند. نتایج پژوهش Weech در مورد رضایت بیماران از آموزش‌های دریافت شده پس از تشخیص آنژین صدری نشان داد که آنان از این آموزش راضی نبوده اند.<sup>(۷)</sup> مطالعه دیگری حاکی از آن بود که تنها ۲۰ درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری بوده اند اظهار نموده اند که اطلاعات کافی و مشاوره در زمینه شرایط سلامتی خویش را دریافت نموده اند، در حالی که ۲۰ درصد دیگر از اطلاعات دریافت شده راضی نبوده اند و ۶۰ درصد باقی مانده اظهار داشتند که آموزش‌های ارائه شده باید بهتر ارائه شوند.<sup>(۸)</sup>

آموزش بیمار شامل کلیه فعالیت‌های آموزشی مربوط به بیمار و خانواده او نظیر پیشگیری، آموزش بهداشت، مراقبت و درمان می‌باشد.<sup>(۸،۹)</sup> مسلماً برای این‌که این اهداف تحت پوشش قرار بگیرد، باید آموزش به بیمار به عنوان قسمتی از برنامه مراقبتی

بیمار در نظر گرفته شود و نه به عنوان وظیفه ای جانبی و اتفاقی. محققین نقاط مختلف دنیا در پی پیدا کردن راه‌های مختلف برای ارائه مؤثرتر برنامه آموزش به بیمار هستند و همچنین در پی یافتن پاسخ این سؤال هستند که چگونه می‌توانند این امر را به عنوان مهم‌ترین وظیفه تیم درمانی معرفی نمایند.<sup>(۲)</sup>

نتایج مطالعه ای نشان داده که آموزش بیمار در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که برنامه آموزش به بیمار یا اجرا نمی‌شود و یا بسیار ناقص و نامنظم اجرا می‌شود.<sup>(۱۰)</sup>

با توجه به توضیحات فوق، در حال حاضر چالش‌های زیادی در مورد ایفای نقش پرستاران در امر آموزش بیمار وجود دارد. در این رابطه مهم است که مشخص شود چرا با وجود اهمیت این نقش و فوائد عدیده آن هنوز این برنامه به طور صحیح ارائه نمی‌گردد، اشکال کار در کجاست؟ چه مانع و یا موانعی در راه ارائه آن وجود دارد و مهم‌ترین این موانع کدامند؟

مطالعه حاضر با هدف پاسخ به سوالات فوق و با استفاده از رویکرد کیفی (گراندد تئوری) طراحی و اجرا گردید. از آنجائی که پدیده آموزش بیمار پدیده ای وابسته به شرایط فرهنگی و سازمانی هر کشور است، گراندد تئوری می‌تواند محققین را در بررسی این پدیده ها که دارای روند فرآیندی بوده و همچنین وابسته به عرصه‌های فرهنگی و سازمانی است یاری رساند.

**روش بررسی**

از آنجایی که فرآیند پیچیده ای نظیر آموزش بیمار که متأثر از جنبه‌های مختلف انسانی و محیطی و متأثر از تعاملات اجتماعی بیمار، خانواده و تیم مراقبتی و

بود. بیماران حداقل تجربه دو سال ابتلا به این بیماری را داشته و تحت کنترل و درمان بودند. مبتلایان به انفارکتوس وسیع قلبی، نارسایی قلبی درجه سه و چهار وارد مطالعه نشدند. چهار عضو از اعضای نزدیک خانواده بیمار (دو همسر بیمار، یک دختر و یک پسر) بودند. مشارکت کنندگان مربوط به قسمت دوم نمونه‌گیری (نمونه‌گیری نظری) شامل چهار مدیره پرستاری در رده‌های مختلف مدیریتی (یک مترون، دو سوپروایزر آموزشی، یک سرپرستار)، و بالاخره چهار پزشک متخصص قلب و عروق بودند که آنان نیز دارای تجربه کافی برخورد با بیماران عروق کرونر را داشتند. تمام مشارکت کنندگان مسلط به زبان فارسی بوده و همگی تمایل خود را برای شرکت در پژوهش به صورت شفاهی ابراز نموده بودند.

### جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل

قبل از شروع کار، طرح تحقیق در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه تربیت مدرس و بیمارستان (محل پژوهش) مطرح گردیده و پس از تأیید و همچنین اخذ رضایت آگاهانه و شفاهی از مشارکت‌کنندگان، داده‌ها به صورت مصاحبه‌های رو در رو، با دستگاه ضبط صدای دیجیتالی ضبط شدند. همچنین مشاهدات عرصه (مشاهده‌گر شرکت‌کننده Participant observer) با حضور در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی (CCU) Cardiac Care Unit و بخش پس از مراقبت ویژه Post CCU جهت مشاهده و ثبت فعالیت‌ها و رفتارهای آموزشی به بیماران به صورت منظم و تصادفی در نوبت‌های کاری مختلف صورت گرفت. مصاحبه‌ها توسط یک سری سئوال‌ات باز نظیر: ممکن است یک روز کاری خود را شرح دهید؟ لطفاً تجربه خود را در مورد آموزش بیمار بیان کنید؟ چگونه به

درمانی است را باید با استفاده از روش تحقیق کیفی نظیر گراند تئوری مورد بررسی قرار داد و از سوی دیگر با توجه به این که هدف نهایی محقق طراحی و ارائه مدل مناسب کشور ایران برای آموزش بیمار بوده و برای طراحی مدل نیازمند نظریه مبتنی بر تجارب اجتماعی می‌باشیم، لذا بهترین روش کیفی برای انجام این پژوهش گراند تئوری است. محقق برای طراحی مدل ابتدا با استفاده از روش تئوری زمینه‌ای به بررسی تجارب افراد درگیر با پدیده آموزش بیمار پرداخته و سپس بر اساس تبیین نظری و شناخت مفاهیم، فرآیند و ساختار آموزش بیمار نظریه اصلی آموزش بیمار را ارائه نموده است.

داده‌ها با استفاده از رویکرد گراند تئوری جمع‌آوری و با روش Glaser تجزیه و تحلیل شده‌اند. گراند تئوری یک روش تحقیقی استقرایی است که توسط Strauss و Glaser در سال ۱۹۶۷ در رابطه با موضوعاتی بهداشتی توسعه پیدا کرد.<sup>(۱۱)</sup> این رویکرد با تجزیه تحلیل سیستماتیک، فرآیندهای اجتماعی و تعاملات انسانی را در ساختارهای مربوطه مورد بررسی قرار می‌دهد.<sup>(۱۲)</sup> برای انتخاب مشارکت کنندگان در این پژوهش ابتدا از روش نمونه‌گیری هدفمند Purposeful و سپس در روند تجزیه و تحلیل روش نمونه‌گیری نظری Theoretical sampling، استفاده شد.

مشارکت کنندگان در قسمت اول نمونه‌گیری (هدفمند) شامل ۱۴ پرستار کارشناس و کارشناس ارشد بودند که حداقل تجربه دو سال کار با بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر را داشتند و ۹ بیمار که ابتلا به بیماری شریان کرونر آن‌ها به وسیله علایم بالینی، آزمایشگاهی، الکتروکاردیوگرام و کاتتریسیم قلبی به تأیید پزشک متخصص قلب و عروق رسیده

موجود در بین طبقات را پر کرده و راهی را برای کسب و تکامل تئوری مورد نظر بپیماید.

زمانی که پژوهشگر با پرسیدن سئوالات کنترل داده ها به طور مکرر متوجه شد که داده های جدید هیچ بینش نظری تازه و هیچ خواص جدیدی برای طبقات نظری آشکار نمی کند، جمع آوری داده ها با رسیدن به اشباع خاتمه یافت.

داده های جدید همزمان با تمام داده ها مقایسه شده تا محوریت مطلوب در بین داده ها آشکار گردد. داده ها با دقت به کوچکترین اجزاء ممکن شکسته شده و از نظر تفاوت و تشابه ها مقایسه گردیدند. طبقه بندی با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه انجام شده. بدین ترتیب کدگذاری سطح دوم (محوری) و یا طبقه بندی داده ها شکل گرفته است. در مرحله بعد طبقات نیز با یکدیگر به طور مستمر مقایسه شدند و طبقاتی که از نظر خصوصیات مشابه بودند در یکدیگر تلفیق شدند تا طبقه وسیع تری را تشکیل دهند.

