

## باورهای فرهنگی و رفتارهای بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر: ضرورتی در آموزش به بیمار

منصوره اشقلی فراهانی<sup>۱</sup> \*دکتر عیسی محمدی<sup>۲</sup> دکتر فضل اله احمدی<sup>۳</sup> دکتر مجید ملکی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** بیماری های قلبی و عروقی یکی از مهمترین دلایل مرگ و میر بیماران در ایران شناخته شده است. برنامه آموزش به بیمار یکی از محوری ترین برنامه‌هایی است که می‌تواند در پیشگیری و درمان این گروه از بیماری ها تأثیر بسزایی داشته باشد. هر برنامه آموزش به بیمار در ارتباط مستقیم با فرهنگ افرادی است که با بیمار ارتباط دارند. از آنجا که عوامل فرهنگی تأثیر گذار بر امر آموزش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر در کشور ایران تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است، لذا شناخت این عوامل نقش مهمی را در پیشبرد و ارائه هر چه موثرتر برنامه‌های آموزش به بیمار ایفاء خواهد کرد. این مطالعه شناسایی تأثیر باورهای فرهنگی و رفتارهای بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر در آموزش به بیمار است.

**مواد و روشها:** در این مطالعه از رویکرد کیفی استفاده شده است. ۳۵ شرکت کننده بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف در این پژوهش شرکت داشتند. شرکت کنندگان شامل ۱۸ پرستار به عنوان افراد آگاه اصلی، ۴ پزشک متخصص، ۹ بیمار و ۴ عضو از اعضای خانواده بیماران به عنوان آگاهان فرعی در دو بیمارستان آموزشی شهرتهران در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۴ مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه ها با توجه به دیدگاههای شرکت کنندگان پیرامون پدیده مورد بررسی، تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت و داده ها با روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** شرکت کنندگان طیف گسترده ای از عوامل فرهنگی تأثیر گذار بر امر آموزش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر را بیان نمودند. از تجزیه و تحلیل داده ها پنج مضمون اصلی استخراج شد که شامل: ۱- باورهای فرهنگی و عادات بیماران مربوط به شیوه زندگی، ۲- باورهای بیماران و اعضای تیم درمانی در مورد بیماری و درمان؛ ۳- مخفی کردن تشخیص بیماری، ۴- باورهای بیماران، خانواده آنان، پرستاران و پزشکان در مورد فرد آموزش دهنده و ۵- ناتوانی آموزش دهنده در برقراری ارتباط با قومیت‌های مختلف می باشد.

**بحث و نتیجه گیری:** یافته ها نشان می دهد که باورهای فرهنگی به صورت مختلف می توانند زمینه ساز و یا تشدید کننده بیماری باشند. شناخت و تبیین این باورها برای ارائه آموزش موثر به بیمار لازم و ضروری است.

**کلید واژه ها:** باورهای فرهنگی، آموزش به بیمار، بیماریهای قلبی عروقی، رویکرد کیفی.

تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۲/۳۱

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۲۵

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و عضو مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری.

<sup>۲</sup> - دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول مکاتبات) آدرس الکترونیکی: mohamade@modares.ac.ir

<sup>۳</sup> - دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

<sup>۴</sup> - متخصص قلب و عروق، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

آموزشی نقش مهمی در ارتقاء کیفیت برنامه‌های آموزشی دارد. منظور از موانع آموزش به بیمار، عوامل بازدارنده‌ای هستند که توانایی پرستار و یا اعضای تیم درمانی را محدود می‌سازند (بستابل،<sup>۸</sup> ۲۰۰۳).

مطالعات نشان می‌دهند عوامل فرهنگی یکی از مهمترین عواملی هستند که در برخی از موارد می‌توانند به عنوان مانع آموزش به بیمار عمل نمایند. بطوری که از دیدگاه فالو<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) هر فرهنگی دارای دیدگاهها، رفتارها و عقاید خاصی است که نه تنها شیوه زندگی، نقش و جهان بینی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه بر روی سلامت و بیماری افراد هر جامعه ای نیز تاثیر گذار است. از نظر کرنی<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۶) فرهنگ مفهومی چند بعدی است و می‌تواند به عنوان رفتار، شیوه زندگی و نگرش های منحصر به فردی تعریف شود که آداب و رسوم، عادات، ارزشهای خاص، رفتارها، عواطف و باورهای یک گروه یا جامعه را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین، به منظور ارائه آموزشی موثر و متناسب با شرایط بیمار و خانواده اش، ضروری است تیم درمانی ارزشها و باورهای بیماران و خانواده‌ها را بشناسند.

در کشوری نظیر ایران که از قدمت و تنوع فرهنگی بسیاری برخوردار است، می‌توان پیش بینی کرد جامعه پزشکی با بیمارانی مواجه هستند که به سبب باورهای خاص فرهنگی، رفتارهای ویژه ای دارند. بدیهی است شناخت این رفتارها در ارائه آموزش موثر و نهایتاً<sup>۱۱</sup> در پیشگیری و درمان بیماری تأثیر فراوانی خواهد داشت.

### مواد و روشها

این مطالعه بخشی از یک پژوهش گسترده با روش نظریه پایه (گراند تئوری) در مورد آموزش به بیمار است. در مطالعه حاضر به منظور شناسایی تأثیر باورهای فرهنگی و رفتارهای بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر در برنامه های آموزش به بیمار، از رویکرد کیفی استفاده شده است.

