

بررسی مقایسه ای تاثیر آموزش کلامی چهره به چهره و پمفلت آموزشی بر میزان دانش قبل از عمل بیماران کاندیدای عمل جراحی غیر اورژانس: یک کار آزمایی بالینی تصادفی سازی شده

کبری نوریان، محمدعلی رجایی، محمد مؤذنی، فرشته آئین*

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: طبق شواهد موجود بیماران از عدم دریافت اطلاعات لازم جهت آمادگی قبل از عمل و مراقبتهای پس از عمل رنج می برند. این مطالعه به مقایسه تأثیر دو روش آموزش کلامی چهره به چهره و آموزش از طریق پمفلت بر میزان دانش بیماران کاندیدای عمل جراحی غیر اورژانس پرداخته است. **روش بررسی:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۹۰ نفر بیمار کاندیدای عمل جراحی غیر اورژانس با روش نمونه گیری تدریجی آسان وارد مطالعه گردیدند و به طور تصادفی و تدریجی در یک گروه کنترل و دو گروه آزمون (گروه آموزش کلامی چهره به چهره و گروه آموزش از طریق پمفلت) توزیع شدند. متغیر وابسته پژوهش را سطح دانش بیمار در مورد آمادگی های قبل، حین و پس از جراحی تشکیل می داد که با استفاده از آزمون دانش چند گزینه ای قبل و پس از مداخله مورد سنجش قرار گرفت. **یافته ها:** دانش قبل از عمل بیماران پس از انجام مداخله در گروه های آزمون بطور معنی داری بالاتر از گروه شاهد بود ($P < 0/05$) ولی بین دو گروه آزمون تفاوت معنی داری بدست نیامد ($P > 0/05$). **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این مطالعه در محیط هایی که مراقبین بهداشتی با فشار کار و زمان مواجه هستند و وقت کافی برای آموزش کلامی چهره به چهره جهت ارائه اطلاعات لازم به بیماران ندارند می توانند از پمفلت های آموزشی که به طور مناسب تهیه شده اند استفاده نمایند.

واژه های کلیدی: آموزش چهره به چهره، پمفلت، دانش قبل از عمل جراحی، آموزش به بیمار.

مقدمه:

بهبودی در پیامدهای پس از عمل جراحی در بیمارانی که تحت آموزش قبل از عمل قرار گرفته بودند گزارش شده است (۲).

داشتن عمل جراحی یک وضعیت ویژه و استرس زاست که توانایی یادگیری و تمرکز بر روی آموزش های ارائه شده را کاهش می دهد (۳). شواهد موجود نشان می دهد که بیماران از عدم دریافت اطلاعات لازم جهت آمادگی قبل از عمل و مراقبت های پس از عمل رنج می برند (۱، ۲). باید توجه نمود که

داشتن عمل جراحی می تواند برای هر فردی اضطراب آور باشد. ارائه اطلاعات لازم به بیمار می تواند هم به بیمار و هم به تیم درمان کمک کند. با درک اینکه چه چیزی و به چه دلیلی انجام می شود سبب همکاری بیشتر بیمار در روند درمان می شود (۱). مطالعات نشان داده اند که آموزش قبل از عمل در کاهش استرس بیمار بسیار مؤثر است و سبب کاهش درد و اضطراب در بیماران پس از عمل جراحی می شود (۳، ۲). در یک مطالعه متاآنالیز بر روی ۶۸ مطالعه، ۲۰٪

دارند و آن را به عنوان یک روش با ارزش می دانند و ۸۰ درصد آنها پمفلت را مطالعه می کنند (۷). بنابراین چگونگی پاسخ بیماران به اطلاعات دریافتی بستگی به این دارد که ارائه اطلاعات با چه روشی صورت گرفته است (۸). یافته های برخی مطالعات نیز نشان داده اند که استفاده از پمفلت در افزایش دانش بیماران (۸،۱) و احساس کفایت و آمادگی والدین برای واکسیناسیون (۹) مؤثر بوده است. همچنین مرور متون موجود نشان می دهد که پیامدهای آموزش کلامی چهره به چهره با پیامدهای آموزش از طریق پمفلت به عنوان وسیله کمک آموزشی همراه با آموزش چهره به چهره در پژوهش های مختلف متفاوت گزارش شده است؛ به طوریکه برخی مطالعات پمفلت را به عنوان مکمل آموزش چهره به چهره مؤثرتر از آموزش کلامی چهره به چهره به تنهایی دانسته اند (۱۰،۳) و برخی تفاوتی بین استفاده از پمفلت یا عدم استفاده از آن در مقایسه با آموزش کلامی چهره به چهره گزارش نکرده اند (۱۱،۱۲). از آنجا که آموزش چهره به چهره زمان بر است و عملاً به عنوان روتین مراقبت های قبل از عمل جراحی در ایران متداول نیست و شواهدی در خصوص مقایسه تأثیر پمفلت به تنهایی در مقایسه با آموزش چهره به چهره در بیماران تحت عمل جراحی که موقعیتی بویژه استرس زاست در دست نیست؛ لذا این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر آموزش از طریق پمفلت در مقایسه با آموزش چهره به چهره بر میزان دانش بیماران تحت عمل جراحی انجام گرفته است.