Streubert و Carpenter می نویسند، محقق ابزار تحقیق است و این امر ایجاب می کند که وی بخشی از مطالعه باشد. محقق مشاهده کننده، مصاحبه کننده و مفسر جنبه های مختلف تحقیق است و می پذیرد که تمامی تحقیق با سوگیری ذهنی Subjective bias انجام می شود. به علاوه شرکت محقق در پژوهش دارای نیروی بالقوه ای است که می تواند به غنی شدن تولید و تحلیل داده ها بیفزاید.<sup>(۱۳)</sup>

برای اطمینان از روایی و پایایی داده ها با معیارهای خاص پژوهش کیفی شامل مقبولیت (Credibility) و قابلیت تائید (Confirmability) صورت گرفته است. جهت افزایش مقبولیت از روش های بازنگری توسط شرکت کنندگان (Member check) استفاده شد. برای

بیماران خود در این زمینه آموزش می دهید؟ انجام گرفت.

برای پیشگیری از سوگیری محقق در هیچ یک از پرسش ها سئوال مستقیمی را در رابطه با موانع آموزش به بیمار مطرح نکرد، و شرکت کنندگان خود به این موضوع اشاره کردند. همچنین در طی انجام مصاحبه ها از مشارکت کنندگان خواسته می شد که برای توصیف پدیده های مطرح شده مثال یا مثال هایی ارائه داده و یا این که دلایل پاسخ های خود را بیان دارند. محقق در بسیاری از اوقات به شرکت کنندگان امکان داد که بی وقفه صحبت کنند و این رویکرد، داده هایی را تولید کرد که بدون وارد شدن هر گونه فشار از جانب پژوهشگر پدیدار شده بودند. اتاق های مصاحبه ساکت و راحت بوده، برای شرکت در پژوهش از مشارکت کنندگان رضایت آگاهانه و شفاهی گرفته شد، آنان می توانستند در هر زمان دلخواه، از مطالعه خارج شوند، همچنین شرط محرمانه نگهداشتن اطلاعات (حذف نام و هر شناسه دیگر از متون، بیانات، نوشتارها) برقرار گردید. مصاحبه ها کلمه به کلمه دست نویس و بلافاصله تجزیه و تحلیل شدند، در واقع تجزیه و تحلیل داده ها، هم زمان و به طور مستمر با جمع آوری اطلاعات انجام گرفته است. دست نویس ها خط به خط خوانده و کد گذاری خط به خط انجام شد، برای کدگذاری سطح یک یا باز از کدهای زنده و یا کدهای دلالت کننده (برداشت های محقق از گفته ها) استفاده شد. پس از مصاحبه با نمونه های اولیه و استخراج مفاهیمی نظیر تعریف نامشخص آموزش بیمار، تضاد، حمایت، ارتباط نامناسب، و نظارت و کنترل؛ محقق به مصاحبه با مشارکت کنندگانی که دارای تجارب غنی در مورد مفاهیم بوده، پرداخت تا بدینوسیله بتواند شکاف های

### یافته ها

از مصاحبه ها و مشاهده ها در مرحله نخست ۸۲۴ کد اولیه و سپس ۲۶ طبقه و نهایتاً ۳ متغیر عمده کسب شده است. بر طبق یافته ها عوامل و یا موانع دخیل در فرآیند آموزش مؤثر عبارتند از: مدیریت غیراثربخش، فرهنگ سازمانی نامناسب برای ارائه آموزش بیمار و موانع فرهنگی.

۱. مشارکت کنندگان رفتار و عملکرد مدیران، ضعف های موجود و پیامدهای حاصل از آن، لزوم برنامه ریزی، سازماندهی، نظارت، کنترل و ارزشیابی مناسب که همگی از نقش های مدیران در سازمان های مختلف است، را برای ارائه آموزش مؤثر ضروری دانسته اند.

همکاران تحقیق به چند موضوع مهم فراروی آموزش بیمار شامل، فقدان الگوی مناسب مدیریتی، سبک مدیریتی نامطلوب، کنترل و نظارت نامناسب و آموزش ناکافی کارکنان اشاره کرده اند. از آنجایی که این موارد جز وظایف و نقش های اساسی یک مدیر می باشد، مفهوم استخراج شده از این داده ها "مدیریت غیر اثربخش" است.

#### • اهمیت نقش الگو بودن مدیران:

اکثریت پرستاران بر اهمیت نقش مدیران به عنوان الگو در ارائه این نقش تکیه کرده اند.

در این زمینه یکی از پرستاران اظهار داشت: "مدیر نقش الگویی مهمی در زمینه اجرای برنامه آموزش بیمار دارد، متأسفانه سرپرستار ما خودش در زمینه این برنامه حرکتی نشان نمی دهد. من یادم هست قبلاً که در بیمارستان دیگری کار می کردم؛ سرپرستاری داشتیم که با عملکردش برای ما الگو بود، یعنی می دانید وقتی که او خودش به آموزش بیمار اهمیت

رسیدن به آن، محقق علاوه بر بازگرداندن گفتار و پنداشت ها در طول انجام مصاحبه و خلاصه کردن و گفته های مصاحبه شونده در پایان تمام مصاحبه ها توسط مصاحبه گر و تأیید یا اصلاح آن توسط آنان، متن کامل تاپی و یا دست نویس شش مصاحبه اولیه همراه با کدهای سطح اول به افرادی که از آن ها مصاحبه اولیه به عمل آمده بود جهت تأیید و یا اصلاح برگردانده شد. در مراحل بعدی صرفاً مجموعه کدهای باز حاصل از متن مصاحبه ها به پنج تن از مشارکت کنندگان اولیه ارسال شد که همگی مورد تأیید قرار گرفته و نکات پیشنهادی آنان در نظر گرفته شد. در مرحله ی پایانی متغیرهای حاصله و طبقه مرکزی همراه با خط داستانی به پنج نفر از مشارکت کنندگان اولیه به منظور بازبینی و تأیید برگردانده شد و نکات پیشنهادی اعمال گردید. بنابراین قضاوت در مورد قابلیت انتقال (Transferability) توسط خوانندگان امکان پذیر گردید. درگیری مداوم (Prolonged engagement)، بازنگری ناظرین (External checks) که براساس آن متن کامل سه مصاحبه اولیه پیاده شده همراه با کدگذاری باز به دو تن از همکاران پژوهشی و پنج تن از اعضای هیأت علمی محقق گراند تئوری پرستاری در دانشگاه تربیت مدرس و سایر دانشگاه ها ارائه و نظر تأییدی آن ها در جهت پیاده کردن و کدگذاری صحیح متون دریافت شد. تلفیق زمانی (Time triangulation) در این مطالعه علاوه بر این که از روش های مختلف جمع آوری داده ها و همچنین حداکثر تنوع در نمونه ها (Maximum variation of sampling) استفاده شد، محقق در زمان ها و نوبت های مختلف کاری به بررسی و جمع آوری داده در زمینه پدیده مورد بررسی پرداخت.

می داد و به بیمار و خانواده اش آموزش می داد، خب در این حالت ناخودآگاه این حس به همه پرسنل انتقال پیدا می کرد. او در موقع ساعت چایی با ما در مورد نیازهای آموزشی مان صحبت می کرد و از سوپروایزر آموزشی می خواست که در این زمینه برای ما کلاس های آموزش ضمن خدمت بگذارد." (پرستار شماره ۸)

#### • سبک مدیریت:

برخی همکاران از تأثیر سبک مدیریت بر امر آموزش بیمار سخن به میان آورده بودند. به طور مثال یکی از پرستاران می گفت:

"سیستم دیکتاتوری مدیریت که همیشه به صورت انفرادی تصمیم گیری کرده، به صورت مشارکتی تصمیم گیری نمی کنند، و انتظار دارند هر چه آن ها گفتند پرسنل هم بگویند چشم و حق اظهار نظر هم نداشته باشند، مسلماً ساختارهایی این چنینی موجب ناراضی پرستاران شده و انگیزه آن ها را برای ارائه وظایف تخصصی چون آموزش بیمار کاهش خواهد داد." (پرستار شماره ۵)

#### • نظارت و کنترل:

اکثر پرستاران متفق القول بودند که برنامه ارزشیابی آموزش بیمار به درستی انجام نمی شود و مدیران و مسئولین فعالیت های آنان را به طور غیرمستقیم و بدون ارتباط با نقش اصلی آموزش بیمار ارزشیابی می کنند. همچنین برخی از آنان اظهار داشته بودند "که سوپروایزر آموزشی خود را در زمینه برنامه آموزشی دخالتی نمی دهد و در این زمینه مستقیماً در بخش ها نظارت و کنترلی ندارد."

