

## بررسی مشکلات پرستاران بالینی در زمینه آموزش به بیمار

امیر واحدیان عظیمی<sup>۱</sup>، میترا پیامی بوساری<sup>۲</sup>، کیوان گوهری مقدم<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۱۱/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۱/۲۰

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** آموزش به بیمار یکی از اساسی‌ترین نقش‌های هر پرستار بوده که می‌تواند در پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌ها تاثیر بسزایی داشته باشد. در این راستا شناخت موانع و مرتفع نمودن آن‌ها می‌تواند تاثیر بسیار زیادی در اثر بخش بودن آن داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات پرستاران بالینی در زمینه آموزش به بیمار انجام شده است.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی توصیفی تحلیلی بوده که بر روی ۱۴۵ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از یک ابزار دو قسمتی شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه ۱۶ گزینه‌ای مشکلات پرستاران بالینی در زمینه آموزش به بیمار استفاده شده است.

**یافته‌ها:** در این پژوهش گزینه‌های نبود پرستار مخصوص آموزش به بیمار، ناهماهنگی فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار و گزینه کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار به‌عنوان اولین تا سومین مانع شناخته شدند.

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که مهم‌ترین مانع آموزش به بیمار نبود پرستار مخصوص آموزش به بیمار است. بدین منظور لازم است تا مسئولین به‌منظور مرتفع نمودن آن برنامه‌ریزی نموده و بر حسب نیاز مراکزشان به استخدام فرد یا افرادی در این زمینه همت گمارند.

**کلید واژه‌ها:** مشکلات پرستاران بالینی، اولویت موانع آموزش به بیمار، پرستاران

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۳، مهر و آبان ۱۳۹۰، ص ۳۰۵-۲۹۵

آدرس مکاتبه: زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی زنجان، تلفن: ۰۹۱۹۶۰۱۷۱۳۸ و ۰۲۴۱۷۲۷۲۵۱۳-۱۴

Email: vahedian63@zums.ac.ir

### مقدمه

کننده اطلاعات بهداشتی مربوط به تشخیص و درمان، فعالیت‌های خود مراقبتی مربوط به تشخیص و درمان، داروها و عوارض جانبی و موضوعاتی از قبیل توقف سیگار، منابع قابل دسترس در جامعه و... برای بیمار و یا خانواده بیمار می‌باشد، آموزش به بیمار گویند. لازم به ذکر است که برخی معتقدند آموزش به بیمار شامل این موارد می‌شود ولی محدود به این‌ها نیست (۲).

انسان در هر موقعیتی تلاش می‌کند تا با فراگیری دانش و مهارت‌های خاص توانایی خود را برای سازش با موقعیت جدید افزایش دهد. بیماری و بستری شدن در بیمارستان از مواردی است که نیاز به کمک و آموزش افزایش یافته و در همین رابطه مفهوم آموزش به بیمار شکل می‌گیرد (۱). بسیاری از صاحب نظران آموزش به بیمار را این‌گونه تعریف نموده‌اند " هرگونه ارتباطی از سوی پرستار که فراهم

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی و جراحی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی زنجان

<sup>۳</sup> استادیار گروه داخلی، فوق تخصص بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

در این راستا کمک به مددجویان برای دستیابی یا بازیافتن استقلال در امر مراقبت از خود از مهم‌ترین اهداف تیم درمانی بوده (۱۳)، نه تنها آموزش به مددجویان (در وضعیت سلامت و بیماری) بلکه به سایرین و خانواده‌های آنان نیز یکی از مسؤولیت‌های اساسی اعضای تیم درمانی و به‌ویژه پرستاران شناخته شده است. بنابراین احتمالاً عواملی دیگری برای عدم اجرای مناسب آموزش به بیمار وجود داشته که در نظر گرفته نشده است. تجارب عینی پژوهشگران و واقعیت‌های موجود در بسیاری از مراکز بهداشتی و درمانی و مطالعات و منابع مرتبط موجود بیانگر کمبود در این زمینه بوده، بررسی نیاز موجود بیماران و مددجویان از جمله بهترین راهکارهای پاسخ به کفایت یا عدم کفایت آموزش‌های داده شده به مددجویان و هرگونه برنامه‌ریزی و اقدام لازم در این زمینه خواهد بود. بنابر مطالب فوق، تحقیق حاضر با هدف بررسی مشکلات پرستاران بالینی در زمینه آموزش به بیمار در یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در نیمه دوم سال ۱۳۸۸ انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی توصیفی تحلیلی بوده که در فاصله آبان ماه ۱۳۸۸ تا ابتدای بهمن ماه همان سال بر روی ۱۴۵ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. علاقه به شرکت در پژوهش و سابقه بین ۵ تا ۳۰ سال کار بالینی و مدیریتی پرستاری به‌عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از یک ابزار دو قسمتی شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک (شامل مواردی همچون سن، جنس، وضعیت تاهل، سمت، وضعیت استخدام، تحصیلات، شیفت‌کاری، بخش محل کار و مدت سابقه کاری به‌عنوان پرستار و مدیر) و پرسش‌نامه ۱۶

هدف آموزش به بیمار در برگیرنده عوامل آموزشی و بهداشتی، عوامل موثر در آماده کردن بیمار برای همکاری در فرآیند پرستاری، درمان، بازتوانی، خودکنترلی، کاهش ترس و اضطراب، بهبود توانایی بیمار برای سازگاری با مشکلات مربوط به سلامتی خویش، خود مراقبتی و انجام مراقبت‌های تخصصی و غیرتخصصی است؛ چراکه اساس یک آموزش اثر بخش مشارکت و همکاری بیمار است (۳-۶).