روش بررسی:

این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگتر بود که بصورت کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده قبل و بعد انجام گردید. جامعه پژوهش را بیماران کاندیدای عمل جراحی غیر اورژانس هرنیورافی (Herniorrhaphy)، کوله سیستکتومی (Cystectomy) و نفرکتومی (Nephrectomy)

تحقق این امر از طریق تعامل و برقراری ارتباطی مؤثر امکان پذیر است. در خصوص ایجاد ارتباط بین پزشک، پرستار و بیمار، نتایج پژوهش ها حاکی از عدم داشتن وقت کافی کادر درمان برای آموزش به بیماران می باشند (۵،۴). از طرفی گزارش شده است که بیماران، ۸۰ درصد آنچه پزشکان به آنان می گویند را فراموش می کنند و تقریباً ۵۰ درصد اطلاعاتی را که به یاد می آورند صحیح نیست. بنابراین انتخاب روش آموزشی مؤثر در این موقعیت حیاتی است (۶). حال این سؤال مطرح می شود که در چنین موقعیت استرس زایی کدام روش جهت آموزش و ایجاد آمادگی قبل از عمل بیماران کاندید عمل جراحی مناسبتر است؟

آموزش کلامی چهره به چهره به عنوان استاندارد طلایی آموزش به بیمار در نظر گرفته شده است (۴). با این حال یکی از معایب آن زمان بر بودن آن است. از طرفی مطالعات نشان داده اند که بیشتر اطلاعاتی که بیماران در حین مشاوره حضوری به صورت کلامی دریافت کرده اند یا قابل فهم نبوده یا فراموش شده اند. روش های نوشتاری آموزشی نظیر آموزش از طریق پمفلت به عنوان یک روش کمک آموزشی همراه با آموزش چهره به چهره پیشنهاد شده است. پمفلت آموزشی یک ابزار آموزشی مفید است زیرا ارزان بوده و به آسانی در اختیار بیماران قرار می گیرد و بیمار می تواند با سرعت مطالب خود را مطالعه نموده و در هر زمان ممکن آنها را بازخوانی نماید و با ترس از پرسیدن مستقیم سؤالات از مراقبین بهداشتی که در آموزش کلامی چهره به چهره تجربه شده است همراه نیست. علاوه بر آن می تواند از صرف زمان زیاد توسط مراقبین بهداشتی نیز بکاهد (۶،۷). Rakhra و Henney نشان داده اند که بیماران از دریافت اطلاعات نوشتاری رضایت دارند و بیمارانی که تحت آموزش از طریق پمفلت قرار گرفته اند رضایت بیشتری از درمان دارند (۲). Harwood نیز به نقل از Winman می نویسد ۷۵ درصد بیماران تمایل به استفاده از پمفلت

مراجعه کننده به اتاق عمل جراحی بیمارستان کاشانی شهرکرد در سال ۱۳۹۰ تشکیل می دادند که از این بین تعداد ۹۰ نفر از این بیماران بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و با روش نمونه گیری تدریجی آسان وارد مطالعه گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه را سن ۲۰-۶۵ سال، نداشتن سابقه عمل جراحی قبلی، عمل جراحی غیراورژانس، نداشتن سابقه عمل جراحی مشابه در خانواده، نداشتن مشکل روانی واضح، داشتن توان برقراری ارتباط کلامی، تمایل به همکاری با پژوهش، با سواد بودن بیمار یا یکی از بستگان نزدیک وی و بستری شدن بیمار از عصر روز قبل از عمل تشکیل می دادند.