یادداشت عرصه شماره دو در حین مصاحبه با سوپروایزر مربوطه و مشاهده عملکرد ایشان نیز تصدیق کننده گفته های پرستاران در این زمینه بوده است.

سوپروایزر آموزشی در پاسخ این سؤال، که چگونه فعالیت های مربوط به آموزش بیمار پرستاران، را ارزشیابی می کنید؟ پاسخ می دهد؛ "من برای هر فردی یک برنامه آموزشی درست کرده ام، و با توجه به بیماری های قلبی که در رفرنس ها آمده، برای پرسنل تکالیف آموزشی را تعیین نموده ام و بر این اساس در ارزشیابی فعالیت آموزشی پایان سال امتیاز می دهم که بدینوسیله پرسنل هم یک چیز جدیدتر را در آورده باشند و همین که آنان خیلی از کتاب دور نشوند و بدینوسیله آموزش بیمار را یکی از موضوعات اساسی قرار دادیم." (سوپروایزر آموزشی شماره ۱)

پرستار دیگر می گوید؛ "سرپرستار بخش نسبت به انجام امور مراقبتی کنترل و نظارتی ندارد، الان شش ماه است که نه تشویقی و نه نقدی و نه پیشنهادی را از طرف او دریافت نکرده ام در حقیقت ایشان نسبت به عملکرد ما بی تفاوت است اگر به مریضم نرسم، اگر در ساعت کاریم چرت بزنم اگر در استیشن کارهای شخصی ام را انجام بدهم وقتی او عکس العمل انجام بدهد، و... اگر او به کمیت و کیفیت عملکرد من اهمیت بدهد متوجه می شوم خب من و عملکردم در سیستم مهم هستیم و در این صورت سعی می کنم سطح کاریم را افزایش بدهم، و گرنه خب انگیزه من نیز کم می شود حالا شما در نظر بگیرید با این شرایط چه کسی تشویق می شود که به بیمارانش آموزش بدهد. مدیران باید امکانات رشد و پیشرفت کارکنان خودشان را فراهم کنند." (پرستار شماره ۳)

### • آموزش کارکنان:

یکی از مقوله‌های مهم که با مفهوم مدیریت غیر اثر بخش ارتباط دارد؛ عدم توجه مدیران به آموزش پرستاران است. مشارکت کنندگان به لزوم آموزش ضمن خدمت و فقدان آن خصوصاً در زمینه آموزش بیمار اشاره نموده اند.

پرستارانی که دارای سابقه طولانی بودند؛ اظهار داشته‌اند "با توجه به این که علم پزشکی دائماً در حال تغییر و گسترش بوده و از طرفی مدت طولانی است که از تحصیل فاصله گرفته‌اند ضروری است که در زمینه آموزش بیمار آموزش ببینند"، (پرستاران شماره ۱، ۳، ۵، ۷، ۹ و ۱۱)

و پرستاری دیگر می گوید؛ "من انگیزه‌ای برای آموزش بیمار ندارم، چرا که وقتی سیستم برای آموزش من پرستار هیچ گامی را برنداشته، فکر می‌کنید چقدر انگیزه برای من باقی می ماند که بخواهم به مریض آموزشی بدهم". (پرستار شماره ۱۱) علاوه بر این داده های ما حاکی از این هستند که پایین بودن سطح آگاهی پرستاران و بی توجهی مدیران نسبت به نیاز آنان به آموزش ضمن خدمت موجب ارائه آموزش غیر مؤثر و گاهاً دادن اطلاعات غلط و اشتباه شده که متعاقب آن عواقب ناخوشایندی بوجود آمده است؛ در این رابطه برخی از پرستاران از تجربه ناخوشایند مربوط به فوت دوتن از بیماران که اشتباهاً راهنمایی به فعالیت ناصحیح بعد از وقوع انفارکتوس میوکارد شده بودند، اشاره نموده بودند.

۲. همکاران تحقیق به چند عامل دیگر که در عدم ارائه آموزش مؤثر به بیمار خصوصاً در رابطه با بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر دخیل بوده، اشاره نموده اند، این عوامل عبارتند از؛ شرم وحیا در زمینه

آموزش فعالیت‌های جنسی، پنهان‌کاری تشخیص از بیمار، عدم پذیرش آموزش از طرف پرستاران و ناتوانایی در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران غیرهمزبان. از آنجایی که این موارد از عناصر و مولفه های فرهنگی آموزش به بیمار هستند، مفهوم این طبقات "موانع فرهنگی" تعیین گردید.

هر برنامه آموزش بیمار با فرهنگ افراد درگیر آن ارتباط مستقیم دارد. مطالعات نشان می دهند یکی از موانع اصلی در امر آموزش بیمار عوامل فرهنگی هستند، مطمئناً شناخت این موانع می تواند در ارائه آموزش مؤثر به بیمار و خانواده اش اثر بخش باشد. مقوله ها زیر مربوط به این مفهوم هستند:

### • شرم وحیا در زمینه آموزش فعالیت جنسی

آموزش فعالیت جنسی در بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. گوپه های بیان شده از طرف مشارکت کنندگان در تحقیق در این رابطه عبارتند از:

"یکی از موانع فرهنگی ما در زمینه آموزش فعالیت جنسی بیماران است، شاید به جرات بتوان گفت که هیچ کدام از اعضای تیم درمانی به بیماران آموزشی نمی دهند، چون یک حالت حجب و حیایی هم از طرف بیمار و هم از طرف اعضای تیم درمانی وجود دارد". (پرستار شماره ۳)

و دو نفر از بیماران در این رابطه اظهار می دارند؛ "من نمی دانم در مورد فعالیت جنسی باید به چه نکاتی دقت نمایم و اصلاً شرمم می شود از کسی سئوالی در این زمینه بپرسم". (بیمار شماره ۲ و ۷).

### • پنهان کاری

یکی از چالش‌های مهمی که اعضای تیم درمانی کشور ما با آن روبرو هستند، مخفی کردن تشخیص و خامت شرایط بیماری از بیماران است، در این رابطه تعدادی از پرستاران بیان نموده اند که:

"اینجا تشخیص بیماری را به بیمار نمی گویند، چون فرهنگ ما این طوری است و پزشک تشخیص بیمار را به همراه بیمار می گوید همه می ترسند و می گویند بیمار نباید چیزی بفهمد در صورتی این حق بیمار است و به نظر من بیمار باید بداند چه اتفاقی برایش افتاده اگر بیمار بداند می تواند در آن مدتی که زنده است خوب از زندگی خودش استفاده کند، و بتواند تصمیم بهتری را راجع به زندگی خودش بگیرد. در ضمن وقتی من نتوانم تشخیص بیمار را به او بگویم چگونه می توانم به او آموزش بدهم به هر حال من باید بگویم چگونه بیماری او ایجاد شده تا عوامل خطر بیماری را برایش مشخص کنم و بگویم چگونه می تواند از پیشرفت و یا عود مجدد بیماری جلوگیری کند این مسئله خودش به عنوان مانع آموزش بیمار است." (پرستاران شماره ۱، ۵، ۷ و ۱۰)

"من همیشه سئوالاتم را از پزشکان می پرسم چون پرستاران اجازه ندارند به بیمار اطلاعات بدهند یعنی راستش را بخواهید آن‌ها سواد زیادی ندارند". (بیمار شماره ۳)

در این زمینه یکی از پرستاران اظهار می داشت:

"برخی از بیماران ما (پرستار) را در حدی نمی بیند که بهشون آموزش بدهیم، یعنی نمی خواهم بگویم جز وظایف ما و جز کار ما نیست، بلکه بیماران پرستار را فردی می دانند که فشار می گیرد و قرصی می دهد و .... راستش می توان گفت که برای پرستاری فرهنگ سازی نشده است." (پرستار شماره ۶)

