

ادراک پرستاران از آموزش بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی: تحلیل محتوا

راضیه استکی^۱، غلامحسین محمودی‌راد^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: آموزش بیمار از اساسی‌ترین نقش‌های پرستار و عامل مهمی در ارتقای آگاهی و تغییر رفتارهای بهداشتی بیماری‌های مختلف به ویژه بیماری‌های عروق کرونر می‌باشد. این مطالعه با هدف، تبیین ادراک پرستاران از آموزش به بیمار در بخش CCU (Coronary care unit) بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند طراحی گردید.

روش: مطالعه حاضر به شیوه تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ۱۱ پرستار شاغل در بخش CCU با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه نیمه ساختاری عمیق صورت گرفت که با روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل گردید.

یافته‌ها: بعد از تحلیل محتوای داده‌ها، سه درون‌مایه «فرهنگ، بسترسازی و هماهنگی فرایند اجرایی آموزش بیمار با موقعیت» حاصل شد که هر کدام از این درون‌مایه‌ها دارای طبقات و زیرطبقاتی بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل شده، الگو گرفتن از برنامه‌ریزی آموزش بیمار نامتناسب با موقعیت کاری، منجر به آموزش بیمار به طور مؤثر نمی‌شود و با توجه به وظایف تعریف شده برای پرستاران موجب ابهام نقش می‌گردد؛ بنابراین ضروری است تا فرایند اجرایی آموزش بیمار هماهنگ با موقعیت هر جامعه‌ای طراحی گردد.

کلید واژه‌ها: آموزش بیمار، بیماری عروق کرونر، تحلیل محتوا، مطالعه کیفی

ارجاع: استکی راضیه، محمودی‌راد غلامحسین. ادراک پرستاران از آموزش بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی: تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۲): ۱۳۶-۱۲۶.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۴

بخش CCU (Coronary care unit) را تشکیل می‌دهند و در معرض احتمال بستری مجدد قرار دارند. بسیاری از موارد بستری مجدد، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی است. بیشتر عوامل خطر بیماری‌های قلبی با آگاهی مرتبط می‌باشد. یکی از ابزارهای اساسی در تغییر آگاهی و نگرش بیماران، آموزش بیمار می‌باشد (۴). آموزش بیماران از این جهت مهم است که افراد را برای مراقبت بهتر از خود توانمند می‌سازد و باعث می‌شود تصمیمات مربوط به تداوم مراقبت از خود را آگاهانه بگیرند.

مقدمه

بیماری ایسکمیک قلبی از جدی‌ترین مشکلات سلامتی جهان به شمار می‌رود و از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که در ایالات متحده آمریکا موجب بستری شدن افراد بالغ در بیمارستان می‌شود. میزان شیوع بیماری قلبی در ایران حدود ۸-۱۰ درصد می‌باشد. ۱۰۰۰ نفر اعلام شده است (۱، ۲). پیش‌بینی می‌شود این بیماری تا سال ۲۰۳۰، عامل مرگ ۲۳/۴ میلیون نفر در جهان خواهد شد (۳). این بیماران درصد زیادی از موارد پذیرش در

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲- استادیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: راضیه استکی

اجرا می‌شود و گاهی آموزش بیمار در CCU کمتر صورت می‌گیرد و ممکن است به بخش Post CCU موکول شود و از طرف دیگر به دلیل نبودن افراد صاحب تجربه در این زمینه، مطالعه حاضر به صورت کیفی و با هدف تبیین ادراک پرستاران از آموزش بیمار در بخش CCU انجام شد.

روش

این مطالعه با شیوه تحلیل محتوای قراردادی، به تبیین ادراک پرستاران از آموزش بیمار در بخش CCU در سال ۱۳۹۲ پرداخت. جامعه پژوهش، همه کارشناسان پرستاری شاغل در بخش CCU بودند. ملاک انتخاب مشارکت کنندگان، تجربه کاری بیش از دو سال در بخش CCU و تمایل به شرکت در تحقیق بود. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به گونه‌ای که داده جدیدی به دست نیامد (۱۳). پس از مصاحبه با ۹ مشارکت کننده، طبقات اولیه شکل گرفت که برای اطمینان بیشتر دو مصاحبه دیگر انجام شد، اما داده جدیدی به دست نیامد. بنابراین در مجموع با ۱۱ مشارکت کننده مصاحبه صورت گرفت. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته عمیق انفرادی انجام شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه و شفاهی از مشارکت کنندگان و توضیح اهداف مطالعه، مصاحبه‌های رو در رو در محل کار مشارکت کنندگان و زمان توافق شده انجام شد. مصاحبه‌ها با دستگاه ضبط دیجیتال ضبط گردید و زمان آن‌ها بین ۹۰-۳۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با سؤالاتی مانند «یک روز کاری خود را شرح دهید؟ و لطفاً آن چه که از آموزش بیمار درک کرده‌اید را بیان کنید؟» انجام گرفت. همچنین در طی انجام مصاحبه‌ها از مشارکت کنندگان خواسته شد برای توصیف پدیده‌های مطرح شده مثال یا مثال‌هایی ارائه کنند و یا این که دلایل پاسخ‌های خود را بیان دارند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد (۱۴). تحلیل محتوای قراردادی به معنی استخراج محتوای عینی بیش از آن چیزی است که در داده‌های متنی نوشته شده است که درون‌مایه‌ها و الگوهای آشکار و پنهان را از محتوای داده‌های مشارکت کنندگان ایجاد می‌کند (۱۵). برای رسیدن به غوطه‌وری در داده‌ها،

آموزش بیمار یکی از مهم‌ترین مراقبت‌های پرستاری است. همچنین طبق منشور حقوق بیمار، این حق بیمار است که از افراد مراقب در مورد تشخیص، نوع درمان و پیش‌آگهی بیماری، اطلاعات دقیق دریافت کند (۵).