در مطالعات کیفی با توجه به اهمیت بررسی عمیق تجارب افراد، تعداد شرکت کنندگان محدود می‌باشد، لذا با استفاده از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف، ۱۸ پرستار که در بخشهای مراقبتهای ویژه قلبی و بعد از مراقبتهای ویژه قلبی در دو بیمارستان آموزشی شهر تهران مشغول بکار بودند به عنوان آگاهان اصلی<sup>۱۱</sup>، ۴ پزشک متخصص قلب و عروق، ۹ بیمار که به علت سکته قلبی و یا آنژین ناپایدار قلبی در

امروزه در دنیا بیماری های قلبی و عروقی موجب بسیاری از مرگهای زودرس و ناتوانی افراد شده است. با توجه به روند افزایشی بیماریهای قلب و عروق در کشور، لازم است در زمینه پیشگیری، کنترل و درمان این بیماران اقدامات ضروری انجام گردد که یکی از راهکارهای مهم در این امر آموزش بیمار است. آموزش به بیمار در مراقبت موثر از بیماران مزمن نقش بسزایی دارد (کین گس،<sup>۱</sup> ۲۰۰۳). نتایج پژوهشهای نشان می‌دهد که آموزش به بیمار، کیفیت زندگی و تبعیت از رژیم درمانی را افزایش داده (کین گس، کلین ۲۰۰۱ و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۰۳) و همچنین در تطابق بیمار با بیماریش نقش اساسی دارد (گربر و همکاران،<sup>۳</sup> ۱۹۹۹).

نحوه ارائه برنامه آموزش به بیمار، یکی از شاخص های مورد توجه در اعتبار بخشی سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی است (کواتز و رایان،<sup>۴</sup> ۱۹۹۶). انجمن بیمارستانهای آمریکا<sup>۵</sup> در سال ۱۹۷۵ لایحه‌ای را در زمینه حقوق بیماران و لزوم فراهم آوردن اطلاعات مورد نیاز بیمار در زمینه شرایط جسمی، عوامل خطر بیماری و داروها تنظیم نمود و آن را بعنوان عامل اصلی سلامتی اعلام نمود که از نظر قانونی لازم الاجرا می‌باشد (پوتر و پری،<sup>۶</sup> ۱۹۹۹).

علیرغم فواید بسیار آموزش به بیمار در قبال هزینه ناچیز آن، این امر مهم در اغلب مراکز بهداشتی-درمانی نادیده گرفته شده و کمتر انجام می‌گردد (کواتز و ریان، ۱۹۹۶). شواهد حاکی از این است که بیماران در هنگام ترخیص، اطلاعات کمی در مورد بیماری و نحوه مراقبت از خود دریافت می‌نمایند. نتایج پژوهش ویج،<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) در مورد رضایت بیماران از آموزشهای دریافت شده پس از تشخیص آنژین صدری نیز نشان داد که آنان از آموزشهای ارائه شده، راضی نبودند.

از سوی دیگر با توجه به اهمیت نقش پرستاران در آموزش به بیمار، در حال حاضر موانع زیادی در ارائه آموزش به بیمار توسط پرستاران وجود دارد که لازم است مورد بررسی قرار گیرد. به عبارت دیگر ضروری است مشخص شود چرا با وجود اهمیت این نقش و فواید عدیده آن، هنوز آموزش به بیمار از سوی پرستار بطور صحیح انجام نمی‌گردد؟ چه مانع و یا موانعی برای ارائه آن وجود دارد؟ چرا که شناسایی موانع

<sup>1</sup> -Kyngas

<sup>2</sup> -Klein et al

<sup>3</sup> -Graber et al

<sup>4</sup> -Coates & Ryan

<sup>5</sup> -American Hospital Association(AHA)

<sup>6</sup> -Potter & Perry

<sup>7</sup> -Weetch

<sup>8</sup> -Bastable

<sup>9</sup> -Falvo

<sup>10</sup> -Crane

<sup>11</sup> -key Informants

گردیدند. سپس طبقه‌بندی با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه انجام شد، بدین ترتیب کد گذاری سطح دوم (محوری) و یا طبقه بندی داده ها شکل گرفت. در مرحله بعد طبقات نیز با یکدیگر مقایسه شدند و طبقاتی که از نظر خصوصیات مشابه بودند در یکدیگر تلفیق شدند تا طبقه وسیع تری را تشکیل دهند و مضامین نمایان گردند.

اعتبار و پایایی داده ها با معیارهای پژوهش کیفی شامل مقبولیت<sup>۳</sup> و تعیین<sup>۴</sup> انجام گرفت. جهت افزایش مقبولیت مقبولیت از روشهای بازنگری توسط شرکت کنندگان<sup>۵</sup>، درگیری مداوم<sup>۶</sup>، بازنگری توسط ناظرین<sup>۷</sup>، تلفیق زمانی<sup>۸</sup> و استفاده از نظرات تکمیلی اساتید<sup>۹</sup> استفاده شد. بازنگری توسط شرکت کنندگان، بازنگری توسط ناظرین و حداکثر تنوع در نمونه ها<sup>۱۰</sup>، خود گواهی دهنده مقبولیت و تعیین داده ها بودند.

### یافته ها

میانگین سن و میانگین سابقه کار پرستاران به ترتیب ۳۷ سال و ۱۰ سال و ۶ ماه بود. اکثریت پرستاران ۷۷/۸ درصد زن و ۵۱ درصد از آنها مجرد بودند. میانگین سن و سابقه کار پزشکان به ترتیب ۳۳/۵ سال و ۷ سال بود و ۷۵ درصد پزشکان متاهل بودند. میانگین سن بیماران ۵۷ سال و میانگین سابقه بیماری در آنان ۱۰ سال بود و ۸۹ درصد متاهل بودند. چهارعضو خانواده بیمار که مورد مصاحبه قرار گرفته بودند یکی همسر و دیگری فرزند یکی از بیماران بودند. از مصاحبه های بعمل آمده از شرکت کنندگان در مرحله نخست ۱۶۲ کد اولیه، و سپس ۱۶ طبقه و نهایتاً ۵ مضمون<sup>۱۱</sup> (درون مایه) استخراج گردید. در زیر هر مضمون و طبقات مربوط به آن بیان شده است.