از طرف دیگر در جامعه ما پزشکان از جایگاه ویژه علمی و عملی برخوردار هستند، لذا توصیه های ارائه شده از طرف آنان برای بیماران و خانواده هایشان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از پرستاران در این مورد می گوید:

"برخی از بیماران و خانواده هایشان معتقدند که پزشکان به دلیل برخورداری از علم و دانش زیاد بهترین فرد برای آموزش هستند". (پرستار شماره ۱۰)

### • ناتوانی در برقراری ارتباط با قومیت های

#### ایرانی

یکی از موانع مهم آموزش به بیمار نحوه برقراری ارتباط است. تنوع قومیتی، آداب و سنن و گویش های متفاوت در ایران سبب گردیده اعضای تیم درمانی در برقراری ارتباط با بیماران و خانواده هایشان با مشکل روبرو باشند. در این زمینه یکی از افراد خانواده بیمار اظهار می داشت که:

"مادر ما ترک زبان است، وقتی پزشکان چیزی می گویند ایشان دل نگران هستند، و می گویند چی

### • عدم پذیرش آموزش از طرف پرستاران

در جامعه ما پرستار و نقش های وی به خوبی شناخته نشده است، اکثر افراد جامعه ما، حتی افراد تحصیل کرده نسبت به صلاحیت علمی و عملی پرستاران آگاهی نداشته و آنان را افرادی حرفه ای در امور تکنیکی نظیر تزریقات و پانسمان شناخته و برخی از مردم حتی نمی دانند که پرستاران دارای تحصیلات آکادمیکی هستند. یکی از بیماران می گوید:



کردن این نقش در سازمان می شود. پرستاری در این مورد می گوید: "ارزش گذاری بر امر آموزش خیلی مهم است، وقتی فعالیت آموزشی غالب در سیستم ما فقط به صورت ارائه پمفلت رنگ و رو رفته، آن هم توسط منشی بخش در هنگام ترخیص بیمار باشد، این بدین معنی است که آموزش از ارزش و منزلت کافی برخوردار نمی باشد". (پرستار شماره ۲)

#### • انجام امور غیر حرفه‌ای

از مقوله‌های مهم دیگری که موجب ایجاد ساختار فرهنگی نامناسب برای اجرا امر آموزش به بیمار شده است؛ انجام امور غیر مستقیم و مشغولیت غیر حرفه‌ای پرستاران است، این مسئله معلول علل دیگری چون؛ ساختار بیمارستان‌های آموزشی، بی نظمی و نداشتن برنامه در امور پزشکی و درمانی، کمبود نیرو، نداشتن قوانین و مقررات، عدم نظارت و کنترل است، بیانات زیر مصداق این مسئله هستند:

یکی از پرستاران می گوید؛ "تعداد ارباب رجوع‌ها، ملاقاتی‌ها و تلفن‌های بخش ما آنقدر زیاد است که به غیر از منشی حتماً یک پرستار باید جوابگوی آن‌ها باشد". (پرستار شماره ۸)

مترون و اکثر پرستاران در این زمینه می گویند؛ "میزان زیادی از لود کاری پرستاران به دلیل ویزیت های متعددی است که توسط رزیدنت‌ها و سپس اتندینگ صورت می گیرد. بعضی اوقات می بینی از صبح تا ظهر پرستاران ما درگیر وارد و خارج کردن دستورات جدید در کاردکس و کارت دارویی و نوشتن تقاضاهای دارویی، رادیولژی و سونوگرافی هستند، تمامی این وظایف به عهده پرستاران ما است،

شده! ایشان به ما اعتراض می کند و می گوید شما اینجا نبودید، دکتر یک چیزهایی را گفتند ولی من متوجه نشدم هیچ کس هم نبود که برای من توضیح بدهد، واقعاً واجب است یکی این مسائل را برای بیمار تفهیم نماید". (خانواده بیمار شماره ۸)

۳. نهایتاً همکاران تحقیق به چند عامل مهم دیگر که در عدم ارائه آموزش مؤثر به بیمار دخیل بوده اند، اشاره نموده اند، این عوامل عبارتند از؛ عدم ارزش گذاری بر امر آموزش بیمار، انجام امور غیر حرفه‌ای توسط پرستاران، جو پزشک سالاری، تعارض و عدم هماهنگی موجود در امر آموزش بیمار، الگوهای ارتباطی نامناسب، عدم آگاهی بیماران از حقوق خود در زمینه آموزش بیمار و عدم رعایت اخلاقیات در این امر و بی انگیزگی و فقدان نظام پاداش دهی. از آنجایی که این موارد از عناصر و مولفه‌های فرهنگ سازمانی هستند، لذا مفهوم مربوط به این زیرطبقات "فرهنگ سازمانی نامناسب" تعیین گردید. مشارکت کنندگان به دفعات نقش عوامل فرهنگی سازمان را در آموزش بیمار در تجارب خود توصیف نمودند و ساختار وجو موجود در سازمان را به عنوان عوامل بازدارنده در امر آموزش بر شمرده اند.

#### • عدم ارزش گذاری بر امر آموزش

ارزش ها در فرهنگ سازمانی نقش تعیین کننده داشته و راهنمای رفتار هر فرد در سازمان است. داده ها حاکی از این است که یکی از مهم‌ترین دلایل عدم ارائه آموزش مؤثر به بیمار عدم ارزش گذاری سیستم بر اجرای امر آموزش بیمار است.

به اعتقاد همکاران تحقیق، ارزش گذاری بر امر آموزش از طرف مسئولین موجب با اهمیت جلوه

بلکه اینترنت فقط مخصوص پزشکان است. (پرستار شماره ۷)

از طرفی داده های تحقیق (مصاحبه و مشاهدات محقق) حاکی از این هستند که وجود سمبول‌هایی نظیر فضاهای اختصاصی پارکینگ، امکانات رفاهی و..... برای قشر خاص در سازمان و بی توجهی به نیازهای پرستاران در این زمینه موجب پر و بال گرفتن حس مورد تبعیض و بی اعتنائی قرار گرفتن از طرف سازمان شده است.

#### • تعارض و عدم هماهنگی در امر آموزش

انسجام و هماهنگی یکی از عناصر و ویژگی های کلیدی فرهنگ سازمانی است.

مترون شرکت کننده در تحقیق می گوید، "علت این که چرا ما به اهداف سازمانی دست پیدا نمی کنیم، این است که همه ساب سیستم ها دارند جدا از یکدیگر عمل می کنند و هیچ گونه هماهنگی بین آنان نیست، پزشک جدا، پرستار جدا، سیاستگذاری های وزارتخانه جدا و کلاً این که سیستم به صورت هماهنگ با یکدیگر فعالیت نمی کنند".

از طرفی بیانات مشارکت کنندگان دیگر نمایانگر این موضوع است که عدم انسجام اعضای تیم درمانی در امر آموزش بیمار موجب رشد بی اعتمادی بیمار و خانواده اش می شود.

یکی از بیماران در این زمینه می گوید؛ "پرستاران نمی توانند آموزش بدهند چون در صحبت‌هایشان ضد و نقیض وجود دارد." (بیمار شماره ۶)

همسر بیماری می گفت؛ "من ترجیح می دهم سئوالاتم را از آقا و یا خانم دکتر بپرسم و از پرستارها سئوال نمی کنم درست است که وارد هستند ولی ممکن است

و بالطبع این ویژگی‌ها موجب افزایش کارهای غیرمستقیم پرستاران می شود".

طبق گفته مشارکت کنندگان عامل دیگری که در ایجاد فرهنگ سازمانی نامناسب نقش داشته جو پزشک سالاری است که در زیر یافته های مربوط به این مقوله ارائه شده است.

#### • جو پزشک سالاری

داده های مطالعه حاکی از این است که جو پزشک سالارانه سازمان‌ها ما به گونه ای است که پرستاران را به سمت روتین گرایی سوق داده و در واقع این جو، پرستاران را تنها به مجریان دستورات پزشک تبدیل نموده است.