از طرفی دلایل متعددی برای ضرورت امر آموزش به بیمار وجود داشته که بعضی از این عوامل عبارتند از: ارتقای سلامتی، تقدم پیشگیری بر درمان، اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان، خروج زودتر از تخت، گذراندن دوره نقاهت در منزل، اطمینان از تداوم مراقبت، بهبود ارائه مراقبت‌های بهداشتی، افزایش موارد ناتوانی و معلولیت‌ها، افزایش سالمندان و افزایش بیماری‌های مزمن (۱).

باید توجه نمود که آموزش به مددجو در تمام طول دوران بستری و ترخیص و استقلال در مراقبت از خود از مهم‌ترین اولویت‌ها و استانداردهای مراقبتی بوده، تحقیقات انجام‌گرفته عوامل بازدارنده‌ای از جمله کمبود وقت و نیروی انسانی، آگاهی و مهارت ناکافی در مورد روش‌ها و اصول آموزش به بیمار، الزامی نبودن آموزش به بیماران، نظارت ناکافی بر آموزش پرستاران، انگیزه ناکافی جهت آموزش به بیماران، کمبود امکانات و تجهیزات بخش، عدم اعتقاد مسئولین به ضرورت آموزش به بیمار، عدم پرداخت به موقع حقوق پرستاران، فرهنگ نامتناسب بیمار و فرد آموزش دهنده و عدم آمادگی جسمی بیمار برای آموزش را گزارش داده‌اند (۷-۱۱). ذکابی و همکاران بر اساس مطالعه‌ای دریافتند که ایفای نقش آموزشی پرستاران در بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران کم بوده (۲۳/۱ درصد) که بیشترین قسمت آن مربوط به آموزش رژیم دارویی است. در همین مطالعه آمده است که از مجموع فعالیت‌هایی که پرستار برای آموزش بیمار استفاده می‌کند فقط ۳۱/۷ درصد آن مطلوب می‌باشد (۱۲).

گزینه‌های مشکلات بالینی پرستاران در زمینه آموزش به بیمار با طیف لیکرت سه قسمتی (بله، تا حدودی و خیر) استفاده شد. به منظور ساخت ابزار از فرآیند سه مرحله‌ای استفاده شد. مرحله اول به صورت یک مطالعه کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار با استفاده از آنالیز درون مایه‌ای مرسوم که حدوداً بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشید انجام شد. روش کار در مرحله دوم بدین صورت بود که موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار بدون ذکر اولویت در اختیار واحدهای مورد پژوهش (۲۵ نفر) قرار گرفت. پس از اتمام این مرحله پژوهشگر پرسش‌نامه‌ها را جمع‌آوری و بیشترین فراوانی‌ها را به ترتیب اولویت داده شده از سوی همکاران پژوهش به عنوان موانع و تسهیل‌کننده‌ها استخراج شد. روش کار در مرحله سوم بدین صورت بود که از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد تا در جلسات گروهی متمرکز به منظور بحث و بررسی موارد استخراج شده از مرحله دوم و جمع‌بندی نهایی حضور یابند. در پایان این مرحله با اجماع نظر اعضای جلسات گروه متمرکز دو ابزار نهایی موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار هر کدام حاوی ۱۰ گویه حاصل گردید که چهار سؤال در هر دو گروه یکسان بودند که در جمع‌بندی نهایی آن‌ها به ابزاری ۱۶ سئوالی تبدیل شد. به منظور اطمینان محقق از درک صحیح منظور مصاحبه‌شوندگان توسط وی پس از کدگذاری اولیه جهت اطمینان از اعتبار<sup>۱</sup> یافته‌ها از شیوه بازبینی مشارکت‌کنندگان تحقیق<sup>۲</sup> استفاده شد. همچنین به منظور مقبولیت<sup>۳</sup> داده‌ها از افرادی که تجربه انجام تحقیق کیفی را داشتند<sup>۴</sup> خواسته شد تا مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه و طبقات مفهومی را مورد بررسی قرار دهند و بازنگری‌های مکرر نیز انجام شد (۱۴،۱۵). در این پرسش‌نامه سئوال‌ات ۱، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۵ به عنوان تسهیل‌کنندگان آموزش به بیمار، سئوال‌ات ۲، ۵، ۶، ۸، ۹ و ۱۶ به عنوان

موانع آموزش به بیمار و سئوال‌ات ۳، ۴، ۱۳ و ۱۴ به عنوان سئوال‌ات دو سوپه (تسهیل‌کننده و مانع) می‌باشند. منظور از دو سوپه بودن سئوال‌ات این است که در شرایط برابر امکان انتخاب هم به عنوان تسهیل‌کننده و هم به عنوان مانع با توجه به ماهیت سئوال وجود دارد. در بالای پرسش‌نامه سئوال به نظر شما کدام یک از گویه‌های زیر به عنوان مانع آموزش به بیمار می‌باشند؟ ذکر شده بود. بر این اساس انتخاب گزینه درست نمره ۳، گزینه ممتنع (تا حدودی) نمره ۲ و گزینه غلط نمره ۱ را به خود اختصاص می‌داد. منظور از گزینه درست این است که اگر شرکت‌کننده در پژوهش در برابر یکی از گویه‌های تسهیل‌کننده آموزش به بیمار پاسخ خیر را انتخاب کند نمره ۳، در صورت پاسخ تا حدودی نمره ۲ و با پاسخ بله نمره ۱ دریافت می‌نمود، می‌باشد. همچنین منظور از گزینه غلط این است که اگر شرکت‌کننده در پژوهش در برابر یکی از گزینه‌های موانع آموزش به بیمار پاسخ خیر را انتخاب کند نمره ۱، در صورت پاسخ ممتنع (تا حدودی) نمره ۲ و با پاسخ بله نمره ۳ دریافت می‌نمود، می‌باشد. درخصوص چهار گزینه دو سوپه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا دلیل خود را در ذیل جدول توضیح دهند تا مشکلی در نمره دهی پرسش‌نامه به منظور تجزیه و تحلیل ایجاد نشود. علاوه بر این موارد از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواسته شده بود که صرف نظر از پاسخی که به گزینه‌ها داده‌اند، گزینه‌ها را به ترتیب اهمیت اولویت‌گذاری کنند. بدین ترتیب که به با اهمیت‌ترین گزینه اولویت یک و به کم اهمیت‌ترین گزینه اولویت ۱۶ را بدهند. روند نمره دهی اولویت‌ها بدین گونه بود که با اهمیت‌ترین گزینه امتیاز ۸۰ و کم اهمیت‌ترین گزینه امتیاز ۵ را به خود اختصاص می‌داد. در بعضی از موارد شرکت‌کنندگان به بعضی از گزینه‌ها اولویت یکسانی اختصاص داده بودند. نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه مشکلات بالینی پرستاران در زمینه آموزش به بیمار به سه دسته ضعیف (۲۷-۳۱)، خوب (۳۲-۳۶) و عالی (۳۷-۴۸) دسته بندی شد. در اجرای مطالعه پژوهشگر پس از