بیمارستان بستری شده بودند و ۴ نفر از اعضای خانواده بیماران به عنوان آگاهان فرعی<sup>۱</sup>، مورد مصاحبه با سئوالات باز قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستاران و پزشکی بود که آگاهی و تجربه کافی در زمینه بیماریهای قلبی عروقی و پدیده آموزش به بیمار داشته و مایل بودند تجربیات خود را در اختیار پژوهشگران قرار دهند. معیارهای ورود به مطالعه برای بیماران، ابتدا به بیماری قلبی عروقی و بستری بودن در بخش های مورد نظر در زمان انجام پژوهش و همچنین قادر بودن به صحبت به زبان فارسی و عدم ابتلا به بیماریها و اختلالات جدی که روند مصاحبه را تحت تاثیر قرار دهد، بود.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوا<sup>۲</sup> استفاده شد. داده ها بصورت مصاحبه های چهره به چهره انجام و با توجه به رضایت آگاهانه شرکت کنندگان، روی نوار دیجیتالی ضبط شدند. مصاحبه ها با طرح سئوالات باز انجام گردید. به عنوان نمونه برای شروع مصاحبه با پرستاران چنین سوالی مطرح شد: تجربه خود را در مورد آموزش به بیمار بیان دارید؟ و از بیماران پرسیده شد: چه آموزشهایی را در زمینه بیماری، درمان و مراقبت در طی بستری شدن دریافت کرده اید؟ ترجیح می دهید چه کسی به شما آموزش بدهد؟

در طی مصاحبه ها از شرکت کنندگان خواسته شد که برای توصیف پدیده های مطرح شده، مثال یا مثالهایی ارائه داده و یا اینکه دلایل پاسخهای خود را بیان دارند. جهت انجام مصاحبه از اتاقهای ساکت و مناسب برای شرکت کنندگان استفاده شد و ضمن کسب رضایت آگاهانه و شفاهی از شرکت کنندگان جهت مصاحبه، به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه (حذف نام و هر شناسه ی دیگر از متون، بیانات، نوشتارها و...) استفاده خواهد شد و افراد می توانند در هر زمانی که مایل باشند، از مطالعه خارج شوند.

بر اساس روش تحلیل محتوا در رویکرد کیفی، مصاحبه ها کلمه به کلمه دست نویس شده و بلافاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در واقع تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم زمان و بطور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. دست نویس ها خط به خط خوانده و کد گذاری شدند. برای کد گذاری سطح یک یا باز، از کدهای زنده و یا کدهای دلالت کننده (برداشت های پژوهشگر از گفته ها) استفاده شد. داده‌های جدید همزمان با تمام داده‌ها مقایسه شد تا محوریت مطلوب در بین داده‌ها آشکار گردد. داده‌ها به دقت به کوچکترین اجزاء ممکن شکسته شد و از نظر تفاوت ها و تشابه‌ها مقایسه

<sup>3</sup>-Credibility

<sup>4</sup>-Confirmability

<sup>5</sup>-Member check

<sup>6</sup>-Prolonged engagement

<sup>7</sup>-External checks

<sup>8</sup>-Time triangulation

<sup>9</sup>-Debriefing

<sup>10</sup>-Maximum variation of sampling

<sup>11</sup>-Theme

<sup>1</sup>-Informal informant

<sup>2</sup>-Content analysis

## مضمون اول: باورهای فرهنگی و عادات بیماران مربوط

### به شیوه زندگی

شرکت کنندگان در پژوهش، طیف گسترده ای از باورها و عادات مربوط به شیوه زندگی را بیان نمودند که شامل رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پنداشتهای نادرست در مورد اثر بخشی تریاک، برداشت های نادرست از امور دینی و فعالیت جنسی می باشد. در زیر یافته های هر طبقه ارائه شده است:

### ۱-۱ رژیم غذایی:

یکی از مهمترین عوامل خطر بیماری عروق کرونر، مصرف مواد غذایی چرب و پرنمک است. بررسی داده های نمایانگر مصرف چربی و نمک زیاد در میان بیماران است که حاکی از تأثیر باورها و عادات گذشتگان بر عادات غذایی افراد است. بطوری که یکی از بیماران شرکت کننده بیان نمود: "از قدیم پدران ما خود را با مواد چربی و دنبه و..... سیر نگه می داشتند و هیچ اتفاقی هم در طول عمرشون براشون پیش نیومده بود، بنظر من این پرهیزات تشریفاتی است".

مشارکت کننده دیگر که یکی از اعضای تیم درمانی بود، اظهار داشت: "مردم ما خصوصاً افراد مذکر به کله و پاچه علاقه زیادی دارند و معمولاً آن را مصرف می کنند".

یکی از پزشکان معتقد بود: "برخی از بیماران بر این باورند که خوردن چاشنی های ترش چربی خون را کاهش می دهد، و یا اینکه با خوردن داروی پایین آورنده چربی خون می توانند مواد غذایی چرب را مصرف نمایند".