مسئلاً چنین جوی موجب بوجود آمدن حس تبعیض در بین اقشار مختلف تیم درمانی خصوصاً بین پرستار و پزشک که ارتباط کاری نزدیک به یکدیگر دارند، خواهد شد، لذا یکی از عوامل تشکیل دهنده در ایجاد فرهنگ سازمانی نامناسب در رابطه با وظیفه آموزش بیمار طبق بیانات مشارکت کنندگان در تحقیق حاضر تبعیض بین پزشک و پرستار بوده است، که در زیر به بحث و گفتگو پیرامون آن خواهیم پرداخت.

پرستاری می گوید؛ در اینجا برای هر فعالیت پزشک یک امتیاز (بهره مندی مالی) گذاشته‌اند و آنان برای هر کاری از جمله آموزش بیمار تعرفه دارند ولی پرستاران نه". (پرستار شماره ۹)

پرستار دیگر می گوید؛ تبعیض بین پزشک و پرستار نه تنها در حقوق و مزایا و امکانات و مسائل رفاهی است بلکه در رابطه با مسائل آموزشی کاملاً مشهود است مثلاً کتابخانه ما در زمینه پرستاری منابع کافی و مناسبی ندارد ما اینجا حق استفاده از اینترنت را نداریم

حتی جواب سلامت را هم نمی‌دهد، پس چگونه من با این پزشک در رابطه با برنامه مراقبتی و آموزشی بیمارم مشورت کنم. ارتباط پزشکان و پرستاران با یکدیگر خوب نیست." (پرستار شماره ۹)

همکاری حرفه ای بین پزشک و پرستار از جمله مقولات مهمی است که می‌تواند مراقبت از بیمار را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. بدیهی است در صورت وجود یک همکاری حرفه ای مثبت و کارا مراقبت و درمان از بیمار نیز بر همین اساس از کیفیت بالاتری برخوردار بوده و در غیر این صورت علاوه بر کاهش کیفیت مراقبت سطح رضایت مندی بیمار نیز بشدت کاهش پیدا می‌کند.

بیانات زیر در زمینه ارتباط و الگوهای ارتباطی بین تیم درمانی و بیمار است:

اکثر شرکت کنندگان در تحقیق ارتباط همدلانه با بیمار را مقدمه آموزش معرفی کرده اند.

مترون شرکت کننده در تحقیق می‌گوید: "متأسفانه روز به روز ارتباطات بین تیم درمانی و بیمار کمتر می‌شود، وقتی ارتباط کم و کوتاه باشد خود بخود آموزش بیمار حذف می‌شود."

از دیگر مقوله ها در رابطه با مفهوم فرهنگ سازمانی لزوم آگاهی بیمار از حقوق و رعایت نکات اخلاقی در امر آموزش بیمار است.

#### • آگاهی از حقوق بیمار و رعایت نکات اخلاقی در امر آموزش

آموزش بیمار حق قانونی بیمار است و اجرای آن جزء مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاران است. اکثر بیمار و تمامی اعضای تیم درمانی مشارکت کننده در تحقیق آگاهی یافتن از بیماری، روند درمان و

اشتباه کنند، مثلاً از پرستاری پرسیدم وضع بیماری همسرم چگونه است گفت خوب است ولی پزشک گفت زیاد مناسب نیست باید این داروها را مصرف کند تا بینیم وضعیتش چطور می‌شود". (خانواده بیمار شماره ۲)

یکی از عوامل ناهماهنگی و عدم انسجام مربوط به تناقض بین توصیه‌های آموزشی و عملکرد سیستم درمانی در زمینه برنامه غذایی بیمار است. اکثر پرستاران و برخی از بیماران در این زمینه می‌گویند: "به بیمار گفته می‌شود که غذای کم نمک و کم چرب را مصرف کن ولی اینجا هر روز به او غذای پر نمک و چرب داده می‌شود".

#### • اهمیت الگوهای ارتباطی در امر آموزش بیمار

یکی از اجزا اساسی در ساختار فرهنگ سازمانی در زمینه آموزش بیمار الگوهای ارتباطی مناسب است. موضوعات مطرح شده در این زیرمقوله شامل سطح گسترده ای از ارتباط بین مدیر با اعضای تیم درمانی (خصوصاً پرستار)، ارتباط بین پزشک - پرستار و بالاخره نحوه ارتباط بین تیم درمانی و بیمار است.

در رابطه با ارتباط بین پزشک و پرستار، یکی از پرستاران اظهار می‌دارد:

"برخی از پزشکان به دیده خواری به پرستار نگاه می‌کنند اصلاً پرستار دیده نمی‌شود، انگاری پرستار اینور است و پزشک او را نمی‌بیند". (پرستار شماره ۱۱)

یکی دیگر از پرستاران در این زمینه می‌گوید: پرستاری یک وصله ناجور است، مردم جامعه و حتی تیم پزشکی هم او را قبول ندارند. پزشکان ما را جز خودشون نمی‌دانند مثلاً وقتی به دکتر... سلام می‌کنیم،

فرهنگ سازمانی قوی در امر آموزش معرفی کرده‌اند.

#### • انگیزش و سیستم پاداش

انگیزه و حفظ این نیرو بوسیله سیستم پاداش یکی از اجزا مهم در ایجاد ساختار فرهنگ سازمانی قوی است. انگیزه عاملی است که افراد را به سوی اهداف حرکت می‌دهد و در انسان علاقه و آمادگی بیشتری برای انجام امور ایجاد می‌کند. با توجه به داده های تحقیق حاضر به جرات می‌توان نداشتن انگیزه برای امر آموزش بیمار از طرف پرستاران را به عنوان مهم ترین عامل معرفی نماییم، بیانات زیر همگی مؤید این ادعا هستند:

یکی از پرستاران می‌گوید: "پرستاران برای آموزش انگیزه ندارند، چون در سیستم ما تنبیه بیشتر از تشویق اهمیت دارد، به خاطر کار کوچکی مواخذه می‌شوی در صورتی اگر کار خوب بکنی تشویق نمی‌شوی، در موقع تحویل شیفت جلو بیمار و تمام پرسنل، هد نرس می‌گوید ملافه بیمار چقدر ناصاف است او نگاه نمی‌کند که بیمار بدحال است پرستار مسئول بیمار از شب تا صبح زحمت کشیده، شامش را نخورده و همه مراقبت های بیمار را انجام داده، او می‌بیند که پرستار چهره اش خسته است ولی می‌گوید ملافه مریض ناصاف است، این رفتار سرپرستار علاوه بی انگیزه نمودن پرستار موجب پایین آوردن اعتماد به نفس پرستار و سلب اعتماد بیمار به وی می‌گردد." (پرستار شماره ۶)

از طرفی یکی از موضوعاتی که مکرراً توسط همکاران پرستار مطرح شده است، بی تفاوتی مدیران نسبت به کارکنان است، آنان معتقد بوده‌اند که بی اهمیتی و

مراقبت را جز حقوق بیمار دانسته و سرپیچی از انجام این عمل را غیر اخلاقی تلقی نموده‌اند.

اکثر پرستاران در این زمینه می‌گویند: "بیماران نیاز به آموزش دارند اما از حق و حقوق خود آگاهی ندارند، باید به بیمار آگاهی داد که حق دارد از تیم درمانی آموزش بگیرد".

تمامی مشارکت کنندگان از نگاه ابزارگونه به بیمار شاکی بودند و آن را مانعی در راه آموزش بیمار بر شمرده‌اند.

یکی از پرستاران اظهار می‌دارد: "تیم درمانی بیشتر به بیمار به عنوان ابزار نگاه می‌کنند تا یک انسان و فکر نمی‌کنند کسی که در زیر دست آن‌ها خوابیده بیماری است که حس و درک دارد و کلیه مسائل را حتی با حساسیت بیشتر متوجه می‌شود." (پرستار شماره ۸)

بیماری می‌گوید: برای امر آموزش لازم است که تیم درمانی راز نگه دار بیمار باشند، من معتاد به مواد مخدر هستم ولی دوست ندارم غیر از تیم درمانی که باید در جریان این مسئله قرار بگیرند، فرد دیگری در جریان قرار بگیرد، دکتر..... یک دفعه در بخش عمومی که در اتاق بیش از ۸ بیمار حضور داشتند داد و فریاد می‌زند و با لحن توهین آمیز به من می‌گوید مردی که تو را خوب کنم که دوباره بروی بیرون تریاک بکشی؛ مسلماً حرف و آموزش این دکتر و تیم درمانی شبیه به او هرگز در من اثر نخواهد کرد چون ملزومه یک آموزش اثر بخش رعایت نکات اخلاقی است." (بیمار شماره ۵)

علاوه بر مقوله های ذکر شده، مشارکت کنندگان انگیزش و سیستم پاداش دهی را به عنوان یکی از مهم ترین و اساسی ترین مقوله های ایجاد کننده ساختار

پرستاری است، به گفته مشارکت‌کنندگان این عامل خود موجب بی‌انگیزگی پرستاران در ارائه نقش آموزشی شان می‌شود.