متغیر وابسته پژوهش را سطح دانش بیمار در مورد آمادگی های قبل، حین و پس از جراحی (بصورت قبل و پس از مداخله) تشکیل می داد. ابزار سنجش دانش بیمار به روش محقق ساخته و بر اساس مطالب کتب پزشکی و جراحی تهیه گردید. جهت تعیین روایی ابزار از اعتبار محتوی استفاده شد به این ترتیب که ابزار در اختیار چندین تن از متخصصین جراحی و کارشناسان ارشد پرستاری قرار گرفته و اصلاحات لازم بر اساس نظرات آنان انجام گردید. جهت تخمین پایایی ابزار در سؤالات بیش از دو گزینه از ضریب آلفای کرونباخ و برای سؤالات دو گزینه ای از ضریب کودر ریچاردسون استفاده گردید که مقدار آلفا ۷۵٪ تا ۸۰٪ بدست آمد.

نمونه های پژوهش بعد از مراجعه به پزشک و قرار گرفتن در لیست عمل، ابتدا با ذکر هدف پژوهش توسط پژوهشگر و اخذ رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، از نظر دانش بیمار در خصوص آمادگی های لازم قبل، حین و پس از عمل با استفاده از آزمون دانش چند گزینه ای (دو گزینه ای و بالاتر) مورد بررسی قرار گرفتند. سپس به طور تصادفی و تدریجی دریک گروه شاهد و دو گروه آزمون (گروه آموزش کلامی چهره به چهره و گروه آموزش از طریق پمفلت) توزیع شدند. مداخله در

گروه آموزش از طریق پمفلت بدین صورت بود که یک هفته قبل از عمل و در طی ویزیت پزشک در مطب یا کلینیک و هنگام قرار گرفتن در لیست عمل پزشک، پمفلت تهیه شده که مطالب مربوط به بیماری، آمادگی های قبل از عمل، محل عمل جراحی، نوع بیهوشی، مراقبت های پس از عمل در بیمارستان، خود مراقبتی در منزل و سؤالات معمولی که بیماران قبل از عمل جراحی مطرح می کنند به همراه پاسخ آنان را به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار در بر می گرفت توسط پزشک در اختیار بیماران این گروه قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا پمفلت مورد نظر را مطالعه نمایند. در مورد بیمارانی که از سواد یا توانایی خواندن برخوردار نبودند یکی از بستگان نزدیک بیمار مسئولیت قرائت پمفلت برای بیمار در منزل را عهده دار شد. مداخله در گروه آموزش کلامی چهره به چهره بدین شکل بود که بیماران این گروه شب قبل از عمل توسط پزشک (جراح و بیهوشی) ویزیت می شدند و پزشک آموزش لازم اعم از بیماری، آمادگی های قبل از عمل، محل عمل جراحی، نوع بیهوشی، مراقبت های پس از عمل در بیمارستان، خودمراقبتی در منزل را مشابه آنچه در پمفلت آمده بود به صورت کلامی چهره به چهره به بیمار می داد و به سؤالات بیمار در رابطه با عمل جراحی نیز پاسخ می گفت. گروه شاهد نیز به روش روتین همیشگی (که فاقد این دو نوع آموزش است) پذیرش می شدند. صبح روز عمل مجدداً میزان دانش بیماران در خصوص آمادگی های لازم قبل، حین و پس از عمل با استفاده از آزمون دانش چند گزینه ای مورد سنجش قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری کولموگروف اسمیرنوف، آنالیز واریانس، همبستگی اسپیرمن، همبستگی پیرسون و شفه در نرم افزار آماری SPSS استفاده گردید و سطح معنی داری داده ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

از نظر متغیرهای دموگرافیک یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۴۲ سال، ۸۴/۶٪ متأهل و اکثریت (۷۲٪) دارای سطح تحصیلات متوسط بودند. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف چند نمونه ای نشان داد که نمرات دانش در سه گروه تفاوت معنی دار نداشته است ($P > 0/05$). در حالی که نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین میانگین نمرات دانش بیماران پس از مداخله در سه گروه تفاوت معنی دار وجود داشته است؛ به طوریکه میانگین نمرات دانش بیماران در گروه های مداخله بطور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P < 0/05$).

نتایج آزمون شفه نشان داد که این تفاوت ناشی از گروه شاهد است و بین گروه های مداخله تفاوت معنی دار وجود ندارد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۱). در خصوص ارتباط بین ویژگی های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش با متغیرهای وابسته پژوهش آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین میزان دانش بیماران با نوع عمل جراحی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، جنس، محل سکونت و نوع شغل بیمار ارتباط معنی داری وجود نداشته است ($P > 0/05$). همچنین آزمون همبستگی پیرسون نیز بین سن و میزان دانش بیمار ارتباط معنی داری نشان نداد ($P > 0/05$).