### ۲-۱ فعالیت فیزیکی

بررسی داده ها در این طبقه نمایانگر بی توجهی بیماران نسبت به سلامتی خویش و اهمیت زیاد اولویتهای خانواده بر سلامت فردی افراد جامعه ایرانی است. باور نادرست مردم بر جایگزینی انجام امور روزمره به جای ورزش نمونه ای از این بی توجهی است. یکی از اعضای تیم درمانی بیان داشت: "اکثر بیماران بر این باور هستند که کارهای روزمره آنها جای ورزش را می گیرد و حتی برخی آن را مفیدتر از ورزش می دانند و براین اساس نیازی به انجام ورزش نمی بینند".

از سوی دیگر بیماران به ارجحیت اولویتهای خانواده بر الویت های سلامت خود اشاره می کردند. در میان زنان ایرانی بر آورده شدن نیازهای همسر و فرزندان اهمیت زیادی دارد و معمولاً از نظر جسمی، روانی و عاطفی خود را فدای ارزشهای خانواده می نمایند. در این رابطه یکی از بیماران اظهار داشت: "من یک زن خانه دار هستم ۶ فرزند دارم از صبح که بلند می شوم تا شب امور منزل را انجام می دهم و وقت نمی کنم که به خودم برسم و بدلیل مسئولیت هایم وقت کافی برای ورزش ندارم".

## ۳-۱ پنداشتهای نادرست در مورد اثر بخشی تریاک

### واستعمال دخانیات

یکی از باورهای نادرستی که در جامعه ما رواج پیدا کرده تأثیر مصرف مواد مخدر به ویژه تریاک در پیشگیری و درمان بیماریهای قلبی عروقی است. همچنین برخی از بیماران بر این باور بودند که مصرف دخانیات در کاهش استرس های آنان نقش بسزایی دارد. گویه های یکی از شرکت کنندگان در این رابطه عبارتست از: "اکثریت بیماران خصوصاً بیمارانی که مدت طولانی به این بیماری مبتلا هستند بر این باورند که مصرف تریاک در درمان و کنترل بیماری آنها نقش مهمی دارد، شما الان توی همین بیمارستان یک آمار سر انگشتی بگیرید می بینید خیلی از بیماران به این دلایل تریاک مصرف می کنند و اصلاً خانواده های شان نیز بر این باورند و در ساعات ملاقاتی براشون این مواد را می آورند". یکی از بیماران نیز گفت: "دوستانم مرا به مصرف تریاک تشویق می کنند و می گویند برای بیماری قلبی و مرض قندم مفید است".

### ۴-۱ برداشت های نادرست از امور فقهی

یکی از موانع فرهنگی در آموزش بیماران قلبی در این مطالعه، امتناع بیماران در استفاده از توالی فرنگی است که در مرحله حاد بیماری جهت جلوگیری از ایجاد هر گونه بار اضافی بر قلب، به بیماران توصیه می شود. در حقیقت بیماران سبک زندگی سنتی را بر رفتارهای نوین بهداشتی به ویژه رفتارهایی که به گونه ای به فرائض دینی مرتبط هستند، ترجیح می دهند. یکی از پرستاران در این زمینه اظهار داشت: "بیماران بدلیل اینکه فکر می کنند اگر دستشویی فرنگی استفاده کنند ممکن است نماز آنها و فرائض دینی آنها درست نباشد از رفتن به دستشویی فرنگی ممانعت می کنند".

### ۵-۱ شرم و حیا در زمینه آموزش فعالیت جنسی

آموزش فعالیت جنسی در بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اما در این مطالعه احساس شرم و خجالت در میان بیماران و حتی تیم درمان از صحبت در این زمینه، به عنوان یکی از موانع فرهنگی در آموزش به بیمار از سوی اغلب پرستاران و بیماران مطرح گردید. به عنوان نمونه یکی از پرستاران بیان داشت: "یکی از موانع فرهنگی ما در زمینه آموزش فعالیت جنسی بیماران است، بطور کلی به جرأت می توان گفت که هیچکدام 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".

خود را تقدیر الهی دانسته و معتقد بودند که خداوند برای آنان این بیماری را رقم زده و باید به آنچه خداوند مقدر نموده، تسلیم شوند. در این راستا یکی از پرستاران بر این باور بود: "برخی از بیماران تمایلی به آموزش نشان نمی دهند چون فکر می کنند بیماری آنها خواست خدا بوده و بدینوسیله خودشان را در ایجاد بیماری و یا پیشگیری از پیشرفت بیماری دخیل نمی دانند".

## ۲-۲ پنداشت نادرست از بیماری قلبی

از آنجایی که قلب عضو حیاتی و حساس بدن است، برخی از بیماران خصوصاً خانواده آنان تصور نادرستی از ابتلا به بیماری قلبی دارند. برای آنان ابتلا به بیماری قلبی، مانند مرگ و یا درماندگی و ناتوانی می باشد. در این رابطه یکی از اعضای تیم درمانی اظهار داشت: "بیمار و خانواده بیمار سکتة قلبی را معادل با مرگ می دانند". یکی از پرستاران نیز معتقد بود: "اگر به بیماران بگوییم که سکتة کرده اند فکر می کنند که دیگر از در سی سی یو بیرون نمی روند و حتماً می میرند". همسر یکی از بیماران در این زمینه می گفت: "وقتی به من گفتند همسرم دچار انفارکتوس شده ناگهان شوکه شدم و یک لحظه فکر کردم همه چیز تمام شده".

## مضمون سوم: مخفی کردن تشخیص بیماری

آگاهی از بیماری و درمان حق مسلم بیماران و خانواده های آنان است، اما داده های این مطالعه نشان داد اعضای تیم درمانی بدلیل موانع خانوادگی، در فاش کردن تشخیص بیماری با مشکل روبرو هستند.