آموزش بیمار باعث بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت، تسکین اضطراب بیمار و کاهش بروز عوارض بیماری می‌شود (۶). آموزش بیمار یک مداخله مراقبتی اثربخش است که می‌تواند به کاهش هزینه‌ها و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها کمک کند. به طور متوسط به ازای هر یک دلار که صرف آموزش به بیمار می‌شود، ۳-۴ دلار در هزینه‌های درمانی صرفه‌جویی می‌گردد (۸، ۷). با وجود فواید آموزش بیمار در قبال هزینه ناچیزش، این امر در مراکز بهداشتی-درمانی مورد کم‌توجهی قرار می‌گیرد (۹).

مطالعه Deccache و Aujoulat نشان داد که تنها ۲۰ درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری بودند، اظهار کردند که اطلاعات کافی دریافت نمودند؛ در حالی که ۲۰ درصد دیگر از اطلاعات دریافت شده راضی نبودند و ۶۰ درصد باقی‌مانده بر بهتر شدن آموزش‌ها تأکید داشتند (۱۰). علوی و همکاران، موانع نیروی انسانی، خدمات و امکانات بیمارستانی، در دسترس نبودن خدمات آموزشی، نگرش منفی پرسنل و کمبود همکاری پرستاران را به عنوان موانع آموزش بیمارانی بستری در بخش CCU معرفی نمودند (۱۱). حکمت‌پو و همکاران، عوامل مربوط به برنامه‌ریزی درسی و عملکرد دانشکده، سرفصل نامناسب درس «فرایند یادگیری و اصول آموزش به بیمار»، کم‌توجهی به شرایط بالینی، توجه نسبی به نیازهای آموزشی، فرهنگی، مدیریت آموزشی، نگرش افراد به آموزش مددجو را در ساختار و فرایند آموزش بیمار مؤثر می‌دانند (۱۲).

اشقلی فراهانی و همکاران، مدیریت ناکارآمد، فرهنگ سازمانی نامناسب و موانع فرهنگی را از موانع آموزش بیمارانی مبتلا به اختلالات ایسکمیک در بخش CCU معرفی نمودند (۹). نظر به این که مطالعات انجام شده در شرایط کاری مختلف، نتایج متفاوتی ارائه داده‌اند و از طرف دیگر، تجارب بالینی پژوهشگران حاکی از این است که در محیط‌های مختلف، آموزش بیمار با درجات مختلفی از کمیت و کیفیت

همچنین هر برنامه آموزش بیمار با فرهنگ افراد درگیر آن ارتباط مستقیم دارد. در مطالعه حاضر ادراک مشارکت کنندگان دلالت کننده این موضوع بود که فرهنگ عمومی و فرهنگ سازمان بر آموزش به بیمار تأثیر می‌گذارد.

۱-۱ فرهنگ عمومی

معیارهای حاکم بر روابط بین افراد و نگاه جامعه به حرفه پرستاری و پرستاران می‌تواند بر آموزش بیمار اثرگذار باشد. نگاه جامعه به پرستار: در صورتی که بیماران دیدگاه درستی از پرستار نداشته باشند و پرستاری را به عنوان یک حرفه علمی قبول نکنند، آموزش‌های پرستاران را نیز قبول ندارند؛ به طوری که پرستار شماره ۱۱ می‌گوید: «مردم پرستارو به عنوان فرد تحصیل کرده قبول ندارن... مثلاً من وقتی با مریضم حرف می‌زنم یا آموزش می‌دم منو با لقب خانم دکتر صدا می‌زنن، ولی وقتی می‌گم که من پرستار هستم مریضم می‌گه! فکر کردم شما دکترین، چون مردم پرستارو قبول ندارن (چون پرستارو ضعیف می‌دونن)». پرستار شماره ۸ بر این عقیده است که: «آموزش دادن ما هیچ وقت برا مریضم مهم نیست، ولی کسی که تزریقات رو بهتر براش انجام داده بیشتر توی ذهنش داره خب مریضم می‌گه که دیگه درد نداشتیم حالا آموزش دیده یا نه مهم نیست، ولی بیمار کار درمانیش رو مهم‌تر می‌دونه».

معیارهای ارتباطاتی پرستار با جامعه: معذوریت‌های پرستاران بالین در مورد برخی از موارد آموزشی از جمله آموزش مسایل جنسی به بیماران و همچنین برقراری ارتباط با بیمار به خصوص با مردان بیمار می‌باشد؛ به طوری که پرستار شماره ۱ بیان داشت: «ما نمی‌تونیم در مورد مسایل جنسی آموزش بدیم به خاطر این‌که خجالت می‌کشیم، ولی به نظرم اکثریت بیماران در این زمینه مشکل دارن... به نظرم آموزش این مسایل رو خانم به خانم آموزش بده یا این‌که ما به خانم بیماری آقا توضیح بدیم». پرستار شماره ۷: «من با بعضی بیماری‌ها چون آقا هستن نمی‌تونم ارتباط برقرار کنم و هنگام صحبت کردن یا توضیح دادن مسایل به آن‌ها معذب هستم».

۱-۲ فرهنگ سازمانی

ارزش‌ها و هنجارهای سازمان و ارتباطات بین فردی اعضا بر

پژوهشگران مصاحبه‌ها را چند نوبت گوش کردند و کلمه به کلمه دست‌نویس و تایپ نمودند و متن تایپ شده را بارها مورد بازنگری قرار دادند. سپس به منظور استخراج کدها، داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شد و کلمات برجسته متن مشخص و با یادداشت‌نویسی در حاشیه متن، کدگذاری صورت گرفت. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مشارکت کنندگان و برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها استفاده شد. با کدگذاری، واحدهای معنایی از میان گفته‌های مشارکت کنندگان استخراج گردید، سپس کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی و با مقایسه آن‌ها، طبقات اصلی حاصل شد.

مقبولیت داده‌ها با مرور صحت عبارات بیان شده توسط مشارکت کنندگان در دست نوشته‌ها، درگیری طولانی مدت با حضور مکرر در بخش CCU در شیفت‌های کاری مختلف و حسن برقراری ارتباط با مشارکت کنندگان و جلب اعتماد آن‌ها توسط پژوهشگر میسر گردید. قابلیت تأیید یافته‌ها با بازنگری ناظرین مشخص گردید؛ به این صورت که بخش‌هایی از متن مصاحبه‌ها و کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده برای سه ناظر که جریان تجزیه و تحلیل را بررسی نمودند، ارسال و از نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. اطمینان یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، قرار دادن متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده در اختیار برخی از مشارکت کنندگان فراهم گردید (۱۶، ۱۷).