گزینه‌های مشکلات بالینی پرستاران در زمینه آموزش به بیمار با طیف لیکرت سه قسمتی (بله، تا حدودی و خیر) استفاده شد. به منظور ساخت ابزار از فرآیند سه مرحله‌ای استفاده شد. مرحله اول به صورت یک مطالعه کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار با استفاده از آنالیز درون مایه‌ای مرسوم که حدوداً بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشید انجام شد. روش کار در مرحله دوم بدین صورت بود که موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار بدون ذکر اولویت در اختیار واحدهای مورد پژوهش (۲۵ نفر) قرار گرفت. پس از اتمام این مرحله پژوهشگر پرسش‌نامه‌ها را جمع‌آوری و بیشترین فراوانی‌ها را به ترتیب اولویت داده شده از سوی همکاران پژوهش به عنوان موانع و تسهیل‌کننده‌ها استخراج شد. روش کار در مرحله سوم بدین صورت بود که از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد تا در جلسات گروهی متمرکز به منظور بحث و بررسی موارد استخراج شده از مرحله دوم و جمع‌بندی نهایی حضور یابند. در پایان این مرحله با اجماع نظر اعضای جلسات گروه متمرکز دو ابزار نهایی موانع و تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار هر کدام حاوی ۱۰ گویه حاصل گردید که چهار سؤال در هر دو گروه یکسان بودند که در جمع‌بندی نهایی آن‌ها به ابزاری ۱۶ سئوالی تبدیل شد. به منظور اطمینان محقق از درک صحیح منظور مصاحبه‌شوندگان توسط وی پس از کدگذاری اولیه جهت اطمینان از اعتبار<sup>۱</sup> یافته‌ها از شیوه بازبینی مشارکت‌کنندگان تحقیق<sup>۲</sup> استفاده شد. همچنین به منظور مقبولیت<sup>۳</sup> داده‌ها از افرادی که تجربه انجام تحقیق کیفی را داشتند<sup>۴</sup> خواسته شد تا مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه و طبقات مفهومی را مورد بررسی قرار دهند و بازنگری‌های مکرر نیز انجام شد (۱۴،۱۵). در این پرسش‌نامه سئوال‌ات ۱، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۵ به عنوان تسهیل‌کنندگان آموزش به بیمار، سئوال‌ات ۲، ۵، ۶، ۸، ۹ و ۱۶ به عنوان

<sup>1</sup> Credibility

<sup>2</sup> member check

<sup>3</sup> Dependability

<sup>4</sup> Peer check

جراحی اعصاب، چهار نفر (۲/۸ درصد) سی‌سی‌یو، ۱۲ نفر (۸/۳ درصد) آی‌سی‌یو قلب باز دو، ۲۰ نفر (۱۳/۸ درصد) آی‌سی‌یو قلب باز یک، چهار نفر (۲/۸ درصد) کودکان، ۹ نفر (۲/۲ درصد) بخش زایمان، ۹ نفر (۲/۲ درصد) آی‌سی‌یو نوزادان، پنج نفر (۳/۴ درصد) نازایی، ۹ نفر (۲/۲ درصد) ریه، چهار نفر (۲/۸ درصد) پیوند، هفت نفر (۴/۸ درصد) قلب، ۱۰ نفر (۶/۹ درصد) جراحی دو، هشت نفر (۵/۵ درصد) ارتوپدی، ۱۴ نفر (۹/۷ درصد) طبی یک، هفت نفر (۴/۸ درصد) ارولوژی، هفت نفر (۴/۸ درصد) فک و شش نفر (۴/۱ درصد) طبی دو بودند.

میانگین و انحراف معیار سن، سابقه کار پرستاری، سابقه کار مدیریتی، سئوال‌ت تسهیل کننده‌های آموزش به بیمار، سئوال‌ت موانع آموزش به بیمار، سئوال‌ت ممتنع و نمره کلی حاصله از پرسش‌نامه شرکت کنندگان در پژوهش به ترتیب  $38/70 \pm 5/25$ ،  $8/90 \pm 2/50$ ،  $15/64 \pm 2/21$ ،  $1/98 \pm 4/06$ ،  $12/80 \pm 3/87$  و  $8/73 \pm 2/98$  و  $33/28 \pm 3/03$  بود.