## ۳-۱ پنهانکاری

یکی از چالشهای مهمی که اعضای تیم درمانی کشور ما با آن روبرو هستند، مخفی کردن تشخیص و وخامت بیماری از بیماران است. برخی از بیماران ترجیح می دهند که به آنها واقعیت ها گفته نشود و معمولاً علاقه ای به شنیدن وخامت وضعیت خود نشان نمی دهند. در این رابطه یکی از پرستاران بیان نمود: "اینجا تشخیص بیماری را به بیمار نمی گویند، چون فرهنگ ما اینطوری است. همه می ترسند و می گویند بیمار نباید چیزی بفهمد. در صورتی که این حق بیمار است و بنظر 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، وبتواند تصمیم بهتری راجع به زندگی خودش بگیرد و در ضمن وقتی من نتوانم تشخیص بیمار را به او بگویم چگونه می توانم به او آموزش بدهم. بهر حال من باید بگویم چگونه بیماری او ایجاد شده تا عوامل خطر بیماری را برایش مشخص کنم و بگویم چگونه می تواند

یکی از بیماران نیز در این زمینه گفت: "من نمی دانم در مورد فعالیت جنسی باید به چه نکاتی دقت نمایم و اصلاً شرم می شود از کسی سئوالی در این زمینه بپرسم".

عدم ارائه آموزش به بیمار در زمینه فعالیت جنسی ممکن است عواقب ناگوار و غیر قابل جبرانی برای بیمار و خانواده به دنبال داشته باشد. یکی از پرستاران در این مورد اظهار داشت: "یک مدت بود که بیماران مردی که بدلیل مصرف داروهای قلبی دچار ایمپوتانسی شده بودند از دارویی به اسم ویاگرا که با نیترات تداخل داشت، مصرف می کردند و برخی از آنان با عوارض شوک وازوژنیک و حتی فوت به اورژانس مراجعه می کردند. یکی دو موردش رو من خودم دیده بودم. یک موردش هم در بخش ما بستری شد که با تاقیکاردی بطنی مقاوم آخرش هم مرخص شد. حتی همسر بیمار هم نمی دانست که شوهرش این دارو را مصرف می کرده است".

همچنین یکی از بیماران تجربه ناگواری را در مورد عدم آموزش در زمینه فعالیت جنسی بیان داشت: "در اینجا هیچکس به من و یا همسرم آموزش نداد که برخی از داروهای من باعث ناتوانی جنسی می شود و بدلیل حجب و حیای فرهنگی نه من روم شد در این مورد سئوالی بپرسم و نه همسرم، و متأسفانه این مسئله باعث جدایی و طلاق من از همسرم شد".

از سوی دیگر در بین مردم ایرانی قضاوت عمومی بر مصلحت بیمار ارجحیت دارد، بطوری که بحث و گفتگو در مورد فعالیت جنسی خصوصاً از طرف افراد مجرد شایسته و پسندیده نمی باشد، و بطور کلی بحث در مورد این موضوع خیلی سر بسته و مخفیانه انجام می گیرد. در این زمینه یکی از پرستاران خانمی که مجرد نیز بود، گفت: "من روم نمی شود در مورد فعالیت جنسی به بیماران و یا خانواده هایشان آموزش بدهم، چون من مجردم و می ترسم انگ اخلاقی بر روی من زده بشود".

## مضمون دوم: باورهای بیماران، خانواده آنان و اعضای

### تیم درمانی در مورد بیماری و درمان

باورهای افراد در مورد بیماری و درمان نیز می تواند در برنامه های آموزش به بیمار تأثیر گذار باشد. در این مورد دو طبقه از تحلیل کیفی بدست آمده است:

### ۲-۱ تقدیر گرایی

اعتقاد به تقدیر الهی و خواست خداوند یکی از جنبه های مهم در استعانت مذهبی مردم ایران است. برخی از بیماران که از تشخیص بیماری خود آگاهی داشتند، بیماری

احساس می شود حرفش خودمونی تر است. شاید حرف او بیشتر به جسم و جونم می نشیند، واقعاً آدم با دکترها رودرواسی دارد و خودش را باید جمع و جور کند. آدم احساس می کند پرستار عضو خانواده اوست. از حرفهای دکتر مثلاً ۱۰ تا حرفش آدم ممکن است ۲ تاش را بگیرد و ۲ تاش را هم کمتر بگیرد و بقیه اش را نگیرد. اما پرستارها لری تر صحبت می کنند".

#### ۴-۳ مقبولیت پرستار در امر آموزش

اما تمامی پرستاران، پزشکان و برخی از بیماران معتقد بودند که پرستاران بدلیل برخورداری از ویژگیهای خاصی چون صبر، حوصله و حضور مداوم و مستمر در بالین بیمار، و همچنین بدلیل همترازی بیشتر با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران در بین تیم درمانی بهتر از هر فرد دیگری می توانند بیمار و خانواده اش را از نظر ویژگیهای جسمی، روانی و اجتماعی درک کرده و بنابراین قادر هستند به عنوان بهترین متولی آموزش به بیمار، ایفاء نقش نمایند.

#### مضمون پنجم: ناتوانی آموزش دهنده در برقراری ارتباط با قومیت‌های مختلف

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 ها با مشکل مواجه گردند. در این زمینه یکی از افراد خانواده بیمار اظهار داشت: "مادر ما ترک زبان است، وقتی پزشکان چیزی می گویند ایشان دل نگران هستند، و می گویند چی شده؟ ایشان به ما اعتراض می کند و می گوید شما اینجا نبودید، دکتر یک چیزهایی گفتند ولی من متوجه نشدم هیچکس هم نبود که برای من توضیح بدهد، واقعاً واجب است یکی این مسائل را برای بیمار تفهیم نماید".