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات آزمون دانش بیمار پس از مداخله در گروه های سه گانه

گروه ها	شاخص آماری	نمرات آزمون دانش بیماران	F	p
کنترل		$6/04 \pm 1/9$	۳۴/۰۵	$< 0/001$
آموزش چهره به چهره		$9/41 \pm 2/5$		
آموزش با پمفلت		$9/67 \pm 2/3$		

یافته ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان شده اند.

در مطالعه حاضر سطح اطلاعات پایه بیماران از آمادگی برای عمل جراحی در سه گروه یکسان و در سطح پایینی قرار داشت. این مسأله نشان می دهد که ویزیت فعلی و روتین جراح در کلینیک یا مطب نتوانسته است در افزایش دانش بیماران برای عمل جراحی مؤثر باشد و نیاز است بیماران به نحو مقتضی اطلاعات لازم را دریافت نمایند. این یافته مشابه یافته مطالعات دیگران است مبنی بر اینکه بیماران اطلاعاتی را که انتظار دریافت آن را دارند بدست نمی آورند (۶).

یافته های مطالعه حاضر همچنین نشان داد که آموزش به بیماران قبل از عمل جراحی چه از طریق کلامی چهره به چهره و چه از طریق پمفلت به یک اندازه توانسته است در افزایش دانش بیماران مؤثر باشد.

مطالعه مشابهی که تأثیر آموزش کلامی چهره به چهره را با آموزش از طریق پمفلت به تنهایی مقایسه کرده باشد یافت نشد. مطالعات گذشته به بررسی تأثیر آموزش ترکیبی چهره به چهره همراه با پمفلت یا سایر روش ها نظیر کامپیوتر و اینترنت در مقایسه با آموزش چهره به چهره به تنهایی پرداخته اند (۱۰، ۱۱، ۱۲). در مطالعاتی که از ارائه اطلاعات نوشتاری نظیر پمفلت یا کامپیوتر و اینترنت به عنوان روش کمک آموزشی استفاده کرده بودند یافته هایی مشابه با پژوهش حاضر بدست آمده است؛ بطور مثال در مطالعه Humphris و همکاران تأثیر این روش آموزشی در افزایش دانش مبتلایان به سرطان تأیید گردیده است (۱۰). همچنین در مطالعه

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

با توجه به اهمیت آماده ساختن بیماران برای عمل جراحی و یکسان بودن تأثیر آموزش چهره به چهره و آموزش از طریق پمفلت، بر اساس یافته های پژوهش حاضر، پیشنهاد می گردد:

در دروس آموزش بالینی بخش های جراحی و اتاق عمل دانشجویان پرستاری و همچنین واحد نظری و عملی آموزش به بیمار، اساتید پرستاری روش های صحیح و علمی طراحی پمفلت های آموزشی را به دانشجویان آموزش دهند و در طی کار عملی از دانشجویان بخواهند با همکاری پرستاران بالینی، پمفلت های مناسب را جهت آماده سازی بیماران تحت اعمال جراحی آماده نمایند.

پرستاران بخش های جراحی، با استفاده از پمفلت های آموزشی که به شیوه صحیح تهیه شده باشند آماده سازی بیماران در خصوص مراقبت های قبل و بعد از عمل جراحی را فراهم نمایند.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از حمایت های مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تقدیر و تشکر می گردد. همچنین نویسنده مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمام کسانی که پژوهشگران را در این پژوهش یاری نمودند اعلام می دارد.

Heikkinon و همکاران نیز آموزش چهره به چهره، سطح دانش بیماران را افزایش داده بود؛ اما آموزش از طریق اینترنت تأثیر بیشتری بر افزایش سطح دانش بیماران داشت (۱۳). در دیگر مطالعه سطح دانش بیماران بدنبال آموزش در روش ترکیبی آموزش چهره به چهره و پمفلت بیش از آموزش چهره به چهره به تنهایی بوده است (۱۱). همچنین آموزش از طریق پمفلت در بیماران تحت عمل جراحی گوش و حلق و بینی، سبب افزایش میزان به یادسپاری اطلاعات در بیماران شده است (۲، ۴).

گرچه آموزش کلامی چهره به چهره به سبب افزایش ارتباط بین مراقبین بهداشتی و بیماران در اولویت قرار دارد اما با توجه به یافته های مطالعه حاضر، آموزش کلامی چهره به چهره و آموزش از طریق پمفلت به یک میزان در افزایش دانش بیماران مؤثر بوده است.