یافته‌ها

تمام شرکت کنندگان مطالعه، زن (با توجه به این‌که تمام پرستاران بخش CCU زن بودند) و دارای مدرک کارشناسی پرستاری و در بخش CCU شاغل بودند. میانگین سن و سابقه کاری آنان به ترتیب $35/72 \pm 7/43$ و $12/90 \pm 8/36$ سال بود. نتایج حاصل شده شامل سه درون‌مایه اصلی «فرهنگ، بسترسازی و هماهنگی فرایند اجرای آموزش به بیمار با موقعیت» بود.

۱- فرهنگ

فرهنگ از عوامل اثرگذار بر آموزش به بیمار می‌باشد،

روند آموزش به بیمار تأثیرگذار است.

ارتباطات کاری بین پرسنل درمانی: نحوه ارتباط بین پرسنل مانند ارتباطات بین همکاران پرستاری و ارتباط پزشک با پرستار می‌باشد که چگونگی این ارتباطات در توسعه آموزش به بیمار اثرگذار است؛ پرستار شماره ۹ در این باره می‌گوید: «پزشکا ممکنه جلوی مریض پرستارو تحقیر کنن، مثلاً اگه پرستار هم اشتباهی می‌کنه به نظرم نباید جلوی مریض پزشک با پرستار دعوا کنه، حالا هر اشکالی که دارد حتی پرستارو توبیخ کنن و براش توضیح بدن، ولی یه جوری نباید باشه که جلوی مریض باشه؛ چون مریض اعتمادش به پرستارو از دست می‌ده و اون مریض حتی اگه ۱۰۰ سال دیگه هم بستری بشه با خودش می‌گه اون سال دکتر اون پرستاره‌رو دعواش کرد، خب حتماً یه کاری با من کرده... مثلاً دید بیمار نسبت به پرستار منفی می‌شه». پرستار شماره ۴: «من به عنوان سرپرستار یا پزشک باید پرستار بخش را تأیید کنم (مثلاً پزشک بگوید این خانم به شما آموزش می‌دهد) خوب بیمار حرف ما را بهتر قبول می‌کند، ولی پزشکی که خودش آموزش می‌دهد، دیگر بیمار پرستار را قبول نمی‌کند».

دیدگاه سیستم به آموزش بیمار: نقش انگیزه برای آموزش بیمار از طرف پرستار را می‌توان به عنوان عامل مهمی معرفی نمود که طبق بیانات، این انگیزه در پرستاران از طرف سازمان و مدیریت سازمان ایجاد می‌شود. پرستار شماره ۶ بیان داشت: «وقتی می‌بینن آموزش داده می‌شه فرقی قایل بشن (مثلاً برا مدیرا فرقی نمی‌کنه که برگه آموزش بیمار پر بشه یا نه) فرقی هم بین کسی که آموزش می‌ده و کسی که آموزش نمی‌ده وجود داشته باشه، مترون که دستش بازه می‌تونه تشویقی بذاره ولی تا حالا نداشته».

۲- بسترسازی

جهت اجرای هر فرایندی در ابتدا لازم است که مقدمات و بستر آن فراهم شود. پرستاران بیان کردند که اجرای هر گونه فرایندی بدون بسترسازی تأثیر مطلوبی ندارد؛ بنابراین ضروری است تا بسترهای آموزش به بیمار قبل از اجرای آموزش به بیمار فراهم گردد.

۱-۳ تأمین منابع

مشارکت کنندگان تأکید داشتند که به منظور ارایه بهتر آموزش به بیمار، ابتدا باید این منابع تأمین گردد. در واقع از دیدگاه پرستاران یکی از بسترهایی که باید برای اجرای آموزش به بیمار فراهم باشد، منابع موردنیاز جهت اجرای آموزش به بیمار می‌باشد.

ابزارهای آموزشی: اجرای فرایند آموزش به بیمار به طور مؤثر نیازمند یک سری وسایل کمک آموزشی مانند پمفلت، جزوه آموزشی، فیلم و تصاویر آموزشی می‌باشد که این‌ها جزء ابزارهای آموزشی چه به صورت نوشتاری، صوتی و تصویری می‌باشد. پرستار شماره ۴ بیان کرد: «ما تو بخشمون لازم داریم که پوستر رنگی داشته باشیم تا توجه مریضارو جلب کنه، ولی عملاً توی بخش CCU فقط یه برگه آموزش ترخیص هست که به صورت سیاه سفید و پر از نوشته است که توجه هیچ کسی‌رو جلب نمی‌کنه... در واقع ما باید برای بیمارایی که سخته قلبی کردند پمفلت آموزشی داشته باشیم و بهشون بدیم. همین طور ما امکانات تصویری مثل عکس و فیلم آموزشی نداریم تا بتونیم بهتر به مریضامون آموزش بدیم». همچنین در زمینه امکانات آموزشی در بخش، پرستار شماره ۵ این ضرب‌المثل را بیان داشت: «ما پرستارا هنگام آموزش به بیمار مثل رستم بی‌اسلحه هستیم».

فضای آموزشی: داشتن فضای مناسب جهت آموزش بیمار در چگونگی ارایه آموزش‌ها و نتایج آن اثرگذار است. پرستار شماره ۳ می‌گوید: «توی بخش CCU جایی‌رو نداریم که بتونیم به مریض آموزش بدیم، حتی اتاق برای آموزش دانشجویان نداریم... تنها جایی که می‌تونیم با مریض صحبت کنیم بالای سر مریض هستش، فضای بخش ما طوریه که تخت‌هارو با پرده جدا کرده و اتاقی نیست که مریض‌ها اتاق داشته باشن. همین که اگه هم بخوایم چیزی‌رو براشون آموزش بدیم، خواب یا آرامش مریض کناریشو به هم می‌زنه». پرستار شماره ۴ معتقد است که: «اگر آموزش (قسمت سمعی-بصری بیمارستان) همکاری کنه و ساعت خاصی ویدئو و اتاق کنفرانس‌رو به ما بده که مریضایی که حالشون بهتر شده و می‌شه بهشون آموزش دادرو اون‌جا ببریم و بهشون آموزش

بالین را فراهم آورد.