#### بحث و نتیجه گیری

مطالعات نشان می دهند یکی از موانع اصلی در امر آموزش بیمار موانع فرهنگی هستند (اسماعیلی ندیمی و همکاران ۱۳۸۲ و تامپسون و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). در مطالعه حاضر طیف گسترده ای از موانع فرهنگی در امر آموزش بیماران قلبی مشخص شده است، که مطمئناً "شناخت آنها می تواند در ارائه آموزش موثر به بیمار و خانواده اش اثر بخش باشد. با مروری بر طبقات و مضامین استخراج شده از این

از پیشرفت و یا عود مجدد بیماری جلوگیری کند این مسئله خودش به عنوان مانع آموزش به بیمار است".

#### ۳-۲ ترس و نگرانی خانواده

برخی از اعضا تیم درمانی اعم از پرستار و پزشک بر این باور بودند که علت پافشاری خانواده ها برای عدم فاش سازی تشخیص بیماری، ترس و نگرانی آنان از بدتر شدن وضعیت بیمار است.

#### مضمون چهارم: باورهای بیماران، خانواده آنان و پرستاران و پزشکان در مورد فرد آموزش دهنده

این مضمون حاصل سه طبقه زیر است:

##### ۴-۱ مرجعیت پزشک در امر آموزش

در جامعه ما پزشکان از جایگاه ویژه علمی و مهارتی 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 بیان داشت: "برخی از بیماران و خانواده هایشان معتقدند که پزشکان بدلیل برخورداری از علم و دانش زیاد بهترین فرد برای آموزش هستند".

از سوی دیگر در جامعه ما پرستار و نقش های وی بخوبی شناخته نشده است. اکثر افراد جامعه حتی افراد تحصیل کرده، نسبت به صلاحیت علمی و عملی پرستاران آگاهی نداشته و آنان را افرادی حرفه ای در امور فنی نظیر تزریقات و پانسمان می شناسند و برخی از مردم حتی نمی دانند که پرستاران دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. بیان ارائه شده از طرف یکی از بیماران تأیید کننده این ادعا است: "من همیشه سوالاتم را از پزشکان می پرسم چون پرستاران اجازه ندارند به بیمار اطلاعات بدهند، یعنی راستش را بخواهید آنها سواد زیادی ندارند".

در این زمینه یکی از پرستاران معتقد بود: "برخی از بیماران، ما 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".

##### ۴-۲ فاصله بیمار با پزشک

از طرف دیگر، برخی از بیماران معتقد بودند که پرستاران بهتر از پزشکان می توانند آموزش هایی را در سطح درک و فهم بیماران ارائه دهند چرا که اغلب بیماران به علت فاصله طبقاتی با پزشکان، احساس عدم راحتی و نوعی رو در بایستی در سوال کردن از پزشک داشتند. یکی از بیماران معتقد بود: "حرف پرستاران به آدم بهتر می چسبد چون

<sup>1</sup> . Thompson et al

پنداشت نادرست اغلب مردم در مورد نقش پیشگیری کننده و درمان گر تریاک در بیمارهایی نظیر فشارخون، دیابت شیرین و بیماریهای قلبی عروقی است (اسماعیلی ندیمی و همکاران، ۱۳۸۲؛ نجار و همکاران، ۱۳۸۰).

یکی دیگر از موانع فرهنگی در آموزش بیماران قلبی، رفتارهای ناشی از برداشت نادرست از امور فقهی و فرائض دینی است. یافته های این مطالعه نشان می دهد که یکی از این رفتارها امتناع بیماران در استفاده از توالت فرنگی است. در واقع بین این رفتار و انجام فرائض دینی تناقضی وجود ندارد، اما برخی از بیماران بواسطه باورهای سنتی و حساسیتهای مذهبی احساس می کنند استفاده از این نوع توالت ها، موجب نجاست و عدم طهارت لازم برای انجام فرائض دینی می گردد. به علاوه آیین شستشو با آب در ایران باستان از سابقه کهنی برخوردار است. بنابر اعتقاد اقوام مختلف ساکن در ایران، تطهیر جدا از وجه جسمی، به پالایش روان نیز تعمیم یافته است. بنابراین، در امر آموزش به بیمار باید حساسیتهای مذهبی و باورهای بیماران مورد توجه خاص قرار بگیرد.

آخرین طبقه مربوط به مضمون باورهای افراد در شیوه زندگی، شرم و حیای افراد در کسب آموزش های مربوط به فعالیت جنسی است. نتایج نشان می دهد عدم ارائه برنامه آموزشی در این زمینه موجب عوارض و پیامدهای ناگوار جسمی و روانی در بیماران و خانواده ها شده است. شرکت کنندگان اعم از تیم درمانی، بیماران و خانواده ها همگی بر این موضوع توافق داشتند که شرم و حیای نشأت گرفته از فرهنگ و اعتقادات مذهبی مردم ایران در مورد مسائل جنسی، موجب می شود نه تنها اعضای تیم درمانی به آموزش در این زمینه نپردازند، بلکه بیماران و خانواده ها نیز از سوال در این زمینه خودداری نمایند. بعلاوه با توجه به مجرد بودن اغلب پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و عدم تجربه آنان در این زمینه ناشی از حرمتهای مذهبی و فرهنگی، ارائه آموزش در مورد رفتارهای جنسی به بیماران برای آنان بسیار مشکل بوده است. ماهیت این مشکل با سایر مطالعات انجام شده در جوامع غربی تفاوت دارد زیرا چالش های موجود در زمینه آموزش فعالیت جنسی عمدتاً مربوط به نوجوانان و همجنس بازان می باشد (فالو، ۲۰۰۴).