نتیجه گیری:

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، می توان چنین نتیجه گرفت که استفاده از پمفلت به عنوان یک روش ارزان و در دسترس، در صورت طراحی صحیح و ارائه اطلاعات در سطح درک و فهم بیمار و در نظر گرفتن تمامی اطلاعات مورد نیاز بیمار در متن پمفلت، می تواند جایگزین مناسبی برای آموزش کلامی چهره به چهره در محیط هایی باشد که کادر درمان با کمبود وقت جهت آموزش به بیمار مواجه هستند.

منابع:

1. Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN Journal. 2009 Sep; 90(3): 381-7.
2. Henney S, Rakhra S. Patient information in otorhinolaryngology: a prospective audit. Journal of the Royal Society of Medicine. 2011 May; 2(5): 37.
3. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. Journal of Clinical Anesthesia. 2011 Aug; 23(5): 372-8.

4. Hong J, Nguyen TV, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology: Part II: Patient education. *Journal of the American Academy of Dermatology* . 2013 Mar; 68(3): 364 e1-10.
5. Vahedian Azimi A, Alhani F, Hedayat K. Barriers and facilitators of patient's education: nurses' perspectives. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 11 (6): 620-634.
6. Hekmatpou D, Anoosheh M, Alhani F. Pathology of patient education: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing*. 2007; 20 (49): 51-60.
7. Harwood A, Harrison JE. How readable are orthodontic patient information leaflets? *Journal of Orthodontics*. 2004 Sep; 31(3): 210-9; discussion 01.
8. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, et al. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*. 2008; 8: 22.
9. Klein NP, Kissner J, Aguirre A, Sparks R, Campbell S, Edwards KM, et al. Differential maternal responses to a newly developed vaccine information pamphlet. *Vaccine*. 2009 Dec 11; 28(2): 323-8.
10. Humphris GM, Ireland RS, Field EA. Immediate knowledge increase from an oral cancer information leaflet in patients attending a primary health care facility: a randomised controlled trial. *Oral Oncology*. 2001 Jan; 37(1): 99-102.
11. Keulers BJ, Welters CF, Spauwen PH, Houpt P. Can face-to-face patient education be replaced by computer-based patient education? A randomised trial. *Patient Education and Counseling*. 2007 Jul; 67(1-2): 176-82.
12. Stromberg A, Dahlstrom U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education and Counseling*. 2006 Dec; 64(1-3): 128-35.
13. Heikkinen K, Helena LK, Taina N, Anne K, Sanna S. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Education and Counseling*. 2008; 73: 272–279.

Compare the effectiveness of face-to-face education with leaflet on preoperative knowledge of patients undergoing elective surgery- A randomized clinical trial

Noorian K, Rajaei M, Moazeni M, Aein F*

Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
Received: 12/May/2013 Revised: 20/June/2013 Accepted: 7/Sep/2013

Background and aims: According to the evidences patients are suffering due to not having information their operation before and after surgery. This study was aimed to compare verbal education effects of face to face and leaflet on the patients' knowledge scheduled for unemergency operation.

Methods: This clinical trial randomized study was carried out by 90 patients scheduled for operation and assigned randomly to three groups (two intervention groups and one control group). Two intervention groups received education via leaflet and face to face by a doctor. The control group received routine education. The level of preoperative knowledge of patients before operation was composing the research variable that was evaluated by multiple- choice knowledge test before and after operation.

Results: The findings of the study showed that respect to knowledge level, the mean scores of both interventional groups were significantly higher than that in control group after the intervention ($P < 0.05$), but there was no significant difference between experimental and control groups ($P > 0.05$).

Conclusions: The results suggest that both face to face education by a doctor and using leaflet can equally help patients to acquire necessary knowledge for an elective operation. So, in the hospital setting, where staffs interfaces to time pressure, leaflet can educate patients without seeing a doctor or a nurse.

Key words: Face to face education, Leaflet, Knowledge before operation, Patient education.

Cite this article as: Noorian K, Rajaei M, Moazeni M, Aein F. Comparing the effectiveness of face-to-face education with leaflet on preoperative knowledge of patients undergoing elective surgery- A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013; 2(3): 1-7.

*Corresponding author:

Shahrekord Universtiy of Medical Sciences, Shahrekord, Iran, Tel: 00983813335648,
E-mail: fereshtehaein@yahoo.com