آزمون آماری کای دو نشان داد که بین شیفت کاری با نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). این در حالیست که همین آزمون ارتباط معنی‌داری را بین جنس، سمت و تاهل با نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه نشان نداد ( $P < 0/05$ ). بر طبق آزمون آماری فیشر بین نوع استخدام، تحصیلات و محل کار شرکت کنندگان در پژوهش با نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

آزمون آماری U من ویتنی بین متغیرهای سن، سمت، استخدام، تحصیلات و تاهل با نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه ارتباط معنی‌داری را نشان نداد ( $P > 0/05$ ). همچنین آزمون آماری کراسکال والیس بین متغیرهای محل کار و شیفت کاری پرسنل با نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه ارتباط معنی‌داری را نشان نداد ( $P > 0/05$ ). ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیر سن با متغیرهای سابقه پرستاری و مدیریتی ارتباط مثبت و

معرفی خود و ارائه توضیحات لازم در مورد هدف از انجام پژوهش فرم رضایت‌نامه آگاهانه را به شرکت کنندگان در پژوهش می‌داد. همچنین به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که جهت شرکت، عدم شرکت، یا خروج از پژوهش کاملاً آزاد بوده و اطلاعات کسب شده از آن‌ها به‌طور محرمانه و بدون نام مورد تجزیه تحلیل قرار خواهند گرفت. به‌منظور اطمینان از طبیعی بودن داده‌ها از آزمون یک نمونه‌ای اسمیرنوف کولموگوروف<sup>۱</sup> استفاده شد. تجزیه تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS15 و آزمون‌های آماری کای دو و فیشر در زمینه متغیرهای دموگرافیک کیفی (جنس، تاهل، سمت، نوع استخدام، تحصیلات، شیفت کاری و بخش محل کار)، U من ویتنی در زمینه متغیرهای دموگرافیک کمی (سن، سابقه کار پرستاری و مدیریتی)، کراسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون صورت گرفت. میزان P کم‌تر از ۰/۰۵ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴۵ نفر شرکت داشتند. در بررسی انجام شده نمونه‌های پژوهش از نظر اطلاعات دموگرافیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ۱۲۴ نفر (۸۵/۵ درصد) زن، ۲۱ نفر (۱۴/۵ درصد) مرد، ۱۲۱ نفر (۸۳/۴ درصد) متاهل و ۲۴ نفر (۱۶/۶ درصد) مجرد بودند. از نظر شیفت کاری ۶۲ نفر (۴۲/۸ درصد) صبح، ۳۵ نفر (۲۴/۱ درصد) عصر، ۱۷ نفر (۱۱/۷ درصد) شب، ۳۱ نفر (۲۱/۴ درصد) در گردش بودند. ۱۴۳ نفر (۹۸/۶ درصد) مدرک لیسانس، دو نفر (۱/۴ درصد) مدرک فوق لیسانس، ۱۲۴ نفر (۸۵/۵ درصد) پرستار، ۲۱ نفر (۱۴/۵ درصد) سرپرستار، ۱۴۱ نفر (۹۷/۲ درصد) رسمی و چهار نفر (۲/۸ درصد) پیمانی بودند. از نظر بخش محل کار چهار نفر (۲/۸ درصد) اتاق عمل، یک نفر (۰/۷ درصد) آی‌سی‌یو جنرال، پنج نفر (۳/۴ درصد)

<sup>1</sup> One-Sample Kolmogorov Smirnov Test

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه بر اساس آزمون‌های آماری U من‌ویتنی و کراسکال والیس مبین عدم اختلاف آماری معنی‌دار بین گزینه‌های پرسش‌نامه می‌باشد. باید ذکر نمود که در پرسش‌نامه ۱۶ سؤالی بکار رفته شش سؤال به‌طور مستقیم تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار، شش سؤال به‌طور مستقیم موانع آموزش به بیمار و چهار سؤال هر دو مضمون را شامل می‌شدند (جدول ۱) که خود می‌تواند دلیلی برای این یافته‌ها باشد. چرا که به‌منظور پاسخ صحیح، افراد شرکت‌کننده باید به ماهیت سوال پی‌برده و گزینه صحیح را انتخاب کنند. همچنین در مورد چهار سؤال دو سوپیه که همراه با پاسخ باز بودند، بعضی از پاسخ‌ها حاکی از عدم تفکیک‌گویه بوده که منجر به انتخاب گزینه تاحدودی شده بودند که خود دلیل دیگری برای معنی‌دار نشدن یافته‌ها می‌باشد.

معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین بر اساس ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر موانع آموزش به بیمار با دو متغیر تسهیل‌کننده‌های آموزش به بیمار و موارد دو سوپیه ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین متغیر جنس با متغیرهای سمت، محل کاری و شیفت ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین همین ضریب همبستگی مبین این نکته بود که بین متغیر سمت با متغیرهای تاهل، شیفت کاری و جنس ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). در نهایت ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین متغیر تاهل با متغیرهای سمت، استخدام، محل کاری و شیفت ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بین اولویت موانع آموزش به بیمار با نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه بر اساس ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ( $P < 0/05$ ).

جدول شماره (۱): طیف لیکرت سه قسمتی گویه‌ها و درصد پاسخ شرکت‌کنندگان در پژوهش

شماره	بررسی مشکلات بالینی پرستاران در زمینه آموزش به بیمار	بله	تا حدودی	خیر
۱	نیاز سنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن	---	۴۷/۶	۵۲/۴
۲	کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار	۷۹/۹	۲۰/۱	---
۳	ایجاد سیستم نظارت و بازخورد	۳۷/۹	۱۵/۲	۴۶/۹
۴	ارتباطات خوب بین پرستار و بیمار	۱۵/۹	۳۶/۶	۴۷/۶
۵	کمبود نیروی پرسنلی پرستاری	۷۲/۴	۲۷/۶	---
۶	مشغله زیاد کاری پرستار	۳۸/۶	۶۱/۴	---
۷	گذاشتن پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش	---	---	۱۰۰/۰۰
۸	آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی توسط پزشکان بی‌تجربه	۵۵/۲	۴۴/۸	---
۹	فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری	۵۲/۴	۴۷/۶	---
۱۰	برگزاری کلاس‌های آموزشی که جزء ساعات کاری محسوب شود	۴۵/۵	---	۵۴/۵
۱۱	تعیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار	---	۴۶/۹	۵۳/۱
۱۲	آموزش روش‌های مختلف آموزش به بیمار	---	۴۷/۶	۵۲/۴
۱۳	فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار	۴۷/۶	۲۹/۷	۲۲/۸
۱۴	ایجاد سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امور آموزشی پرستاران	۵۳/۸	۱۵/۹	۳۰/۳
۱۵	افزایش وسایل و امکانات به‌منظور کاهش اتلاف وقت پرستار	---	۲۷/۶	۷۲/۴
۱۶	شرایط نامناسب و خدشه در آموزش پذیر بودن بیمار	۵۵/۲	۴۴/۸	---