باورهای شرکت کنندگان در مورد بیماری و درمان دومین مضمون این پژوهش می باشد. نتایج نمایانگر این موضوع است که با وجود برنامه های آموزشی که از طریق رسانه های گروهی ارائه می شود، هنوز مردم تصور درستی از بیماری قلبی ندارند و سطح آگاهی آنان در این زمینه بسیار

پژوهش، می توان استنباط کرد که بین ماهیت باورها و رفتارهای بیماران با اصول و توصیه های علمی پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی، تناقض و تضادهای آشکاری وجود دارد. این نوع تضادها ریشه در باورهای سنتی و تجارب گذشته افراد دارد، بطوری که برخی از بیماران به مصرف غذاهای چرب و پر نمک توسط پدران خود و سلامت آنها اشاره می نمودند. مطالعات اسمیت و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) و متز<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، نشان می دهد که مصرف غذاهای سنتی که اغلب حاوی مقادیر زیادی نمک و چربی هستند، تحت تاثیر زمینه های قوی اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. همچنین تغییرات بیولوژیکی مربوط به سن (نظیر کاهش حس چشایی)، طعم بد مواد غذایی رژیمی، و نیز احساس ایزوله شدن از اعضای خانواده و افراد جامعه، موجب می شود بیماران تمایلی به تبعیت از رژیم غذایی نداشته باشند. در همین رابطه تامپسون و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) نیز می نویسند غذاهای رژیمی برای افراد خوشایند نیستند زیرا بطور نمادی (سمبلیک) آنها را بیشتر با بیماریشان پیوند می دهد تا با خانواده. بعلاوه غذاهای رژیمی ممکن است حس ایزوله شدن از اجتماع را در فرد القاء نماید. همچنین برخی بیماران تصور می نمایند که همراه با مصرف دارو می توانند از غذاهای پر نمک و چربی استفاده نمایند. نتایج این مطالعه با مطالعه کینگ و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

همین چالش در مورد فعالیت فیزیکی بیماران و باورها و رفتارهای بیماران صادق است. اکثر بیماران بر این باورند که فعالیت های روزمره زندگی و کار در منزل برای پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی کافی است. نتایج تحقیق صراف زادگان و همکاران در سال ۱۳۷۷ موبد این نتایج می باشند. بعلاوه، یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که اولولیتهای خانواده و مسئولیتهای خانوادگی و اجتماعی در زنان و مردان ایرانی نسبت به سلامتی آنان اهمیت بیشتری دارد.

یکی دیگر از باورها و پنداشت های نادرست در میان بیماران مصرف مواد مخدر مخصوصاً تریاک به عنوان پیشگیری کننده و یا درمان کننده بیماری می باشد. بطوری که نتایج مطالعات مختلف نیز تأیید کننده این یافته است. در کشور ما میزان شیوع اعتیاد به تریاک در بیماران مبتلا به سکتة قلبی ۱۹ درصد است، در صورتی که این میزان در افراد عادی جامعه ۲-۲/۸ درصد است. این افزایش مصرف ناشی از

<sup>۱</sup>-Smith et al

<sup>۲</sup>-Mattes et al

<sup>۳</sup>-King et al

ارائه شده از طرف پرستار و ارزشمند کردن نقش آموزشی پرستار داشته باشند.

ناتوانی تیم درمان در برقراری ارتباط با قومیت‌های مختلف ایرانی آخرین مضمون حاصل از این مطالعه می باشد. مطالعات نشان می دهند که آموزش موثر به میزان زیادی به چگونگی ارتباط بین فردی بستگی دارد بطوری که موانع ارتباطی، یکی از مهمترین موانع در آموزش به بیمار است (نصیر و نصیر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). با توجه به گستردگی قلمرو و قدمت فرهنگی کشور ایران، تیم درمانی خصوصاً افراد شاغل در مراکز درمانی مرجع مانند بیمارستانهایی که جهت انجام این مطالعه در نظر گرفته شدند، معمولاً با بیماران در ارتباط هستند که از قومهای مختلف نظیر بلوچ، فارس، آذری، ترکمن و عرب به مراکز درمانی مراجعه می نمایند. با توجه به تنوع زبان و گویش های این قومیت ها، همواره یکی از مهمترین مشکلات تیم درمانی با این بیماران و خانواده آنان مربوط به نحوه برقراری ارتباط است. اعضاء تیم درمانی یکی از موانع فرهنگی مهم را آشنا نبودن به زبان محلی این بیماران و آداب و سنن خاص ارتباطی هر قوم را بیان نموده اند. بنابراین تشکیل کلاسهای آموزشی ضمن خدمت، در زمینه نحوه برقراری ارتباط با قومیت‌های مختلف از دیدگاه شرکت کنندگان ضروری می باشد.

در انتها می توان نتیجه گرفت که آشنایی تیم درمان و خصوصاً پرستاران با رفتارها و باورهای فرهنگی جامعه و نیز آموزش کافی به پرستاران و حمایت مدیران و پزشکان از آنان به عنوان افراد ذیصلاح آموزش به بیمار می تواند تا حد زیادی موانع موجود در ارائه آموزش به بیمار را کاهش دهد.

### تشکر و قدردانی

از کلیه پرستاران، پزشکان، بیماران و خانواده های آنان که در انجام این پژوهش همکاری بی دریغ داشته اند، همچنین از اساتید محترمی که در امر بازنگری و اصلاح کدها ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می شود.