مترونی در این رابطه می‌گوید: "سطح فرهنگی مردم نسبت به پرستار و جایگاه پرستاری باعث می‌شود که انجام برخی از امور اولیه مربوط به بیمار نظیر دادن بدین، تعویض ملافه‌ها موجب شود که اکثر بیماران ما پذیرای نقش آموزشی پرستاران نباشند او‌ن‌ها با بروز واکنش‌ها و رفتارها دل‌سرد کننده موجب بی‌انگیزگی پرستاران در ارائه نقش آموزشیشان می‌شوند. مثلاً یادم هست زمانی که خودم پرستار بالین بودم به برطرف کردن نیازهای بیماران از جمله مشکلات دفعی شان خیلی اهمیت می‌دادم و همیشه قبل از این که آن‌ها بدین و یا لوله بخواهند برایشون فراهم می‌کردم و بیماران از این مسئله خیلی راضی بودند ولی وقتی می‌آمدم آموزش بدهم آن‌ها نقش آموزشی من را نمی‌پذیرفتند و فکر می‌کردند هر کسی بدین بدهد فرد تحصیل کرده نیست".

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات گذشته عوامل مداخله‌گر عمده و اصلی در فرآیند آموزش بیمار را شناسایی و معرفی کرده‌اند که ممکن است مثل سه عامل استخراج شده این مطالعه یعنی مدیریت غیر اثر بخش، فرهنگ سازمانی نامناسب و موانع فرهنگی باشد. ولی ماهیت و چگونگی عملکرد هر یک از این عوامل در جوامع مختلف کاملاً متفاوت‌اند. به طوری که در این مطالعه نشان داده شده است که ماهیت ناکارآمدی مدیریتی، فرهنگ سازمانی و عوامل فرهنگی با جوامع دیگر توسط همکاران تحقیق متفاوت تجربه و تبیین گردیده است.

عدم حمایت مدیران نسبت به پرستاران موجب بی‌انگیزگی و بی‌تفاوتی آنان در انجام امور مربوط به بیمار شده است.

همچنین به اعتقاد پرستاران ارزش ندادن به آنان در سیستم موجب بی‌انگیزگی آنان نسبت به امر آموزش می‌شود.

یکی از سوپروایزران و برخی از پرستاران می‌گویند: "بارها ما از همکارانمان شنیده‌ایم که می‌گویند وقتی هیچ‌کس به ما اهمیت نمی‌دهد چرا وقتمون را بگذاریم و برای بیماران آموزش بدهیم و با آن‌ها صحبت کنیم". (سوپروایزر آموزشی شماره ۲ و پرستاران شماره ۳، ۵ و ۷)

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره نمودیم یکی از مقوله‌های مهم در امر آموزش مشارکت حرفه‌ای پزشک و پرستار با یکدیگر است، داده‌های ما در این زمینه گویای این موضوع هستند که ارتباط مناسب بین پزشکان و پرستاران موجب افزوده شدن انگیزه پرستاران در زمینه ارائه نقش آموزشی آنان می‌شود. سوپروایزر آموزشی در این رابطه می‌گوید: وقتی من در سی سی یو کار می‌کردم شب‌ها رزیدنت‌ها می‌آمدند در استیشن و با یکدیگر بحث علمی می‌کردیم، نمی‌دانید چقدر در انگیزه و راندمان کاری و افزایش اعتماد به نفس و خلاصه خود باوری ما تأثیر داشت دیگر ما راحت و محترمانه و بدون هیچ استرسی با اتندینگ سر برنامه درمانی و مراقبتی بیمارانمون مشورت می‌کردیم. ولی الان برخلاف این که سطح علمی پرستارها بالاتر رفته ولی دید پزشکان اصلاً خوب نیست". (سوپروایزر آموزشی شماره ۱)

همچنین یکی دیگر از عواملی که در قسمت مفهوم موانع فرهنگی بیشتر به بحث در مورد آن پرداخته شد، دیدگاه منفی اکثر افراد جامعه نسبت به حرفه

نظارت و کنترل خود نوعی شان و منزلت بخشیدن به پرستار و وظایف او بوده است. Dell می نویسد؛ اثربخشی فعالیت‌های کارکنان در هر سازمان به میزان زیادی وابسته به نظارتی است که دریافت می‌کنند، نظارت مناسب باعث ارتقاء و بهبود انجام کار می‌شود.<sup>(۱۵)</sup> Swansburg اظهار کرد: در عصر حاضر آنچه ماموریت‌ها و اهداف سازمانی را تحقق می‌بخشد فعالیت مدیران آن سازمان‌هاست.<sup>(۱۶)</sup> مطالعات انجام گرفته در راستای عوامل مدیریتی عمدتاً مربوط به عواملی چون کمبود وقت، کمبود نیروی انسانی و کمبود صلاحیت علمی و عملی پرستاران در اجرای مؤثر برنامه آموزش، لزوم پیاده کردن برنامه آموزش به بیمار به صورت چند رشته‌ای، بین رشته‌ای و نحوه هماهنگی آنان در زمینه ارائه این برنامه و همچنین لزوم تغییر دیدگاه ابزار گونه پرستاران به سمت دیدگاه انسان گرایانه و بیمار محورانه بوده است.<sup>(۱۷-۱۹)</sup> و این در صورتی است که مطالعه حاضر عوامل مدیریتی دیگری چون روشن نبودن نقش آموزشی پرستاران در سیستم، سبک رهبری نامناسب، عدم حمایت مدیران و عدم کنترل و نظارت مناسب بر امر آموزش به بیمار را در عدم اجرای این نقش دخیل دانسته‌اند. با توجه به بحث ارائه شده در زمینه این مفهوم، نتایج تحقیق نشان می‌دهد که رفتار، عملکرد و نحوه انجام وظایف مدیران می‌تواند به عنوان عامل تسهیل کننده و یا بازدارنده آموزش بیمار عمل کند.

یکی دیگر از مفاهیم استخراج شده در این مطالعه که به عنوان مانع آموزش بیمار معرفی گردیده است، عوامل فرهنگی است. عوامل فرهنگی در هر جامعه‌ای در روند آموزش اثرگذار است<sup>(۲۰)</sup>، اما ماهیت و اثر آن‌ها با توجه به باورها، اعتقادات و شرایط اجتماعی هر

لذا شناخت و تعریف دقیق موقعیتی آن‌ها برای برنامه ریزی و بهبود آموزش بیماران ضروری‌اند. یکی از عناصر ناکارآمدی مدیریتی تجربه شده توسط همکاران این مطالعه به تعریف نادرست "وظیفه آموزش بیمار" توسط مدیران پرستاری در سازمان بر می‌گردد. به طوری که اکثر پرستاران اظهار می‌داشتند؛ "سوپروایزر آموزشی از ما می‌خواهد که از منابع جدید مثل سیسیل و هاریسون که ارتباط زیادی با بحث مراقبت و پرستاری ندارند، مطالبی را ترجمه کنیم. او بدینوسیله نقش آموزش بیمار ما را ارزیابی می‌کند!". Hyde و Fitzpatrick در تحقیق خود به لزوم روشن سازی وظیفه آموزش به بیمار در ارائه آموزش مؤثر تأکید ورزیده‌اند.<sup>(۱۴)</sup>