با سابقه کار بالینی بیش از ۲۰ سال بیشتر شد. در صورتی که در همین مطالعه بیان شده بود که تنها ۲۴/۹ درصد از بیماران آموزش لازمه را دریافت می‌کنند. می‌توان به این نکته پی برد که به دلیل نارسایی در نظارت کافی و کم جلوه دادن اهمیت آموزش به بیمار، با افزایش سابقه کار پرسنل به این روند عادت نموده و حساسیت کم‌تری نشان می‌دهند. همچنین می‌توان بیان نمود که احتمالاً دلیل این تفاوت مربوط به تعریف آموزش از نظر پرستاران مورد مطالعه باشد؛ چراکه ممکن است آن‌ها آموزش را تنها ارائه اطلاعات به بیمار قلمداد کنند؛ در حالی که آموزش به بیمار چیزی فراتر از مطلع کردن بیماران است.

در این مطالعه بیشترین اولویت به گزینه شماره هفت اختصاص یافت. به طوری که تمامی شرکت کنندگان متفق‌القول بودند که این گزینه به‌عنوان تسهیل کننده آموزش به بیمار می‌باشد. اولویت‌های گزینه‌های دیگر در جدول شماره دو نشان داده شده است.

به جزء آزمون آماری کای دو که ارتباط معنی‌داری را بین شیفت کاری با نمره کلی حاصل پرسش‌نامه نشان داد، سایر آزمون‌های آماری به کار رفته بین اطلاعات دموگرافیک و نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه ارتباط و اختلاف معنی‌داری را نشان ندادند. این یافته با مطالعه Marcum (۱۶) و عزیزنژاد هم‌خوانی داشته (۱۰) و با مطالعه مردانیان هم‌خوانی ندارد (۱۷). در مطالعه مردانیان علت این عدم هم‌خوانی مربوط به تفاوت محیط پژوهش، شرایط فیزیکی و امکانات متفاوت، باورها، اعتقادات و فرهنگ‌های خاص افراد بیان شده بود.

بر طبق ضریب همبستگی پیرسون بین سن و تجربه پرستاری و مدیریتی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. این یافته با مطالعه مردانیان هم‌خوانی دارد (۱۷). در مطالعه مردانیان بیان شده بود که همه گروه‌های سنی پرستاران موافق بودند که بیماران آن‌ها قبل از ترخیص آموزش کافی دریافت می‌کنند، میزان موافقت پرستاران با کافی بودن آموزش دریافت شده با افزایش سابقه کار بالینی تا گروه دارای سابقه کار ۱۰ تا ۱۹ سال کم‌تر و در پرستاران

**جدول شماره (۲): ترتیب اولویت موانع آموزش به بیمار از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش**

شماره	بررسی مشکلات بالینی پرستاران در زمینه آموزش به بیمار	اولویت
۱	گذاشتن پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت در گردش	اول
۲	فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار	دوم
۳	کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار	سوم
۴	کمبود نیروی پرسنلی پرستاری	چهارم
۵	آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی توسط پزشکان بی تجربه	پنجم
۶	فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری	ششم
۷	مشغله زیاد کاری پرستار	هفتم
۸	ارتباطات خوب بین پرستار و بیمار	هشتم
۹	شرایط نامناسب و خدشه در آموزش پذیر بودن بیمار	نهم
۱۰	نیاز سنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن	دهم
۱۱	ایجاد سیستم نظارت و بازخورد	یازدهم
۱۲	ایجاد سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امور آموزشی پرستاران	دوازدهم
۱۳	تبیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار	سیزدهم
۱۴	آموزش روش‌های مختلف آموزش به بیمار	چهاردهم
۱۵	برگزاری کلاس‌های آموزشی که جزء ساعات کاری محسوب شود	پانزدهم
۱۶	افزایش وسایل و امکانات به‌منظور کاهش اتلاف وقت پرستار	شانزدهم

رسوم، عادات، ارزش‌های خاص، رفتارها، عواطف و باورهای یک گروه یا جامعه را به خود اختصاص می‌دهد (۱۸). بنابراین به‌منظور ارائه آموزشی موثر و متناسب با شرایط بیمار و خانواده‌اش و جلوگیری از وقوع سوء ارتباط‌های مخرب ضروری است پرستاران ارزش‌ها و باورهای فرهنگی و ارتباطی بیماران و خانواده‌های آنان را بشناسند و به آن‌ها احترام بگذارند.

سومین اولویت در مطالعه حاضر کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار است. در این خصوص ۷۹/۹ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش اظهار داشتند که این گزینه مانع آموزش به بیمار می‌باشد. همچنین هیچ‌کدام از شرکت کنندگان در انتخاب این گزینه به‌عنوان یکی از قوی‌ترین موانع آموزش به بیمار دچار اشتباه نشده بودند. اکثریت مطالعات انجام شده در زمینه موانع آموزش به بیمار از این گزینه به‌عنوان مانع آموزش به بیمار یاد کرده‌اند (۱۷). برای مثال مردانیان و همکاران در مطالعه خود از این گزینه به‌عنوان چهارمین مانع آموزش به بیمار یاد کرده‌اند.