پایین است. بطوری که عده ای بیماری خود را تقدیر الهی دانسته و تسلیم شرایط موجود می شوند. از سوی دیگر نتایج این مطالعه نشان می دهد که اکثر بیماران و خانواده آنان خصوصاً "بیمارانی که به تازگی دچار انفارکتوس میوکارد شده بودند، ترس و وحشت خاصی نسبت به این بیماری داشتند. از دیدگاه اغلب پرستاران و برخی از پزشکان، ابتلا به بیماریهای قلبی چون انفارکتوس میوکارد برای بیماران معنایی معادل با مرگ داشته است. حتی بستری شدن در سی سی یو برای بیماران و خانوادهها بسیار هولناک و خطرناک تلقی می شود، بطوری که فکر می کنند بستری شدن در سی سی یو به معنای بازنگشتن به خانه است.

یکی از چالش هایی که تیم درمانی در کشور ایران با آن روبرو هستند، پنهان کردن تشخیص بیماری از بیماران است که سومین مضمون در این مطالعه می باشد. هرچند که منابع و مطالعات متعدد آگاهی از تشخیص بیماری، روند و درمان بیماری را جز حقوق بیمار دانسته اند (دیکچ، آژولت ۲۰۰۱ و ویچ ۲۰۰۳)، اما در کشور ما بسیاری از بیمارانی که دچار بیماریهای صعب العلاج و مزمن نظیر سرطان و سکته قلبی شده اند، از بیماری خود آگاهی ندارند. گرچه بررسی علل این مشکل نیاز به مطالعات بیشتری دارد، اما نتایج این مطالعه نشان می دهد که علت پنهان کردن تشخیص بیماری از بیمار، نگرانی شدید خانواده ها از عواقب آگاه نمودن بیمار است که می تواند موجب ترس شدید بیمار و کاهش احتمالی طول عمر بیمار گردد. با توجه به یافته ها می توان نتیجه گرفت که خانواده ها پنهانکاری تشخیص بیماری از بیمار را به عنوان یک استراتژی برای حمایت از بیمار خود بکار می بندند.

چهارمین مضمون حاصل از داده های این مطالعه، باورهای شرکت کنندگان در مورد فرد آموزش دهنده می باشد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که در جامعه ما متولی بودن پرستار برای امر آموزش در صورتی امکان پذیر است که جایگاه علمی این گروه توسط جامعه شناخته شود. همچنین لازم است مدیران سازمان و به ویژه پزشکان نقش آموزشی پرستاران را مورد حمایت قرار دهند. پرستاران شرکت کننده در این مطالعه بر این باور هستند که با توجه به جایگاه مهم و خاص پزشکان در فرهنگ جامعه، بیماران و خانواده ها نظرات و آموزش های ارائه شده از سوی پزشکان را بیشتر می پذیرند. بنابراین، علاوه بر اهمیت دانش و مهارت کافی و مناسب پرستاران در زمینه آموزش به بیمار، پزشکان می توانند سهم بسزایی در ایجاد حس اعتماد بیماران و خانواده ها به آموزش

<sup>2</sup> . Nasir & Nasir

<sup>1</sup> . Deccache & Aujoulate

منابع

- اسماعیلی ندیمی ع و همکاران (۱۳۸۲). اثر مواد مخدر بر میزان قندخون، تری گلیسرید و کلسترول در وابستگان به مواد مخدر. *اسرار* (دانشکده علوم پزشکی سبزوار) ۱۰ (۴) ۱۳-۱۹.
- نجلر و کیلی ب و همکاران (۱۳۸۰). بررسی مقایسه ای عوارض زودرس انفارکتوس حاد میوکارد در بیماران معتاد به مواد مخدر و غیر معتاد. *اسرار*، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات در مانی سبزوار ۸ (۲) ۹۶-۱۰۳.
- Bastable SB (2003) Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. 2<sup>nd</sup> edition, New York: Jones and Bartlett Publishers.
- Crane CC (2006). Do your patients understand? providing culturally congruent patient education. *Orthopedic Nursing*. 25 (3) 218–224.
- Deccache A Aujoulat I (2001). A European perspective: Common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Education and Counseling*. 44 (1) 7–14.
- Falvo DR (2004). Effective patient education. 3<sup>rd</sup> edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Graber MA Roller CM et al (1999) Readability levels of patient education material on the World Wide Web. *Journal of Family Practice*. 48 (1) 58–61.
- King KM et al (2006). Men and women managing coronary artery disease risk: Urban–rural contrasts. *Social Science Medical* . 62 (5) 1091–1102.
- Klein JD et al (2001). Improving adolescents preventive care in community health centers. *Pediatrics*. 107 (2) 318–327.
- Kyngas H (2003). Patient education: Perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*. 12 (5) 744–751.
- Mattes RD (2005) Nutrition and the chemical senses. *In Modern Nutrition in Health and Disease*, 10<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lea & Febajjer. 695-706
- Nasir LS Nasir AK (2006). Introducing Arabic language patient education materials in Jordan. *Patient Education and Counseling*. 60 (2) 142–145.
- Potter P Perry AJ (1999). Basic Nursing: A critical thinking approach. 4<sup>th</sup> edition. St Louis: Mosby Co.
- Smith SL et al (2006). Aging and eating in the rural, Southern United States: Beliefs about salt and its effect on health. *Social Science and Medicine*. 62 (2) 189–198.
- Sarraf Zadegan n et al (1999). Risk factors for coronary artery disease in Isfahan. Iran. *British Journal of Public Health*. 9 (1)20-26.
- Thompson SJ Gifford SM et al (2000). The social and cultural context of risk and prevention: Food and physical activity in an urban aboriginal community. *Health Education and Behavior*. 27 (6) 725–43.
- Weech TH (2003). Patient satisfaction with information received after a diagnosis of angina. *Professional Nurse*. 19 (3) 150-153.