عنصر دیگر که جز اصلی ترین عنصر مفهوم مدیریت غیر اثر بخش است، مربوط به نداشتن نظارت و کنترل صحیح بر امر آموزش به بیمار است، زیرا سوپروایزر آموزشی در پاسخ این سؤال، که چگونه فعالیت‌های مربوط به آموزش بیمار پرستاران خود را ارزشیابی می‌کنید؟ پاسخ می‌دهد؛ "من برای هر فردی یک برنامه آموزشی درست کرده‌ام، و با توجه به بیماری‌های قلبی که در رفرنس‌های آمده، برای پرسنل تکالیف آموزشی را تعیین نموده‌ام و بر این اساس ارزشیابی فعالیت آموزشی پایان سال را امتیاز می‌دهم که هم پرسنل یک چیز جدیدتر را درآورده باشند و همین که آنان خیلی از کتاب دور نشوند و بدینوسیله آموزش بیمار را یکی از موضوعات اساسی قرار دادیم!". در واقع داده‌های تحقیق در این رابطه حاکی از این هستند که نظارت و کنترل بر امر آموزش به بیمار ضعیف و غیر کارآمد بوده و متعاقباً موجب پرورش حس بی‌اهمیتی این امر در نظام درمانی شده است، در همین راستا پرستاران معتقد بودند که

استراتژی برای حمایت از بیمار خود به کار بسته‌اند و از طرفی داده‌ها نیز بیانگر این موضوع هستند که برخی از بیماران تمایلی برای شنیدن وضعیت وخامت بیماری خود را ندارند، زیرا به نظر آن‌ها آگاهی از وضعیت واقعی بیماری موجب یاس و از دست دادن امید به زندگی می‌شود. می‌توان گفت بیمار نیز با استفاده از مکانیزم انکار سعی در حمایت خود و خانواده‌اش دارد. در حقیقت می‌توان نتیجه گرفت که احساس ترس آمیخته با انکار مانع آشکار سازی تشخیص بیماری از بیمار شده است. برخی از اعضای تیم درمانی این باور فرهنگی را به عنوان مهم‌ترین مانع آموزش به بیمار مطرح نموده‌اند، به اعتقاد آنان ارائه آموزش در زمینه اختلال عروق کرونر منوط بر آگاهی کامل بیمار نسبت به بیماری اوست زیرا برای دادن اطلاعات به بیمار باید کاملاً مشخص گردد که بیماری چگونه به وجود آمده و چگونه باید مراقبت و درمان شده و چگونه باید از پیشرفت بیماری جلوگیری شود. پنهان‌کاری تشخیص از بیمار نه تنها حق مسلم بیمار را مورد چالش قرار داده بلکه به اعتقاد تیم درمانی موجب بی‌توجهی بیماران نسبت به کنترل و درمان بیماری می‌شود.

از طرفی بدلیل گستردگی قلمرو و قدمت فرهنگی کشور ایران اعضاء تیم درمانی خصوصاً آن‌هایی که در مراکز درمانی ریفرال شبیه به فیلد تحقیق حاضر مشغول به خدمت هستند، معمولاً با بیمارانی در ارتباط هستند که از ملل مختلفی نظیر بلوچ، فارس، آذری، ترکمن و عرب و از قومیت‌هایی چون مازنی، گیلک و لر به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند، لذا همواره یکی از مهم‌ترین مشکلات تیم درمانی با این بیماران و خانواده آنان مربوط به نحوه برقراری ارتباط است. اعضا تیم درمانی یکی از موانع فرهنگی مهم را آشنا

کشوری متفاوت خواهد بود. نتایج تحقیق حاضر نمایانگر موانع فرهنگی زیادی در بین بیماران، خانواده و اعضای تیم درمانی در زمینه آموزش فعالیت‌های جنسی است، مشارکت کنندگان اعم از تیم درمانی، بیماران و خانواده‌هایشان همگی بر این موضوع توافق داشتند که شرم و حیا فرهنگی که خود نشأت گرفته از فرهنگ و اعتقادات مذهبی مردم ایران در زمینه موضوعات مربوط به فعالیت جنسی است، موجب گردیده که نه اعضای تیم درمانی به آموزش در این زمینه پرداخته و نه این که بیماران/ خانواده‌هایشان توانسته‌اند در این مورد سئوالی پرسیده و آموزشی را دریافت نمایند.

مطالعات نشان می‌دهند که هر چند در سایر ممالک چالش‌هایی در زمینه آموزش فعالیت جنسی وجود دارد ولی ماهیت مشکل به گونه دیگر است زیرا مسائل آنان در این زمینه عمدتاً مربوط به آموزش مسائل جنسی در افراد هم جنس گرا و نوجوانان می‌باشد.<sup>(۲۰)</sup>

یکی دیگر از چالش‌های مطالعه حاضر، پنهان کردن تشخیص بیماری از بیماران است، هرچند که منابع و مطالعات متعدد آگاهی از تشخیص بیماری، روند و درمان بیماری را جز حقوق بیمار دانسته‌اند<sup>(۲۶)</sup>، ولی در کشور ما تعداد زیادی از بیمارانی که دچار بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های صعب‌العلاج و مزمن نظیر سرطان، سکته قلبی شده‌اند از بیماری خود آگاهی ندارند، ریشه این مسئله کاملاً مشخص نیست، اما آنچه در یافته‌های این تحقیق نمایان است، مربوط به ترس و وحشت بیماران و خانواده‌ها از عواقب بیماری و کاهش طول عمر بیمار است. با توجه به داده‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که خانواده‌ها با پنهان‌کاری تشخیص بیماری از بیمار، آن را به عنوان

مطالعات دیگر عوامل سازمانی را در انگیزش کارکنان برای ارائه خدمات مهم می دانند<sup>(۲۵)</sup> و فرهنگ سازمانی نامناسب را عاملی مهمی در بی تعهدی، مسئولیت ناپذیری، نارضایتی، بی علاقه‌گی کارکنان و نتایجاً بی انگیزگی و کم کاری و فرار از کار شناخته‌اند.<sup>(۲۳)</sup> یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که فرهنگ و ساختار موجود در بیمارستان‌ها مستقیماً حیطه اختیارات و به طور غیر مستقیم خود باوری حرفه‌ای پرستار را تحت تأثیر قرار داده و مانع کاربرد دانش، مهارت و بروز توانمندی‌های حرفه‌ای پرستاران از جمله ارائه برنامه آموزش به بیمار گردیده است. فرهنگ معیوب حاکم بر سازمان، رابطه‌ای یک طرفه و ناهم‌تراز را میان پزشک و پرستار توسعه داده و فضایی را ایجاد نموده است که مشارکت کنندگان از آن به عنوان پزشک‌سالاری یاد کرده‌اند. در چنین فرهنگ سازمانی، پرستار به عنوان مسئول مراقبت از بیمار نبوده، بلکه به عنوان مجری دستورات پزشک و انجام دهنده امور روتین بیمار شناخته می‌شود. این چنین ساختاری مانع بروز صلاحیت و توانمندی‌های حرفه‌ای پرستاران و در نتیجه کاهش انگیزه آنان در ایفای خلاقانه نقش‌های حرفه‌ای شان خواهد شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که عواملی چون عدم خود باوری، برآورده نشدن نیازهای مادی، رفاهی و معنوی، حس تبعیض، عدم برخورداری از جایگاه مناسب اجتماعی و اقتصادی، عدم حمایت از طرف سیستم، مدیران، پزشکان و جامعه، ضعف مدیریتی، عدم وجود سیستم نظارت و کنترل مناسب بر امر آموزش به بیمار و ساختار و جو حاکم بر

نبودن به زبان محلی بیماران، آداب و سنن خاص ارتباطی هر قوم و قبیله بیان نموده‌اند. آنان تشکیل کلاس‌های آموزشی ضمن خدمت، در زمینه نحوه برقراری ارتباط با مردم قومیت‌های مختلف را ضروری دانسته‌اند. فرآیند آموزش در ارتباط تنگاتنگ با فرآیند ارتباط است. آموزش مؤثر به میزان زیادی به چگونگی ارتباط بین فردی بستگی دارد. مطالعات انجام گرفته در زمینه آموزش بیمار یکی از مهم‌ترین موانع، را موانع ارتباطی بر شمرده‌اند.<sup>(۲۱)</sup> عامل مهم دیگر که در این مطالعه به عنوان مهم‌ترین و محوری‌ترین عامل فراروی آموزش به بیمار نقش آفرینی کرده است؛ فرهنگ سازمانی نامناسب است. این عامل بر عوامل دیگر یعنی مدیریت غیر اثر بخش و عوامل فرهنگی نیز اثر مستقیمی گذاشته است و به همین دلیل به عنوان عامل اصلی و محوری در این تحقیق شناخته شده است.