باید خاطر نشان نمود که کافی نبودن بنیه علمی پرستاران به طور مستقیم می‌تواند به آموزش دانشکده‌ها برگردد؛ چراکه دانشکده‌ها نقش بسیار اساسی در فرآیند آموزش به بیمار داشته و می‌توانند سبب کاهش فاصله تئوری و عمل در محیط بالینی شده و موجبات اجرای این مراقبت در بالین را فراهم آورند. واحدیان و همکاران در مطالعه خود بیان نمودند که برای کاستن فاصله بین تئوری و عمل یکی از موثرترین شیوه‌ها آموزش و توسعه مهارت‌های بالینی پرستاران در سطح دانشکده‌ها بوده و در این میان مسئولین و برنامه ریزان دانشکده نقش اول را ایفاء می‌کنند (۱۴).

اولویت‌های چهارم تا هفتم مشخص شده در این مطالعه در یک راستا بوده و رابطه علی و معلولی با یکدیگر دارند. مثلاً آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی توسط پزشکان بی‌تجربه (گزینه هشتم) و فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات

اولین اولویت در این پژوهش گزینه گذاشتن پرستار مخصوص آموزش به بیمار بوده که با مطالعه مردانیان و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۷). تفاوت‌های فردی، شخصیتی، اجتماعی، فرهنگی و غیره بسیار زیاد افراد آموزش دهنده و بیماران باعث شده که فرآیند آموزش به بیمار با دشواری‌های فراوانی مواجه شود که از آنها به‌عنوان موانع آموزش به بیمار یاد می‌شود. لذا اختصاص دادن فرد یا افراد خاصی برای حیطه قابل تعریفی از بیماری‌ها و آموختن اصول و موارد لازمه می‌تواند تا حدود زیادی از بار این مسئولیت بسیار مهم که در بسیاری از موارد نادیده گرفته شده و یا در اعمال صحیح آن اهمال می‌شود، پیشگیری نماید.

دومین اولویت در مطالعه حاضر گزینه فرهنگ و وضعیت اجتماعی و روانی بیمار، خانواده و پرستار می‌باشد. در این خصوص ۴۷/۶ درصد از شرکت کنندگان بیان نمودند که این گزینه به‌عنوان مانع آموزش به بیمار، ۲۹/۷ درصد نظر ممتنع و تنها ۲۲/۸ درصد به‌عنوان تسهیل کننده آموزش به بیمار می‌باشد. به‌عبارتی این گزینه دو سویه به‌عنوان مفهومی مبهم بیان شده است. اگرچه گزینه چهارم (ارتباطات خوب بین پرستار و بیمار) به‌عنوان اولویت هشتم و گزینه شانزدهم (شرایط نامناسب و خدشه در آموزش پذیر بودن بیمار) به‌عنوان اولویت نهم بیان شدند، ولی هم‌خوانی زیادی با این گزینه دارند. چرا که ارتباطات هر ملتی متأثر از فرهنگ آن ملت است. این عقیده با مطالعه فراهانی و همکاران هم‌خوان است (۱۱).

در مطالعه آن‌ها آمده است که هر فرهنگی دارای دیدگاه‌ها، رفتارها و عقاید خاصی است که نه تنها شیوه زندگی، نقش و جهان‌بینی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه بر روی سلامت و بیماری افراد هر جامعه‌ای نیز تاثیر گذار است. در مطالعه دیگری که نتایج آن با این عقیده هم‌خوانی دارد بیان شده است که فرهنگ مفهومی چند بعدی داشته و می‌تواند به‌عنوان رفتار، شیوه زندگی و نگرش‌های منحصر به فردی تعریف شود که آداب و

و سلسله مراتب اداری (گزینه نهم) سبب مشغله زیاد کاری پرستاری شده (گزینه ششم) و هر سه این گزینه‌ها باعث کمبود نیروی پرسنلی پرستاری (گزینه پنجم) می‌شوند. این گزینه‌ها به کرات در مطالعات مرتبط با موضوع به کار برده شده‌اند. به طوری که در مطالعه مردانیان از کمبود نیروی پرسنلی به عنوان اولین مانع آموزش به بیمار یاد شده است. ولی با این وجود روز به روز به این کمبود و تشدید شرایط و بحران ایجاد شده افزوده شده، از این موارد می‌توان کمبود، نارسایی و حتی فقدان سیستمی کنترلی و نظارتی بر این موضوع را برداشت نمود. این یافته با مطالعه‌ای که بیان می‌کند تنها ۱۱/۶ درصد از مسئولین امر امور آموزشی مربوط به بیماران و آموزش به بیمار را ارزشیابی و کنترل می‌کنند هم خوانی دارد. از طرفی در همین مطالعه بیان شده است که از این ۱۱/۶ درصد، تنها ۳۱/۶ درصد از آن ارزشیابی‌ها توانایی صحیح و علمی ارزشیابی این امور را دارند (۱۷). یکی دیگر از مواردی که می‌توان متاثر از کمبود نیروی پرستاری دانست، کمبود زمان لازم برای مداخلات پرستاری است که سبب می‌شود مراقبت‌های پرستاری به نحو مطلوب انجام نشوند، به ویژه مراقبت‌هایی نظیر حرکت دادن بیمار، آموزش به بیمار، حمایت روانی و ایجاد ارتباط با بیمار (۱۹).

یکی دیگر از اولویت‌های آموزش به بیمار (اولویت دهم) نیازسنجی از بیمار در هر بخش و ایجاد پروتکل بر اساس آن است. ۵۲/۴ درصد از شرکت کنندگان بیان نمودند که به کارگیری این گزینه به عنوان تسهیل کننده آموزش به بیمار می‌باشد. در اینجا توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که اگرچه در امر آموزش به بیمار به دلیل اهمیت بسیار زیاد آن باید از بهترین و پیشرفته‌ترین روش‌ها و شیوه‌های آموزشی استفاده نمود، ولی آموزش به مددجو بایستی بر اساس نیازها و روش‌های مورد علاقه بیماران باشد نه آنچه را که مراقبین بهداشتی مهم قلمداد می‌کنند. مثلاً افراد مسن از طریق بینایی بهتر از شنوایی مطالب را یاد

می‌گیرند. بعضی از آن‌ها تمایل به یادگیری و رفع اشکال در کلاس دارند تا روش‌های سمعی و بصری (۲۰) که در واقع این موضوع بیانگر نیازسنجی بیمار به آموزش و روش آموزشی بوده که یکی از وظایف پرستار می‌باشد. در مطالعه مردانیان از این گویه به صورت ایجاد برگه‌های راهنمای اطلاعاتی برای آموزش یک موضوع خاص در هر بخش با توجه به شایع‌ترین بیماری‌ها در آن بخش یاد شده است. هدف از بیان این مثال این است که صرفاً موانع و تسهیل کننده‌های آموزش به بیمار ضرورتاً نیازی به کلاسه‌بندی و تعمیم از مکان‌های دیگر نیست؛ بلکه منظور در نظر گرفتن مشکلات اساسی هر بخش و سازمان با توجه به امکانات و شرایط خودش است. به این صورت امکان و احتمال اجرایی شدن راهکارهای حاصله بیشتر خواهد شد و در پایان به نتیجه مطلوبی خواهد رسید.

اولویت‌های یازدهم (گزینه سوم) و دوازدهم (گزینه چهارم) این پژوهش شامل ایجاد سیستم نظارت و بازخورد و ایجاد سیستم‌های پاداش و تنبیه برای امور آموزشی پرستاران است. به ترتیب ۳۷/۹ و ۵۳/۸ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش معتقد بودند که این گزینه‌ها به عنوان موانع آموزش به بیمار بوده و به ترتیب ۴۶/۹ و ۳۰/۳ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش معتقد بودند که این گزینه‌ها به عنوان تسهیل کننده‌های آموزش به بیمار می‌باشند. این نتایج در حقیقت تأیید کننده دو سویه بودن این گزینه‌ها می‌باشد. پژوهشگران معتقدند که اگر سیستم مراقبتی بسیار قدرتمند باشد ولی نظارتی برانجام و امور اقدامات نباشد به مرور زمان از انسجام کار کاسته خواهد شد. البته باید خاطر نشان کرد که وجود سیستم نظارتی بسیار خشک و اتوکراتیک خود می‌تواند به عنوان یکی از قوی‌ترین موانع آموزش به بیمار در نظر گرفته شود. در اینجا مطلبی که خلا آن کاملاً در محیط‌های بالینی احساس می‌شود، نارسایی سیستم نظارتی پروتکل شده و هماهنگ با شرایط خاص هر بخش درمانی است. باید توجه نمود که برای



اجرای هر فرآیندی باید شرایطهای مختلف افراد ارائه دهنده آموزش و افراد بهره برنده از آموزش را در نظر گرفت و با اشراف بر این شرایط و قوانین و مقررات حاکم بر موسسه، اقدام به نگارش و ایجاد سیستم نظارت و کنترل و در نظر گرفتن پاداش و تنبیه اصولی و صحیح نمود.

اولویت‌های سیزدهم تا پانزدهم (گزینه‌های ۱۰ تا ۱۲) این پژوهش صحنه گذاردن به تبیین و تعیین اهمیت آموزش و آموزش دادن به بیمار و ساز و کارهایی در این زمینه از جمله برگزاری کلاس‌های حین خدمت است. در مورد گزینه شماره ۱۰ با توجه به پاسخ شرکت کنندگان می‌توان بیان نمود که این گزینه به‌عنوان گزینه‌ای دو سویه بیان شده است که از قبل از شروع پژوهش اینگونه در نظر گرفته نشده بود. سوالات ۱۱ و ۱۲ تقریباً به‌طور یکسانی از سوی شرکت کنندگان انتخاب شده بودند که مبین این نکته است که این دو گزینه از یک جنس بوده و ظرفیت ادغام شدن را دارند. در مطالعه مردانیان و همکاران از این گزینه‌ها در قسمت موانع با اولویت‌های پنجم (در اولویت قرار ندادن آموزش به بیمار نسبت به سایر وظایف پرستاری) و نهم (نداشتن مسعولیت در قبال آموزش به بیمار و اهمیت ناکافی دادن به آن) و در قسمت تسهیل کننده‌های آموزش به بیمار با اولویت‌های ششم (تاکید بیشتر مدیران بر اولویت آموزش به بیمار) و هفتم (اهمیت بیشتر به ارزشیابی آموزش به بیمار) یاد شده است. به عبارتی می‌توان بیان نمود که اگرچه این موارد جزء اولویت‌های اول پژوهش حاضر در نظر گرفته نشدند، اما می‌توانند نقش کلیدی و حیاتی احیاء و چنین زیر بنا و شالوده کار را به عهده داشته و از این نظر حائز اهمیت بسیاری هستند.

در نهایت شانزدهمین اولویت در این پژوهش افزایش وسایل و امکانات به‌منظور کاهش اتلاف وقت پرستار بوده که در این مطالعه عمدتاً (۷۲/۴ درصد) به‌عنوان تسهیل کننده آموزش به بیمار ذکر شده است. این یافته با مطالعه هکاری (۲۱) و مردانیان (۱۷) که از

افزایش وسایل و امکانات به‌عنوان تسهیل کننده آموزش به بیمار یاد کرده بودند هم‌خوانی دارد. همچنین واحدیان و همکاران در مطالعه خود بیان می‌دارند که مداخلات آموزشی که به تنهایی سبب افزایش دانش بیمار شود موثر نبوده و باید به بیماران دانش و ابزاری آموخته شود تا بتوانند در زندگی خود به کار گیرند که این عامل سبب اصلاح رفتار آن‌ها خواهد شد (۱۴).

لازم به ذکر است که نتایج این مطالعه نشان داد که برای دریافت پاسخ صحیح از شرکت کنندگان پژوهش باید از ابزارهای منفک استفاده شود تا نیازی به تفکیک آن‌ها توسط شرکت کنندگان نباشد. چراکه در این مطالعه موانع و تسهیل کننده‌های آموزش به بیمار به صورت ادغام شده در اختیار شرکت کنندگان در پژوهش قرار گرفت که منجر به معنی‌داری نشد. دلیل دیگری که می‌تواند توجیه کننده این نکته باشد این است که احتمالاً پرستاران به دلیل کمبود نیروی پرستاری و مشغله بسیار زیاد کاری زمان لازم و کافی برای تمرکز بر گزینه‌های پرسش‌نامه را نداشته‌اند. بنابراین توصیه می‌شود که در پژوهش‌های دیگر اگر شرکت کنندگان در پژوهش از کادر درمانی می‌باشند از آن‌ها خواسته شود تا در زمانی که فرصت کافی برای پاسخ به گویه‌ها را دارند ابزارهای پژوهش را تکمیل نمایند.

با توجه به نتایج این مطالعه مشخص شد که علاوه بر چهار گزینه دو سویه معرفی شده گزینه برگزاری کلاس‌های آموزشی که جزء ساعات کاری محسوب شود هم گزینه‌ای دو سویه می‌باشد. همچنین بر حسب پاسخ شرکت کنندگان سوالات ۱۱ و ۱۲ قابلیت ادغام و ترکیب شدن را داشته و می‌توانند به صورت یک گزینه با عنوان اهمیت آموزش و روش‌های آموزشی متفاوت بیان شود. با اولویت‌ترین گزینه مشخص شده در این پژوهش گذاشتن پرستار مخصوص آموزش به بیمار بوده که لازم است در این راستا مسئولین بیمارستانی با توجه به نیازهای آموزشی مراکز خودشان برنامه‌ریزی و اقدام نمایند. علاوه بر این مسئولان برد پرستاری

## تقدیر و تشکر

پژوهشگران از تمامی پرسنل پرستاری شرکت کننده در این پژوهش که علی‌رغم بار کاری فراوان در این پژوهش شرکت نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

می‌توانند با توجه به اهمیت موضوع و نیاز روزافزون به مسئله آموزش به بیمار، رشته‌ای با عنوان پرستار متخصص آموزش به بیمار طراحی و اعلام نمایند تا هر چه بیشتر از موانع در این زمینه کاسته شود.

## References:

1. Toloie M, Dehgan nayeri N, Fagihzadeh S, Sadoghi asl A. The nursing motivational factor relating patient's education. J Tehran Univ Med Sci 2005; 12: 43-51. (Persian)
2. Barber Parker D. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant - observation study of hospital nurses. Patient Educ Couns 2002; 45: 107-13.
3. Slusarska B, Zarzycka D, Wysokinski M, Sadurska A. Patient education in nursing: Polish literature condition. Patient Educ Couns 2004; 53: 31-40.
4. Johansson K, Salantera S, Katajisto J, Leini - Kilpi H. Patient education in edic nursing. J Orthopaed Nurs 2002; 6: 220-6.
5. Kosgeroglu N, Bahaddin M, Ayranci U, Ozabaci N, Erkal S. An investigation on nursing, midwifery and health care student's learning motivation in Turkey. Nurs Educ Pract 2008; 14(5): 1 - 9.
6. Clark M. Diabetes self management education: a review of published studies. Prim Care 2008; 2(2): 113-20.
7. Marcum J, Ridenour M, Shaff G. A study of professional nurses' perceptions of patient education. J Contin Educ Nurs 2002; 33(3): 112-18.
8. Golchin M, Falahat P, F. The study of patient's education position from nursing and necessity for rewriting. J Razi Univ Nurs Midwifery 2001; 2(1): 22-5. (Persian)
9. Honan S, Krsnak G, Petersen D, Torkelson R. The nurse as patient educator: perceived responsibilities and factors enhancing role development. J Contin Educ Nurs 1988; 19 (1):33-7.
10. Aziznejad P, Zabihi A, Hoseini G, Bijani A. Barriers to patient education from nurse and managers of nurses perspective. Babol Univ Med Sci 2010; 12(1): 60-4. (Persian)
11. Ashgali Farahani M, Mohammadi A, Ahmadi F, Maleki M. Cultural beliefs and behaviors in patients with coronary heart disease: necessary to patient education. J Shahid Beheshti 2007; 16(39): 38-46. (Persian)
12. Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi G, Mehran A. Perspective of nurses in the hospitals of Tehran Medical Sciences on the role and nursing activities. The J Tehran Univ Med Sci 2003; 8(16): 22-31 (Persian).
13. Mohammad poor A, Dehgan nayeri N. The survey of the educational needs during dischargement from hospitals referring to health therapeutic center Gonabad city. J Gonabad Univ Med Sci 2005; 12(4):27-35. (Persian)
14. Vahedian Azimi A, Alhani F. Nurse's experiences from barriers and facilitators to patient education. Tehran: Seminar of Master of Sciences in Nursing in Tabiat Moddares University; 2009. (Persian).
15. Vahedian Azimi A, Alhani F, Hedayat K. Nursing's experiences respecting inhibitors and facilitators of patient's education. Iran J Med Educ. (In Press, 2011)
16. 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): 112-18.
17. Mardanian Dehkordi L, Salahshorian Fard A, Mohammad Aliha ZH, Hoseini F. Understanding of nurses from patient education, facilitating and

- inhibiting factors. J Iran Univ Med Sci 2004; 17(3): 18-27. (Persian)
18. Crane CC. Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education. Orthop Nurs 2005; (3): 218-24.
19. Klein - Fedyshin M, Burda M, Epstein B, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. J Med Librar Assoc 2005; 93(4): 440 - 5.
20. Carlson ML, Iunik MA, Dierkhising RA, Obyrne MM, Vickers K. A learning needs assessment of patients with COPD. Med Surg Nurs 2006; 15(4): 204-10.
21. Hekari D, Mohammadzadeh R. The survey of patient education status in nursing student and nurses and affecting factor in Tabriz Hospitals in the year 2007 - 2008. Med J Azad Univ Med Sci 2010; 20(1): 58-63. (Persian)