شکاف بین دروس تئوری و بالین: چگونگی تدریس دروس تئوری در دانشگاه‌ها در اجرای آموزش بیمار در بالین بسیار اثرگذار است. در این رابطه سه پرستار بیان کردند که: «مثلاً استادان دانشگاه برای ما Case (به بیمار) تعیین می‌کردن و از ما می‌خواستن که وقتی مشکلات مریض رو به دست آوردیم بعدش آموزش بدیم به طور مثال طریقه تغییر پوزیشن، بهداشت دهان و دندان و ماساژ، ولی توی بالین و بخش‌ها این روش عملی نیست؛ چون با این رنج پرسنل که تو هر شیفت هست کار پرستار دیگه وظیفه‌ای و روتین می‌شه و دیگه بیماری (به بیمار مخصوص) نیست... خب این طوری نمی‌شه آموخته‌های دانشگاه‌رو تو بخش اجرا کنیم».

آموزش در محیط بالین: دوران کارآموزی دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی نقش بسیار مهمی در یادگیری آنان دارد. پرستار شماره ۸ می‌گوید: «تو دوران دانشجویی مربیان همیشه از ما انتظار داشتن که قطرات سرم رو تنظیم کنیم یا این‌که بتونیم به تزریقات خوب انجام بدیم، کلاً مبحث ارتباط با بیمار اهمیت نداشته! استاد باید تو دانشجویهاش انگیزه ایجاد کنه، مثلاً به دانشجویش بگه وقتی با مریض صحبت می‌کنی، مریض درد و دل می‌کنه و این‌که وقتی مریض حس کنه یه نفر اونو درک می‌کنه، مریض اطلاعات بیشتری در مورد سابقه بیماریش به پرستار می‌ده و اعتمادش بیشتر می‌شه... وقتی که ارتباط بیشتری با مریض برقرار بشه، مریض رو بیشتر می‌شناسی و این تو روحیه مریض و روند درمان او تأثیر مثبت داره».

۳- هم‌هنگی فرایند اجرای آموزش بیمار با موقعیت

پرستاران باید در همه مراحل اجرای آموزش به بیمار، امکانات و محیط کاری را در نظر داشته باشند و گام‌های فرایند را بر این اساس اجرا نمایند.

۱-۳ بررسی

برای اجرای فرایند اجرای آموزش به بیمار، قدم اول بررسی است. باید روحیات و وضعیت جسمانی و نیازهای آموزشی بیمار را شناخته شود؛ چرا که این عوامل در محیط کار و

بدیم، چون ما توی بخش یه کلاس یا یه اتاق کوچک هم نداریم که بتونیم برا مریضایی که در حال ترخیص هستن یا این‌که وضعیتشون طبیعی شده، آموزش بدیم».

۲-۲ آموزش ضمن خدمت

از عواملی که در بسترسازی آموزش به بیمار نقش مهمی دارد، مهارت‌ها و آموزش‌هایی است که پرستاران در طی دوران کاری خود به دست می‌آورند.

مهارت در کسب و انتقال دانش مرتبط با بیماری‌ها: برای آموزش بیمار لازم است که پرستار ابتدا خودش در مورد بیماری‌ها دانش و تسلط کافی داشته باشد. پرستار شماره ۸ در این باره گفت: «من بعضی اطلاعات رو در مورد آنژیوگرافی برا مریضا توضیح می‌دم، ولی ما خودمون تا حالا آنژیو ندیدیم و به صورت ذهنی آموزش می‌دیم. ما وقتی می‌خواهیم به مریض آموزش بدیم انگار داریم از اطلاعات خودمون توضیح می‌دیم و در مورد اون مطلب اطلاعات دقیق و علمی نداریم». پرستار شماره ۷ می‌گوید: «پزشکا در مورد تصمیم روند بیماری بهتر می‌دانند. وقتی مریض یک مشکل دارد پزشک می‌دونه که امروز می‌خواهد این کار را بکنه فردا می‌خواد این کار را بکنه یا فردا مرخص می‌کنه یا نمی‌کنه، ولی من نمی‌دونم واقعاً مریض برادی‌کارد با این ضربان قلب کم به پیس نیاز دارد یا نه؟».

اطلاع از اصول آموزش بیمار: اطلاع از چگونگی آموزش مطالب به بیماران و روش‌ها و اصول آموزش به بیمار بسیار مهم می‌باشد و نقش مهمی را در بسترسازی آموزش به بیمار ایفا می‌نماید؛ به طوری که پرستار شماره ۳ عنوان کرد: «ما تجربه و علم در مورد بیماری‌ها، داروها و عوارض بیماری داریم، ولی این‌که این مطالب رو چه طوری آموزش بدیم رو نمی‌دونیم؛ مثلاً این‌که اول چی بگیم؟ مثلاً اگه در مورد هر موضوع یا بیماری یه پمفلت برا خودمون داشته باشیم، من بخونم و برا بیمارم توضیح بدم و حتی براش یادداشت کنم».

۳-۲ آموزش دانشگاهی

دانشکده‌ها در اجرای آموزش بیمار نقش اساسی دارند؛ به نحوی که می‌تواند سبب کاهش فاصله بین تئوری و عمل در محیط بالینی شود، همچنین موجبات اجرای این مراقبت در

فرهنگ‌های گوناگون متفاوت می‌باشد.

شناخت وضعیت جسمی و روحی بیماران: بیماران که در بخش مراقبت ویژه قلبی بستری می‌شوند، حساس هستند و شناخت روحیات و وضعیت جسمی آنان در چگونگی آموزش به آنان نقش مهمی دارد و پرستاران باید از وضعیت بیمار خود شناخت کافی داشته باشند تا بتوانند آموزش مطلوب را ارائه دهند. پرستار شماره ۷ اظهار داشت: «مريضی که توجه ندارن، یه کم مشکل شنوایی دارن (اینجا توی CCU نمی‌تونیم بلند بلند صحبت کنیم) یا مثلاً مريضی که پیر هستن و آلزایمر دارن نمی‌شه بهشون آموزش داد» و یا پرستار شماره ۸ بیان کرد: «مريض باید موقعیتش را داشته باشد، وقتی مريض خواب آلوده یا درد داره حوصله نداره یا همون موقع همراهی را بیرون کردیم و ناراحت و عصبی است هر چی هم آموزش بدهیم گوش نمی‌کند».

شناخت نیازهای آموزشی بیماران: پرستار باید ابتدا نیازهای آموزشی بیماران را شناسایی نماید و بر اساس آن، برنامه‌های آموزش به بیمار را تدوین نماید که این نیازها در محیط کاری و با توجه به فرهنگ هر بیمار متفاوت است. پرستار شماره ۶ در این راستا بیان داشت که: «پرستار باید بر اساس بیمار مشخص کند و بر حسب نیازهای بیمار تعیین کند که چه چیزی لازم است، باز به تحصیلات بیمار بستگی دارد. فرهنگ خود بیمار و سواد روی آموزش و نیازهای آموزشی بیمار تأثیرگذار است. مثلاً مريض روستایی با مريض شهری فرق دارد. ممکن است بیمار کارمند باشد یا توی فامیل سابقه بیماری داشته باشد. مثلاً در کل آگاهی‌اش بیشتره، ولی مريض روستایی ۶۰ یا ۷۰ ساله خیلی هم براش مهم نیست و خیلی هم حرف مارو متوجه نمی‌شه».

شناخت محیط و امکانات آموزشی: پرستاران باید بدانند که برای آموزش به بیمار به چه پمفلت‌ها و چه وسایل آموزشی دیگری نیاز دارند تا بتوانند به خوبی از آن‌ها جهت آموزش به بیمار استفاده نمایند. پرستار شماره ۹ در این باره گفت: «ما اگه بخوایم توی بخشمون به مريض آموزش تصویری بدیم یا مثلاً براشون یه کلیپ آموزشی در مورد رژیم غذایی بیماران قلبی بذاریم، اولاً ما در مورد چگونگی به دست

آوردن کلیپ اطلاعی نداریم، دوماً و مهم‌تر از همه ما نمی‌دونیم چه طوری با کامپیوتر کار کنیم. مثلاً برای بخش ما یه لپ‌تاپ آورده بودن برا آموزش، ولی پرستاری ما نمی‌تونستن باهاش کار کنن».

۳-۳ برنامه‌ریزی متناسب با موقعیت

برنامه‌ریزی آموزش بیمار تحت تأثیر موقعیت و شناختی است که در مرحله قبل از امکانات و بیماری چه از نظر جسمی و روحی و نیازهایش به دست می‌آید.

انسجام برنامه آموزش بیمار: برنامه آموزش به بیمار نیازمند انسجام و پیوستگی است و باید طبق برنامه محیط کاری باشد تا بتواند به خوبی اجرا شود و اثرات آموزشی مطلوبی داشته باشد. پرستار شماره ۳ اظهار کرد: «همه ما پرستارها یه چیزایی برا بیمار توضیح می‌دیم، ولی این‌که دقیق باشه نیست. برنامه‌ریزی نشده روز اولی که مريض می‌آید چی توضیح بدهیم. روز دوم چی توضیح بدهیم من امروز این موضوع را آموزش دادم، بعد از ظهر شما ازش بپرسید که در واقع بازخورد چی بوده. اصلاً برای ما برنامه‌ریزی نشده که ما بخوایم دقیقاً آموزش دهیم». در این رابطه، پرستار شماره ۴ این‌گونه بیان کرد که: «گر آموزش به بیمار یه چیز حساب شده و برنامه‌ریزی شده‌ای باشه و همه یه حرف بزیم، مريض قبول می‌کنه».

قانون‌مندی برنامه آموزش بیمار: هر برنامه‌ای نیاز به قانون دارد و این قانون باید طبق امکانات و شرایط هر جامعه صورت گیرد تا آموزش به بیمار طبق برنامه اجرا شود. پرستار شماره ۱۱ گفت: «قانون آموزش بیمار خوبه، ولی اجرا نمی‌شه. این فرایند با فرهنگ و محیط کاری کشورهای بیگانه طراحی شده، الگوهای خارجی را به فرهنگ کشور ما تبدیل نمی‌کنن... چه طور برا انجام یه تحقیق پرسش‌نامه‌رو روا و پایا می‌کنن، ولی یه فرایندرو فقط الگو می‌گیرن».

۳-۳ اجرای آموزش بیمار متناسب با امکانات و شرایط محیطی

اجرای آموزش بیمار باید متناسب با امکانات و شرایط کاری در هر بخش باشد. این عوامل در مطالعه حاضر به عنوان اجرای آموزش به بیمار متناسب با امکانات و شرایط محیطی در نظر گرفته شد.

می‌دونین الآن باید چی کار کنین؟) اگر مریض اشتباه جواب دهد (از یک مریض تنها سؤال نمی‌کنم می‌روم و از چند مورد دیگه هم می‌پرسم)، چون همه اشتباه جواب نمی‌دن... ممکنه مریض درک نکرده پس لازمه که من به همراه مریض آموزش بدم».

بازخورد نتایج ارزشیابی به پرستار: روش ارزیابی آموزش بیمار می‌تواند در بهبود فرایند آموزش به بیمار تأثیرگذار باشد. بیشتر مشارکت کنندگان گفتند که بعد از اجرای آموزش باید ارزشیابی انجام شود که آیا آموزش به بیمار مؤثر بوده است یا نه؟ تا با توجه به میزان تأثیرپذیری آموزش به بیمار بازخورد مناسب ارایه گردد و در برنامه‌ریزی‌های بعدی مؤثر واقع شود. پرستار شماره ۶ بیان کرد: «ما وقتی برگه‌رو پر می‌کنیم از بیمار تلفن می‌گیریم، ولی مریضا فراموش می‌کنن یا ممکنه که ما به همراه آموزش دادیم و همراه دیگری تلفن‌رو جواب بده (همراه به همراه بعدی منتقل نمی‌کنه) ما زنگ نمی‌زنیم، فرد دیگری (از قسمت حاکمیت بالینی) زنگ می‌زنه و در مورد آموزش سؤال می‌کنه (می‌پرسه که بهت آموزش دادن یا نه؟) ارزیابی آموزش به بیمار انجام بشه بهتره که ببینیم چه قدر مؤثر بوده یا نه؟ دیگه از بیمار بپرسیم که الآن اطلاعات بخش‌رو می‌دونه. اگه موقع ارزیابی متوجه شدیم که مریض اطلاعات نداره، باید بررسی بشه که آیا آموزش داده نشده یا این‌که مریض درک نکرده».

بحث

مطالعه حاضر، ادراک پرستاران شاغل در بخش CCU از آموزش بیمار را تبیین نمود. یکی از موارد فرهنگی به دست آمده، معذوریت‌های پرستاران در مورد آموزش مسایل جنسی است. بیشتر مشارکت کنندگان می‌دانستند که بیماری عروق کرونر بر عملکرد جنسی فرد تأثیر می‌گذارد، ولی معذوریت در برقراری ارتباط آموزشی با بیمار به خصوص با جنس مخالف، موجب شده بود که آن‌ها در این زمینه به بیماران خود آموزش ندهند. اشقلی فراهانی و همکاران، آموزش مسایل جنسی را به عنوان یک چالش فرهنگی پیش روی پرستاران معرفی نمودند (۹). نگرش منفی نسبت به جنبه‌های جنسی می‌تواند

اجرای هماهنگ آموزش بیمار: برای اجرای هرچه بهتر آموزش بیمار، ضروری است تا آموزش طبق برنامه از قبل نوشته شده اجرا شود تا از سردرگمی پرستاران جلوگیری کند. پرستار شماره ۳ اظهار داشت: «بازخورد آموزش‌رو همکارم تو شیفت بعدی بررسی کنه، مثلاً ممکنه بیمار بگه برا من هیچی نگفتن، اینارو برام نگفتن. اینا چیه که دارید می‌گین؟ ولی در واقع برا بیمار قبلاً توضیح داده شده ولی نه این‌که نخواد گوش کنه، بلکه به خاطر شرایط روحی نامناسب حواسش نبوده... این‌جا من به همراه توضیح دادم ولی این همراه مطالب‌رو به همراه دیگری منتقل نمی‌کنه، فردا که از اون همراه می‌پرسن چی بهت آموزش دادن، همراه می‌گه که من چیزی نگفتن. در واقع ما چیزای ضروری مثل رژیم غذایی‌رو توضیح دادیم، ولی این همراه می‌ره و به همراه بعدی منتقل نمی‌کنه و پرستارا هم مطالب‌رو دوباره تکرار نمی‌کنن».

مستندسازی: با توجه به موقعیت قانونی بیمارستان، ضروری است تا فرم مخصوص ثبت آموزش به بیمار داشت و این‌که فرم هر بخش و هر محیط کاری متفاوت می‌باشد. پرستار شماره ۳ بیان کرد: «آموزش‌هایی که ما می‌دیم توی گزارش پرستاری نوشته نمی‌شه، اما اگه آموزش به بیمار ثبت بشه خوبه، مستندسازی خوبه، وقتی که توضیح می‌دیم ثبتم بکنیم، می‌شه توی گزارش پرستاری هم نوشته بشه. برگه‌های ثبت آموزش الآن خیلی کلیه، مثلاً قسمتی که نوشته در مورد قوانین بیمارستان توضیح داده شد، من نمی‌دونم چی توضیح بدم. دقیقاً اون چیزی‌رو که از ما می‌خوان مشخص نشده».

۳-۴ ارزشیابی

ارزشیابی آموزش به بیمار بخش مهمی از فرایند اجرای آموزش به بیمار می‌باشد که باید متناسب با موقعیت کاری باشد. شاخص‌های ارزشیابی: برای این‌که فرایند اجرایی آموزش به بیمار به درستی انجام شود و نتایج مطلوبی داشته باشد، ضروری است تا شاخص‌های ارزشیابی برای این برنامه تعریف گردد. پرستار شماره ۷ این‌گونه اظهار داشت: «اگر برنامه آموزش به بیمار ارزشیابی بشه بهتره (از مریض بپرسیم مثلاً از مریض می‌پرسیدیم که شما می‌دونین مشکلتون چیه؟ یا

واقع با در نظر گرفتن عواملی که در درون مایه بسترسازی وجود دارد، می‌توان شرایط بهتری برای بهبود و توسعه آموزش به بیمار را فراهم نمود. در مطالعه حاضر امکانات موجود بیمارستان مثل وسایل کمک آموزشی به عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر بستر آموزش به بیمار معرفی شده است. یکی دیگر از ابعاد بسترسازی که نقش مهمی در ارایه آموزش بیمار دارد، مهارت و اطلاعات علمی پرستاران و نقش دانشکده‌های پرستاری می‌باشد؛ چرا که دانشکده‌ها نقش بسیار اساسی در فرایند آموزش به بیمار دارند و می‌توانند سبب کاهش فاصله تئوری و عمل در محیط بالین شوند.

یکی دیگر از درون‌مایه‌های به دست آمده مطالعه حاضر، هماهنگی فرایند اجرای آموزش بیمار با موقعیت می‌باشد. نکته جالب و جدیدی که از مطالعه حاضر به دست آمد، همگن کردن و بومی‌سازی فرایند آموزش به بیمار با فرهنگ جامعه و هماهنگی آن با شرایط کاری هر سازمان می‌باشد. نتایج مطالعه Taklam نشان داد که پرستاران وضعیت اجرای آموزش بیمار را به ترتیب شامل اولویت در ابعاد «اجرا، بررسی نیاز بیمار، برنامه‌ریزی و ارزشیابی آموزش بیمار» می‌دانستند؛ این در حالی است که اجرای آموزش بیمار بدون بررسی نیاز بیمار، برنامه‌ریزی و ارزشیابی مؤثر نخواهد بود و اعمال همه این اجزا جهت توسعه آموزش بیمار ضروری می‌باشد (۲۳).

یکی دیگر از مواردی که توسط نمونه‌های پژوهش بیان شد، شرایط نامناسب جسمی و روحی بیماران و خدشه در آموزش‌پذیری بیماران بود. Klein-Fedyshin و همکاران بیان داشتند که بیماران پس از اعمال جراحی ممکن است گیج، دردمند یا بسیار ضعیف باشند. مطالعه آنان نشان داد که آموزش بیمار باید بر اساس نیازهای وی ارایه شود نه آن‌چه که مراقبین بهداشتی مهم قلمداد می‌کنند (۲۴). مطالعه حکمت‌پو و همکاران نشان داد که بیماران ۸۰ درصد آن‌چه پزشکان به آنان گفته‌اند را فراموش می‌کنند و به طور تقریبی ۵۰ درصد اطلاعاتی را که به یاد می‌آورند، صحیح نیست؛ بنابراین هرچه خانواده و بیمار راجع به مراقبت‌های پس از اعمال جراحی اطلاعات بیشتری کسب نمایند، می‌توانند روی بهبودی بیمارشان تأثیر مثبتی داشته باشد (۱۲). در بسیاری

زمینه فرهنگی و اجتماعی داشته باشد (۱۸). مطالعات نشان داد که فرهنگ در هر جامعه‌ای بر روند آموزش بیمار اثرگذار است، اما ماهیت و اثر آن‌ها با توجه به باورها و اعتقادات و شرایط اجتماعی هر کشوری متفاوت خواهد بود (۱۹)؛ بنابراین به منظور ارایه آموزش متناسب با شرایط بیمار و خانواده‌اش و جلوگیری از وقوع سوء ارتباط‌های مخرب، ضروری است. پرستاران باورهای فرهنگی و ارتباطی بیماران را بشناسند و به آن‌ها احترام بگذارند و بر اساس آن‌ها مداخله‌های مراقبتی را انجام دهند.

بسترسازی، درون‌مایه دیگری بود که از ادراک مشارکت کنندگان به دست آمد. این درون‌مایه دارای طبقات «تأمین منابع، مهارت‌های پرستاران و آموزش‌های کلاسیک و دانشگاهی» می‌باشد. مطالعه واحدیان عظیمی و همکاران، کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار را سومین اولویت مانع آموزش به بیمار بیان نمود. افراد شرکت کننده در مطالعه واحدیان عظیمی و همکاران به نقش آموزش رسمی دانشکده‌ای در اجرای آموزش به مددجو اشاره نکردند، اما اولین اولویت در موانع آموزش به بیمار کافی نبودن اطلاعات علمی پرستار بیان شد (۲۰). باید خاطر نشان نمود که کافی نبودن بنیه علمی پرستاران به طور مستقیم می‌تواند به آموزش دانشکده‌ها برگردد (۲۱). Kavanagh و همکاران فاصله بین تولید دانش بالینی و استفاده واقعی از آن در عملکرد پرستاری را از مهم‌ترین معضلات حرفه پرستاری می‌دانند که باید مسؤولیت آن توسط متولیان حرکت انتقال دانش به سمت عملکرد پذیرفته شود (۲۲). حکمت‌پو و همکاران بیان کردند که مشکل اصلی عدم اجرای آموزش به بیمار در محیط‌های بالینی، اول به دانشکده‌ها برمی‌گردد و تا زمانی که دانشجوی پرستاری به همین صورت تربیت شود، مشکل دارد؛ چرا که آموزش بسیار سطحی انجام می‌شود و دانشجوی و مربی از نزدیک شدن به بیمار و انجام کار عملی واهمه دارند (۱۲).

درون‌مایه بسترسازی به صورت جامع، بسترهای لازم برای آموزش بیمار چه از نظر فراهم‌سازی منابع، امکانات، مهارت‌ها و توانمندی پرستاران و آموزش در دانشکده را دربرمی‌گیرد؛ در

و هماهنگ نمود؛ بنابراین ضروری است تا به ابعاد به دست آمده از این درون‌مایه توجه ویژه نمود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل شده، الگو گرفتن از برنامه‌ریزی و فرایندهای آموزش بیمار بدون توجه به موقعیت و شرایط جامعه، منجر به آموزش غیر مؤثر بیمار می‌شود و با توجه به وظایف تعریف شده برای پرستاران، موجب ابهام نقش می‌گردد؛ بنابراین ضروری است تا فرایند اجرایی آموزش بیمار هماهنگ با شرایط فرهنگی هر جامعه‌ای بومی‌سازی شود تا قابلیت اجرایی آن برای پرستاران تسهیل گردد. همچنین ضروری است تا دانشکده‌های پرستاری و مامایی و بیمارستان‌ها برای بسترسازی آموزش بیمار تلاش نمایند و این آموزش‌ها را در طی دوران تحصیل برای دانشجویان نهادینه کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مسؤولین دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و مسؤولین بخش CCU برای مجوز ورود به عرصه، همچنین از مشارکت کنندگان گرامی در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

از مطالعات، مراحل اجرایی آموزش به بیمار توضیح داده نشده است و مورد بررسی قرار نگرفته‌اند که شاید علت این باشد که آموزش بیمار به صورت فرایند سیستماتیکی که دارای مراحل باشد، بررسی نمی‌شود (۲۵).

بر اساس ادراک مشارکت کنندگان، ضروری است تا آموزش بیمار طبق برنامه‌ریزی اجرا شود و در صورتی که برنامه‌ریزی دقیقی تدوین نشده باشد، آموزش بیمار اثرات مطلوبی نخواهد داشت؛ همچنین پرستاران متذکر شدند که این برنامه باید متناسب با موقعیت، در هر بخش تدوین گردد. نوحی (به نقل از طلوعی و همکاران) در این زمینه می‌نویسد: فقط ۲۶/۷ درصد پرستاران، آموزش بیمار را بر اساس فرایند آموزش بیمار اجرا می‌کنند که عملکرد آن‌ها در این زمینه در سطح مطلوبی نیست (۲۶). در بسیاری از مطالعات فرایند آموزش بیمار توضیح داده نشده و مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۵). زمان‌زاده و همکاران بیان کردند که آموزش بیمار در حیطه «برنامه‌ریزی آموزشی و اجرای آموزش بیمار» در سطح متوسط قرار دارد، ولی حیطه «ارزشیابی آموزش بیمار» در سطح متوسط انجام می‌شود (۲۷). اگر بخواهیم کیفیت آموزش به بیمار را بالا ببریم، ضروری است تا فرایند اجرایی آموزش به بیمار را با امکانات و موقعیت محیط کاری متناسب

References

1. Imanipour M, Bassampour S, Haghani H. Relationship between Preventive Behaviors and Knowledge Regarding Cardiovascular Diseases. *Hayat* 2009; 14(2): 41-9. [In Persian].
2. MacLean DR, Chockalingam A, Canadian Cardiovascular Society. The global burden of cardiovascular diseases. *Canadian Journal of Cardiology* 1999; 15: 17G-19G.
3. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaili H. Factors Affecting the Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. *Iran J Nurs* 2009; 22(57): 31-41. [In Persian].
4. Shidfar Mr, Hosseini M, Shojaeizadeh D, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Effectiveness of an Educational Program on Knowledge and Attitudes of Angina Patients in Mashhad, Iran: Results of an Intervention. *J Birjand Univ Med Sci* 2007; 14(1): 18-26. [In Persian].
5. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P, Karch AK. *Fundamentals of Nursing: The Art of Science of Nursing Care*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
6. Mardanian L, Salahshorian A, Mohammad Alayha J, Hosseini F. Nurses' Perception of Patient Teaching, Enhancing and Inhibiting. *Iran J Nurs* 2005; 17(40): 18-27. [In Persian].
7. Mardanihamouleh M, Shahraki A, Rouzitalab M. Compare the importance and performance of patient education services in the view point of nurses and patients. *J Jahrom Univ Med Sci* 2011; 8(4): 49-55. [In Persian].
8. Nabavi F, Vanaki Z. Barriers to Patient Education and ranking nurses. *Journal of Nursing and Midwifery, Kerman* 2006; 6(1-2): 47-52. [In Persian].
9. Ashghali-Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. Obstacles of Patient Education in CCU and Post CCU: A Grounded Theory Study. *Iran J Nurs* 2009; 22(58): 55-73. [In Persian].

10. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns* 2001; 44(1): 7-14.
11. Alavi M, Irajpour A, Giles T, Rabiei K, Sarrafzadegan N. Barriers to education in cardiac rehabilitation within an Iranian society: a qualitative descriptive study. *Contemp Nurse* 2013; 44(2): 204-14. [In Persian].
12. Hekmatpou D, Anoosheh M, Alhani F. Pathology of Patient Education: A Qualitative Study. *Iran J Nurs* 2007; 20(49): 51-60. [In Persian].
13. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
14. Tezak B, Chan A. Nurturing the seeds of learning: a professional development initiative for hospital-based nurse educators. *J Nurses Staff Dev* 2005; 21(3): 110-4.
15. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23(4): 334-40.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
17. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
18. Pouraboli B, Azzizadeh Foruzi M, Mohammad Alizade S. Knowledge and attitudes of nurses in sexual activity and educate it to patients with myocardial infarction and their spouses. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 2(4): 5-6.
19. Tromp F, Dulmen S, Weert J. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs* 2004; 47(2): 212-22.
20. Vahedian Azimi A, Payami Bosari M, Gohari Moghaddam K. A Survey on Nurses Clinical Problems in Patient Education. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(4): 295-305. [In Persian].
21. Vahedian Azimi A, Alhani F, Hedayat K. Barriers and Facilitators of Patient's Education: Nurses' Perspectives. *Iran J Med Educ* 2012; 11(6): 620-34. [In Persian].
22. Kavanagh D, Connolly P, Cohen J. Promoting evidence-based practice: implementing the American Stroke Association's acute stroke program. *J Nurs Care Qual* 2006; 21(2): 135-42.
23. Taklam B. The nurses role as patient educator bangkok netropolitan administration; thailand. [Thesis]. Ann Arbor, MI: Uuniversity of Michigan; 1991.
24. Klein-Fedyshin M, Burda ML, Epstein BA, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. *J Med Libr Assoc* 2005; 93(4): 440-5.
25. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44(4): 810-9.
26. Toloei M, Dehghan Nayeri N, Faghihzadeh S, Sadooghi Asl A. The nurses' motivating factors in relation to patient training. *Hayat* 2006; 12(2): 43-52. [In Persian].
27. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Mohajjel Aghdam A, Reza Gholifam A. Actual Patient Education: Nurse's Perception of Tabriz Teaching Hospitals. *Nursing and Midwifery Journal* 2010; 5(19): 39-46. [In Persian].

Nurses' Perception of Patient Education in Critical Care Units: A Content Analysis

Razieh Esteki¹, Gholamhossein Mahmoudirad²

Original Article

Abstract

Introduction: Patient education is the most fundamental role of nurses and an important factor in raising awareness and changing health behaviors toward various diseases, particularly coronary artery diseases. This study aims to define nurses' perception of patient education in the CCU ward of Valiasr Hospital, Birjand, Iran.

Method: This was a qualitative study performed in 2011. In the present study, 11 nurses of CCU wards were recruited by purposeful sampling. Data were collected through semi-structured interviews, and were analyzed using content analysis.

Results: Three themes have emerged including culture, knowledge of the patient's background, and education process suited to patients' culture and society. Each theme has some subcategories.

Conclusion: According to the results, it is necessary to design the patient education process based on culture and conditions of the patients' community in order for that process to be effective.

Keywords: Patient education, Coronary heart disease, Content analysis, Qualitative study

Citation: Esteki R, Mahmoudirad Gh. Nurses' Perception of Patient Education in Critical Care Units: A Content Analysis. J Qual Res Health Sci 2014; 3(2): 126-36.

Received date: 13.04.2014

Accept date: 02.06.2014

1- MSc Student, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Corresponding Author: Razieh Esteki, Email: raesteki@gmail.com