فرهنگ سازمانی ترکیبی از پیش‌فرض‌ها، ارزش‌ها و هنجارهای سازمانی، ارتباطات بین فردی اعضا و چگونگی عملکرد آن‌ها نسبت به واکنش‌های اطراف آن‌هاست.<sup>(۲۲)</sup> فرهنگ سازمانی نیروی قدرتمندی است که نحوه عمل کردن و چگونگی روند عملیات را تعیین می‌کند.<sup>(۲۳)</sup>

در مطالعه حاضر عواملی چون عدم ارزش‌گذاری سازمان بر امر آموزش، امور غیرحرفه‌ای، تعارض و عدم هماهنگی در امر آموزش، الگوهای ارتباطی نامناسب بین فردی، جو پزشک‌سالار و عدم وجود سیستم پاداش دهی مناسب همگی باعث شده‌اند که پرستاران انگیزه لازم و کافی برای ارائه نقش آموزشی خود را نداشته باشند. Gulzar و Lalani معتقدند که آموزش بیمار به عنوان یک فعالیت حرفه‌ای بسیار ماهرانه نیاز به انگیزه بالا دارد.<sup>(۲۴)</sup>



### تقدیر و تشکر

پژوهشگران حمایت های مالی دانشگاه تربیت مدرس را در اجرای این پژوهش ارج نهاده و از کلیه پرستاران، پزشکان، بیماران و خانواده های آنان که در انجام این پژوهش همکاری بی دریغ داشته اند، همچنین از اساتید محترم خصوصاً سرکارخانم دکتر ونکی، سرکارخانم دکتر زاغری، آقای دکتر دانائی فرد و آقای دکتر مشبکی که در امر بازنگری و اصلاح کدها ما را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری می شود.

سازمان از جمله عواملی هستند که پیامد بی انگیزگی پرستاران برای ارائه نقش آموزشی خود را بدنبال خواهد داشت؛ لذا برای این که برنامه آموزش به بیمار به طور مؤثر در سیستم های بهداشتی و درمانی انجام پذیرد ضروری است که این موانع مرتفع گردند.

پیشنهادات برای پژوهش های بعدی:

بر اساس یافته های پژوهش حاضر محقق موارد زیر را برای پژوهش های بعدی پیشنهاد می نماید:

موانع آموزش بیمار در بیماران مبتلا به بیماری های

مزمن: تحقیق کیفی

بررسی موانع ارتباطی آموزش بیمار در بیماران مبتلا

به بیماری های مزمن

### فهرست منابع

- 1- Bastable SB. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed, New York: Jones and Bartlet Publishers, 2003.
- 2- Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. Patient Educ Couns, 2000; 44: 7-14.
- 3- Chatham MF, Knapp BL. Patient education handbook. Bowie, MD: R.J. Brady Co, 1982.
- 4- Coates VE. Education for patient and client. London: Routledge, 1999.
- 5- Mohammadi E. Design and evaluation of partnership care model in the control of hypertension (Unpublished doctoral Dissertation). Tehran: Department of Nursing, University of Tarbiat Modarres, 2002; P.
- 6- Jozien M, Bensinga, Visserb A, Saan H. Patient education in The Netherlands. Patient Educ Couns, 2001; 44: 15-22.
- 7- Weech RM. Patient satisfaction with information received after a diagnosis of angina. J Prof Nurs, 2003; 19(3): 150-153.
- 8- Visser A, Deccache A, Bensing J. Patient education in Europe: united differences. J Patient Educ Couns, 2001; 44(1): 1-5.
- 9- Skelton A. Evolution not revolution? The struggle for recognition and development of patient education in the UK. Journal of Patient Educ Couns, 2001; 44(1): 23-27.
- 10- Esmailie R. Survey of clinical nurses views about the problems of patient teaching. (Master Science Thesis). Tehran: Department of Nursing, Iran University of Medical Sciences. 1997.
- 11- Burns N, Grove S. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization, 1993.
- 12- Annells M. Grounded Theory. In Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilisation, 2nd ed Mosby, Sydney, 2003; P.163-178.
- 13- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative Philadelphia: Lippincott, 2007.
- 14- Fitzpatrick E, Hyde A. Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. J Clin Nurs, 2006; 15: 671-677.

15- Brag TL. Motivation and dissatisfaction. *Nurs Manag.* 1992; 13(8): 40.

16- Dell T. *How to Motivate People.* Kogan Page: London. 1989.

17- Swansburg R. *Management and leadership for nurse manager;* Boston: Bostjones & Batlett Publishers, Co. 1999; P.442-453.

18- Paul F, Flek E. Patient information: involving the user group. *J Prof Nurs,* 2001; 16(10): 405-407.

19- Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J Cont Educ Nurs,* 2002; 33(3): 112-118.

20- Tromp F, Dulmen SV, Weert JV. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs,* 2004, 47(2), 212-222.

21- Falvo DR. *Effective patient education.* 3 rd ed. Toronto: Jones and Bartlet Publishers, 2004.

22- Nasir LS, Nasir AK. Introducing Arabic language patient education materials in Jordan. *Patient Educ Couns.* 2006; 60(2); 142-145.

23- Seren S, Baykal U. Relationships between change and organizational culture in hospitals. *J Nurs Sch.* 2007; 39: 191-197.

24- Hatton C, Rivers M, Mason H, Mason L, Emerson E, Kiernan C, Reeves D, and Alborz A. Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res,* 1999; 43(3): 206-218.

25- Lalani NS, Gulzar AZ. "Nurses role in patients discharge planning at the Aga Khan University hospital, Pakistan". *J Nurs Staff Dev,* 2001; 17(6): 314-319.

26- Rose J. Stress and residential staff: toward an interation of existing research. *Ment Handicap Res;* 1995; 8: 220-36.

Archive of SID

## **Obstacles of Patient Education in CCU and Post CCU: A Grounded Theory Study**

\*Mansoureh Ashghali-Farahani<sup>1</sup> PhD   Esa Mohammadi<sup>2</sup> PhD  
Fazlollah Ahmadi<sup>3</sup> PhD   Majid Maleki<sup>4</sup> PhD   Ebrahim Hajizadeh<sup>5</sup> PhD

### **Abstract**

**Background and Aim:** Education is of the basic rights of the patients, and also, a main recognized role of the nurses. Education is an accrediting criterion of the organizations which provide health services. However, the results of the studies indicate that no effective patient education in different societies has been delivered, and this has had negative individual, family, and social consequences. Due to its interactional and cultural nature, patient education sounds to be vital and necessary to be investigated in specific societies and cultures. This study aims at identifying obstacles which leads to the lack of effective patient education.

**Material and Method:** The qualitative research approach (grounded theory) was used in this study and open-ended interviews and field observations were used to gather the data. Eighteen nurses, 4 cardiovascular specialists, 9 patients with cardiovascular disease and 4 family members were interviewed at two educational hospitals in Tehran. Interviews were taped, transcribed and analyzed using constant comparative analysis.

**Results:** More than 800 first level code, 26 categories, and three main variables were extracted as barriers to the effective patient education which are listed as follow: ineffective management, inappropriate organizational culture, and cultural obstructs. Each of these categories includes specific sub categories with specific features, functions, and conditions. Organizational culture played an important and central role in patient education.

**Conclusion:** Although intervening main factors such as those extracted in this study, namely management, organizational culture, and cultural factors are also considered as patient education barriers in different societies, their nature and functions of each of three factors are totally different in societies. Therefore, precise identification and definition of their situation in planning and improving patient education seems to be very necessary.

**Key words:** Patient Education \_ Coronary Heart disease \_ Nurse \_ Patient Relations \_ Coronary Care Unite

Received: 15 Apr, 2008

Accepted: 31 May, 2009

---

<sup>1</sup> Assistant Professor in Nursing, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Medicine, Tarbiat Modarress University, Tehran, Iran (\*Corresponding Author)  
Tel: 82471413                      E-mail:emohamadas@yahoo.com

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Professor, Member of Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Caridologist, Hospital of Shahid Rajaei, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Associate Professor, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran