



## عنوان مقاله

بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی دوران بارداری بر شدت  
درد زایمان و میزان رضایت مادر از تجربه زایمان و  
برخی پیامدهای زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا

قدمت زایمان به عنوان پدیده‌ای طبیعی، به درازای تاریخ بشر می‌باشد (۱). اگرچه پیشرفت علم پزشکی سبب افزایش ایمنی زایمان شده است، ولی همزمان با آن انواع مداخلات در زایمان را رواج داده است؛ به‌طوری‌که مفهوم زایمان به‌عنوان یک پدیده فیزیولوژیک از بین رفته است افزایش مداخلات پزشکی سبب افزایش اضطراب مادر شده و اضطراب ایجاد شده موجب افزایش شدت درد و کاهش رضایت‌مندی مادران شده است آموزش مادران، نقش کلیدی در افزایش خودکارآمدی آنان در سازگاری با زایمان و کاهش ترس از زایمان طبیعی دارد درد به‌عنوان مسئله تهدید کننده سلامتی و معضلی اجتماعی در جهان به‌شمار می‌آید و به‌همین دلیل هدف انسان در طول تاریخ، رفع یا کاهش درد بوده است. درد زایمان که ناشی از انقباضات رحمی بوده و به‌عنوان پدیده فیزیولوژیک، کمک به چرخش و نزول جنین در کانال زایمان محسوب می‌شود، منحصر به‌فرد و چند فاکتوری می‌باشد و قسمت اعظمی از نگرانی زنان به سبب بارداری متوجه آن می‌گردد؛ به‌طوری‌که در برنامه مراقبت‌های مادران در دوران زایمان از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار بوده و تاکنون تکنیک‌های مختلفی جهت کاهش و کنترل درد زایمان مورد بررسی قرار گرفته تا حتی‌الامکان از مداخلات پزشکی حین زایمان، کاسته شود. ایجاد کلاس‌های آمادگی دوران بارداری به روش‌های مختلف می‌تواند راه‌حل مناسبی برای رفع این مشکل بزرگ جامعه باشد. کلاس‌های آموزش دوران بارداری، یکی از عوامل مؤثر کاهش درد بدون استفاده از روش‌های دارویی و مداخلات پزشکی با آموزش تکنیک زایمان فیزیولوژیک از طریق خوشایندسازی زایمان می‌باشد.

در این کلاس‌ها، دانش و آگاهی لازم برای حفظ قوای بدنی و کاهش عوارض دوران بارداری و زایمان از طریق آموزش اصلاح وضعیت و تمرینات عصبی و عضلانی داده می‌شود تا بدن زن باردار را از لحاظ جسمانی و روحی و روانی، آماده کنترل درد زایمان و در نتیجه بهره‌برداری از یک تجربه خوشایند نماید کلاس‌های آمادگی زایمان، شامل کلاس‌های گروهی و فردی با هدف آموزش زنان باردار در مورد زایمان و تولد، مراقبت‌های دوران بارداری، تغذیه و ورزش در دوران بارداری، تکنیک‌های تنفسی، مراقبت‌های بعد از زایمان، نوزاد، شیردهی و نحوه صحیح آن می‌باشد.

در واقع کلاس‌های آموزش قبل از تولد، فرصت مغتنمی به وجود می‌آورد که باورهای غلط و اطلاعات نادرست بارداری، زایمان و مسائل پس از زایمان را که موجب بسیاری از اضطراب‌های مادران و عدم اعتماد به نفس آنان می‌شود را اصلاح نمود. و مادر را به فردی فعال در امر زایمان خودش تبدیل کرد اثربخشی کلاس‌های آمادگی زایمان در روش گروهی به دلیل افزایش بیشتر انگیزه آنان نسبت به روش فردی بیشتر می‌باشد، زیرا این کلاس‌های آموزشی به مادران باردار این فرصت را می‌دهد که با سایر مادران که شرایط او را دارند، ملاقات کرده و بر روی نیازهای شخصی و اهداف خودشان، تفکر و تمرکز نموده و منجر به کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس خودشان گردند.

استفاده از کلاس‌های آموزشی، شاید بتواند زایمان را به یک فرآیند خوشایند و لذت‌بخش برای مادر تبدیل کرده و با کاستن از شدت ترس و اضطراب، سبب کاهش درد زایمان و بهبود نتایج زایمان گردد. بنابراین برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان در دوران بارداری ممکن است راه‌حل مناسبی برای رفع مشکلات زیاد در دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان باشد.

پزشکان و محققین به این باور رسیده‌اند که جهت کاهش پیامدهای زایمان باید به روش‌های بی‌خطر و ایمن برای مادر و جنین متوسل شد.

مطالعه حمزه‌خانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان‌دهنده کارآمد بودن برنامه آموزش رایانه‌ای در افزایش خودکارآمدی زنان باردار در مادران می‌تواند نقش اساسی در کاهش ترس و اضطراب از زایمان و افزایش خودکارآمدی‌سازی‌گری بالیبر(؟؟) بود. بنابراین آموزش آنان در سازگاری با زایمان داشته باشد. رستگاری و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که کلاس‌های آموزش آمادگی دوران بارداری تأثیر مثبت بر خودکارآمدی زنان باردار داشته و به‌عنوان یک روش کمکی برای زنان باردار برای تحمل دردهای زایمانی می‌باشد. همچنین مطالعه خورسندی و همکاران (۲۰۱۳)، نشان‌دهنده تأثیر مثبت کلاس‌های آمادگی بارداری بر مدت بستری و میزان رضایت‌مندی مادران بود؛ به‌طوری‌که عدم آموزش و آمادگی مادران موجب افزایش مداخلات پزشکی و ایجاد عوارض برای مادر و جنین می‌شد.

از آنجایی که یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت، افزایش سهم زنان در امر بارداری و زایمان خودشان و افزایش زایمان طبیعی می‌باشد (۱۷)، به نظر می‌رسد با ایجاد تمهیداتی جهت شرکت تمام مادران باردار در کلاس‌های آموزش دوران بارداری و بکارگیری تکنیک‌های زایمانی با تسهیلات لازم زایمان فیزیولوژیک، می‌توان ضمن کاهش درد زایمان، احساس خوشایند و رضایت‌مندی مادران را از زایمان طبیعی افزایش داده و منجر به کاهش خیلی از عوارض و پیامدهای زایمان طبیعی که تاکنون مطالعه‌ای در این موارد صورت نگرفته است، گردید .

## هدف کلی :

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کلاس‌های آمادگی دوران بارداری بر شدت درد و میزان رضایت مادر از تجربه زایمان و همچنین میزان‌های نیاز به تشدید درد زایمان با اکسی‌توسین، اپی‌زیاتومی، پارگی پرینه، آپگار دقیقه اول نوزاد و زمان شروع شیردهی در زایمان‌های طبیعی زنان نخست‌زا انجام شد.

## روش کار:

این مطالعه نیمه تجربی مداخله‌ای در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بر روی ۱۰۰ نفر از زنان نخست‌زایی که جهت مراقبت دوران بارداری و زایمان به بیمارستان سبلان شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه‌ها در دو گروه ۵۰ نفره دریافت‌کننده آموزش و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. افراد گروه دریافت‌کننده آموزش، در کلاس‌های آموزشی شرکت کردند و در گروه کنترل، زنان مراقبت معمول بارداری را دریافت کردند. در هر دو گروه بعد از شروع دردهای زایمانی و در پایان مرحله اول زایمان، شدت درد زایمان و در مرحله دوم زایمان، نیاز به اپی‌زیاتومی و پارگی پرینه و در طول زایمان، نیاز به اکسی‌توسین، ثبت گردید. همچنین بلافاصله بعد از زایمان، نمره آپگار دقیقه اول و میزان رضایت مادر از تجربه زایمان و در نهایت یک‌ساعت بعد از زایمان، زمان شروع شیردهی توسط پژوهشگر بررسی و ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های کای اسکوئر، تی، یو من ویتنی و فیشر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها:

در این مطالعه آموزش‌های دوران بارداری به‌طور معناداری سبب کاهش شدت درد زایمان، نیاز به اپی‌زیاتومی، پارگی پرینه و نیاز به ایجاد انقباضات مؤثر زایمان با اکسی‌توسین شد ( $p < 0.01$ ) و همچنین باعث افزایش میزان رضایت مادر از تجربه زایمان، آپگار دقیقه اول نوزاد و شروع زودتر شیردهی توسط مادر گردید ( $p < 0.01$ ).

میانگین نمره درد در پایان مرحله اول زایمان در زایمان‌های طبیعی، در گروه آزمون  $23/1 \pm 21/6$  و در گروه شاهد  $12/1 \pm 52/8$  بود که بر اساس آزمون یو من‌ویتنی، میزان درد در گروه دریافت‌کننده آموزش کمتر از گروه شاهد بود ( $p < 0.01$ ) (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی و مقایسه میانگین شدت درد واحدهای پژوهش در پایان مرحله اول زایمان در دو گروه دریافت‌کننده آموزش و کنترل (زایمان‌های طبیعی)

| سطح معنی‌داری* | کنترل           |       | دریافت‌کننده آموزش |       | گروه<br>شدت درد            |
|----------------|-----------------|-------|--------------------|-------|----------------------------|
|                | درصد            | تعداد | درصد               | تعداد |                            |
| $p < 0.001$    | ۵               | ۲     | ۳۵ / ۴۲            | ۱۷    | مختصر تا متوسط             |
|                | ۳۵              | ۱۴    | ۵۲ / ۰۸            | ۲۵    | زیاد                       |
|                | ۶۰              | ۲۴    | ۱۲ / ۵             | ۶     | بدترین درد ممکن            |
|                | ۱۰۰             | ۴۰    | ۱۰۰                | ۴۸    | جمع                        |
|                | $8/52 \pm 1/12$ |       | $6/21 \pm 1/23$    |       | میانگین $\pm$ انحراف معیار |

در گروه دریافت کننده آموزش، ۴۱ نفر (۴/۸۵٪) از واحدهای پژوهش از تجربه اولین زایمان خود راضی و یا کاملاً راضی بودند، در حالی که این میزان در گروه کنترل، ۶ نفر (۱۵٪) بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، میزان رضایت مادر از تجربه زایمان خود در گروه دریافت کننده آموزش به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ( $p < 0.01$ ) (جدول ۲).

**جدول ۲- توزیع و مقایسه میزان رضایت مادر از تجربه اولین زایمان خود به تفکیک در دو گروه دریافت کننده آموزش و کنترل (زایمان های طبیعی)**

| سطح معنی داری* | کنترل |       | آزمون |       | گروه<br>میزان رضایت |
|----------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|                | درصد  | تعداد | درصد  | تعداد |                     |
| $p < 0.01$     | ۳۵    | ۱۴    | ۰     | ۰     | کاملاً ناراضی       |
|                | ۵۰    | ۲۰    | ۱۴/۶  | ۷     | ناراضی              |
|                | ۱۲/۵  | ۵     | ۵۴/۲  | ۲۶    | راضی                |
|                | ۲/۵   | ۱     | ۳۱/۲  | ۱۵    | کاملاً ناراضی       |
|                | ۱۰۰   | ۴۰    | ۱۰۰   | ۴۸    | جمع                 |

در گروه دریافت کننده آموزش، ۴۸ نفر (۹۶٪) و در گروه کنترل، ۴۰ نفر (۸۰٪) زایمان طبیعی کردند و در گروه آزمون، ۲ نفر (۴٪) و در گروه کنترل، ۱۰ نفر (۲۰٪) تحت عمل سزارین قرار گرفتند که بر اساس آزمون کای اسکوئر اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود داشت ( $p < 0.001$ ).

▶ کلاس‌های آمادگی دوران بارداری، استفاده از اکسی‌توسین در طول زایمان را به‌طور معنی داری کاهش داد ( $p < 0.001$ ) (جدول ۳).

▶ جدول ۳- توزیع و مقایسه فراوانی و درصد استفاده از اکسی‌توسین برای ایجاد انقباضات مؤثر در طول زایمان در واحدهای پژوهش به تفکیک در دو گروه دریافت کننده آموزش و کنترل

| سطح معنی داری* | کنترل |       | آزمون |       | گروه<br>استفاده از اکسی‌توسین برای ایجاد انقباضات مؤثر<br>زایمان |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------------------------------------|
|                | درصد  | تعداد | درصد  | تعداد |                                                                  |
| $p < 0.001$    | ۷۰    | ۳۵    | ۱۰    | ۵     | بلی                                                              |
|                | ۳۰    | ۱۵    | ۹۰    | ۴۵    | خیر                                                              |
|                | ۱۰۰   | ۵۰    | ۱۰۰   | ۵۰    | جمع                                                              |

\* آزمون کای دو

فراوانی اپی‌زیاتومی در گروه کنترل بیشتر از گروه دریافت‌کننده آموزش بود؛ به‌طوری‌که در گروه دریافت‌کننده آموزش، ۱۰ نفر (۸ / ۲۰٪) و در گروه کنترل، ۳۹ نفر (۵ / ۹۷٪) اپی‌زیاتومی صورت گرفته بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ فراوانی اپی‌زیاتومی وجود داشت (۰/۰۱ < p) (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع و مقایسه میزان اپی‌زیاتومی به تفکیک در دو گروه دریافت‌کننده آموزش و کنترل (زایمان-های طبیعی)

| سطح معنی‌داری* | کنترل  |       | دریافت‌کننده آموزش |       | گروه<br>اپی‌زیاتومی |
|----------------|--------|-------|--------------------|-------|---------------------|
|                | درصد   | تعداد | درصد               | تعداد |                     |
| p<۰ / ۰۰۱      | ۹۷ / ۵ | ۳۹    | ۲۰ / ۸             | ۱۰    | بلی                 |
|                | ۲ / ۵  | ۱     | ۷۹ / ۲             | ۳۸    | خیر                 |
|                | ۱۰۰    | ۴۰    | ۱۰۰                | ۴۸    | جمع                 |

پارگی پرینه در گروه دریافت کننده آموزش ۵ نفر (۴ / ۱۰٪) و در گروه کنترل ۲۵ نفر (۵ / ۶۲٪) بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر وجود پارگی وجود داشت (۰ / ۰۰۱ < p) (جدول ۵).

جدول ۵- توزیع و مقایسه پارگی پرینه در دو گروه دریافت کننده آموزش و کنترل (زایمان های طبیعی)

| سطح معنی داری* | کنترل  |       | آزمون  |       | گروه<br>وجود پارگی پرینه |
|----------------|--------|-------|--------|-------|--------------------------|
|                | درصد   | تعداد | درصد   | تعداد |                          |
| p<۰ / ۰۰۱      | ۶۲ / ۵ | ۲۵    | ۱۰ / ۴ | ۵     | بلی                      |
|                | ۳۷ / ۵ | ۱۵    | ۸۹ / ۶ | ۴۳    | خیر                      |
|                | ۱۰۰    | ۴۰    | ۱۰۰    | ۴۸    | جمع                      |

نمره آپگار دقیقه اول (۷-۱۰) در گروه دریافت کننده آموزش، ۴۵ نفر (۹۳/۷۵٪) و در گروه کنترل، ۲۸ نفر (۷۰٪) بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، نمره آپگار دقیقه اول در گروه دریافت کننده آموزش به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود ( $p < 0.001$ ) (جدول ۶).

جدول ۶- توزیع و مقایسه فراوانی و درصد نمره آپگار دقیقه اول به تفکیک در دو گروه دریافت کننده آموزش و کنترل (زایمان های طبیعی)

| سطح معنی داری | کنترل |       | آزمون |       | گروه<br>آپگار دقیقه اول |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
|               | درصد  | تعداد | درصد  | تعداد |                         |
| $p < 0.001$   | ۵     | ۲     | ۰     | ۰     | ۰-۳                     |
|               | ۲۵    | ۱۰    | ۶/۲۵  | ۳     | ۴-۶                     |
|               | ۷۰    | ۲۸    | ۹۳/۷۵ | ۴۵    | ۷-۱۰                    |
|               | ۱۰۰   | ۴۰    | ۱۰۰   | ۴۸    | جمع                     |

بر اساس نتایج، ۱۸ نفر ( ۳۷ /۵ %) از گروه دریافت کننده آموزش و ۱ نفر (۲ /۵ %) از گروه کنترل، شیردهی را بلافاصله پس از در اختیار داشتن نوزاد شروع کردند که بین دو گروه از نظر زمان شروع شیردهی اختلاف معنی داری وجود داشت ( $p < ۰ /۰۰۱$ ) (جدول ۷).

جدول ۷- توزیع و مقایسه زمان شروع تغذیه با شیر مادر در واحدهای پژوهش به تفکیک در دو گروه دریافت کننده آموزش و کنترل (زایمان های طبیعی)

| سطح معنی داری* | کنترل |       | آزمون |       | گروه              |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
|                | درصد  | تعداد | درصد  | تعداد | زمان شروع شیردهی  |
| $p < ۰ /۰۰۱$   | ۲ /۵  | ۱     | ۳۷ /۵ | ۱۸    | ۱-۵ دقیقه         |
|                | ۱۵    | ۶     | ۴۱ /۷ | ۲۰    | ۶-۳۰              |
|                | ۳۲ /۵ | ۱۳    | ۲۰ /۸ | ۱۰    | ۳۱-۶۰ دقیقه       |
|                | ۵۰    | ۲۰    | ۰     | ۰     | بیشتر از ۶۰ دقیقه |
|                | ۱۰۰   | ۴۰    | ۱۰۰   | ۴۸    | جمع               |

## بحث

درد به عنوان مسئله تهدید کننده سلامتی بوده و معضلی اجتماعی در جهان به شمار می آید که به همین دلیل، رفع یا کاهش درد، همواره در علم پزشکی مدنظر می باشد (۹). درد زایمان که ناشی از انقباضات رحمی می باشد و به عنوان پدیده فیزیولوژیک، جهت کمک به چرخش و نزول جنین در کانال زایمان محسوب می شود (جمله قبل ناکامل است، کامل شود).

کلاس های آموزش دوران بارداری، یکی از عوامل مؤثر کاهش درد زایمان، بدون استفاده از روش های دارویی و مداخلات پزشکی با آموزش تکنیک های زایمان فیزیولوژیک از طریق خوشایندسازی زایمان می باشد (۲۷). این کلاس ها شامل کلاس های گروهی و فردی با هدف آموزش زنان باردار در مورد زایمان و تولد، مراقبت های دوران بارداری، تغذیه و ورزش در دوران بارداری، تکنیک های تنفس، مراقبت های بعد از زایمان، نوزاد، شیردهی و نحوه صحیح آن می باشد (۱۱). در این کلاس ها دانش و آگاهی لازم برای حفظ قوای بدنی و کاهش عوارض دوران بارداری و زایمان از طریق آموزش اصلاح وضعیت، تمرینات عصبی و عضلانی داده می شود تا بدن زن باردار را از لحاظ جسمانی و روحی و روانی، آماده کنترل درد زایمان و در نتیجه بهره برداری از یک تجربه خوشایند از زایمان و بهبود نتایج زایمان نماید.

مطالعه حاضر نشان داد که کلاس‌های آمادگی دوران بارداری باعث کاهش شدت درد زایمان ( $p < 0.01$ ) و افزایش میزان رضایت مادر از تجربه زایمان ( $p < 0.01$ ) می‌شود و برخی از پیامدهای زایمان از قبیل میزان نیاز به اکسی‌توسین؛ اپی‌زیاتومی و پارگی پرینه را کاهش داده ( $p < 0.01$ ) و نمره آپگار دقیقه اول و زمان شروع شیردهی را بهبود می‌بخشد ( $p < 0.01$ ).

نتایج پژوهش حاضر در خصوص کاهش شدت درد زایمان، افزایش میزان رضایت مادر از تجربه زایمان و برخی پیامدهای زایمان به‌وسیله اجرای کلاس‌های آموزش و آمادگی دوران بارداری با نتایج مطالعات حمزه‌خانی و همکاران (۲۰۱۴)، وکیلان و همکاران (۲۰۱۳)، حمیدزاده و همکاران (۲۰۱۶)، مهدیزاده و همکاران (۲۰۰۳)، رستگاری و همکاران (۲۰۱۳)، توفیقی تابناک و همکاران (۲۰۱۰)، دل‌آرام و همکاران (۲۰۱۲)، رحیمی و همکاران (۲۰۱۴)، خورسندی و همکاران (۲۰۱۳) و جمیلیان و همکاران (۲۰۱۳) مطابقت داشت.

## محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، تفاوت در توانایی‌های ذهنی زنان باردار برای یادگیری محتوای آموزشی بود که می‌توانست بر روی نگرش و تصمیم آنها تأثیر بگذارد؛ با این حال، این موضوع تا حدی از طریق تخصیص تصادفی افراد به گروه‌های مورد مطالعه کنترل شد. علاوه بر این، امکان کنترل کامل دیگر منابع اطلاعاتی در دسترس در خصوص بارداری و زایمان و به‌خصوص زایمان طبیعی و سزارین مانند کتاب، رادیو، تلویزیون، اینترنت و دیگر رسانه‌های جمعی وجود نداشت که این امر نیز می‌توانست تا حدی بر روی نگرش و تصمیم زنان باردار تأثیر بگذارد که این موضوع نیز تا حدی از طریق تخصیص تصادفی افراد به گروه‌های مورد پژوهش کنترل گردید.

## پیشنهادات

از آنجایی که در مطالعه حاضر فقط زنان نخست‌زا در نظر گرفته شده بود، لذا توصیه می‌شود مطالعه‌ای بر روی زنان چندزا و اهداف دیگر صورت گیرد و همچنین با توجه به اینکه ممکن است شماری از اثرات مفید کلاس‌های آمادگی دوران بارداری در طولانی‌مدت حاصل شود، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در مورد تأثیر کلاس‌های آمادگی دوران بارداری بر عفونت، ترمیم اپی‌زیاتومی، افسردگی پس از زایمان و ارتباط قوی‌تر مادر و کودک انجام شود.

## ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی این مطالعه، دریافت مجوز کتبی از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ریاست محترم بیمارستان سبلان و کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگان و اعلام نتایج مطالعه به مسئولین ذیربط بود.

## نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که کلاس‌های آمادگی دوران بارداری باعث کاهش شدت درد زایمان ( $p < 0.01$ ) و افزایش میزان رضایت مادر از تجربه زایمان ( $p < 0.01$ ) می‌شود و برخی از پیامدهای زایمان از قبیل میزان نیاز به اکسی‌توسین؛ اپیزیاتومی و پارگی پرینه را کاهش داده ( $p < 0.01$ ) و نمره آپگار دقیقه اول و زمان شروع شیردهی را بهبود می‌بخشد ( $p < 0.01$ ).

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از توجه اساتید و حضار بزرگوار و عوامل محترم  
اجرایی کنگره علمی که وقت خود را در اختیار ما گذاشتید تشکر  
و قدردانی می نمایم.

به نام خداوند بخشنده مهربان

عنوان

بررسی کاربرد هوش مصنوعی و چت بات ها در آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد

فاطمه معلمیان گرجی

مرداد ۱۴۰۴

1

## مقدمه

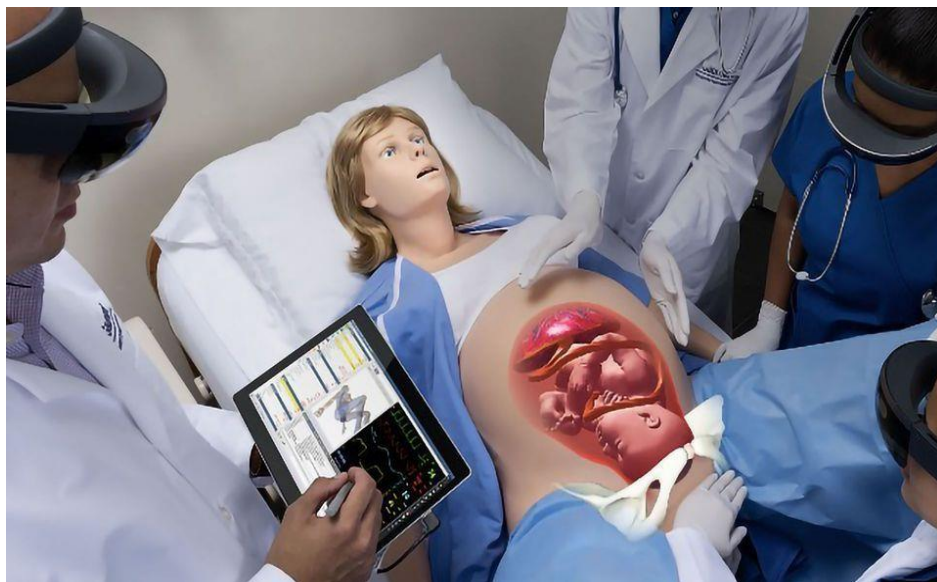
- هوش مصنوعی می‌تواند با شخصی‌سازی آموزش، صرفه‌جویی در زمان و کاهش هزینه، کیفیت آموزش پرستاری را ارتقا دهد.
- با وجود چالش‌هایی مانند کمبود نیروی متخصص، ناهماهنگی آموزش نظری و عملی ادغام هوش مصنوعی می‌تواند به تقویت تفکر انتقادی، مهارت‌های بالینی و آمادگی دانشجویان برای محیط بالینی کمک کند.
- آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد با تلفیق شواهد علمی، مهارت‌های بالینی و ترجیحات بیماران، پایه‌ای برای به‌کارگیری موثر هوش مصنوعی فراهم می‌کند.
- هدف: بررسی کاربردهای عملی فناوری‌های هوش مصنوعی در آموزش پرستاری، قابلیت‌ها، محدودیت‌ها و نحوه ادغام آن در آموزش پرستاری

# نقش و اهمیت هوش مصنوعی در آموزش پرستاری

- شبیه‌سازی بالینی
- یادگیری شخصی‌سازی شده
- آموزش تطبیقی و بازخورد آنی
- مهندسی دستورالعمل
- چت‌بات‌های آموزشی و دستیارهای مجازی



# مهارت‌هایی که با هوش مصنوعی تقویت می‌شوند



- تفکر انتقادی
- استدلال بالینی
- مهارت‌های تصمیم‌گیری
- آماده‌سازی برای محیط واقعی بالین
- ارتقاء سواد سلامت

# عوامل تاثیرگذار در پذیرش هوش مصنوعی

- عوامل فردی (خودکارآمدی، نگرش، آگاهی اخلاقی و...)
- عوامل آموزشی و حرفه‌ای (آمادگی و تمایل اساتید، توانایی تعامل موثر با AI و...)
- عوامل سازمانی و زیرساختی (زیرساخت‌های فنی و منابع در دسترس، دسترسی به ابزارها)
- عوامل فرهنگی و محیطی (فرهنگ حرفه‌ای و ملی در پذیرش نوآوری، نگرانی درباره تغییر نقش پرستار و...)

# چالش‌ها و محدودیت‌ها

- چالش‌های اخلاقی
- کاهش تعامل انسانی
- محدودیت‌های فنی
- اختلال در رشد مهارت‌های تفکر انتقادی



# نقش چت بات ها در آموزش پرستاری



- شبیه سازی موقعیت های بالینی
- پاسخ به سوالات تکراری
- بازخورد لحظه ای
- آموزش تطبیقی
- افزایش مشارکت دانشجو

# نتیجه‌گیری

- فناوری هوش مصنوعی می‌تواند کیفیت یادگیری و مهارت‌های بالینی دانشجویان را بهبود بخشد.
- استفاده درست از هوش مصنوعی مستلزم آموزش، سیاست‌گذاری و رعایت اصول اخلاقی است.
- چت‌بات‌ها ابزاری موثر در یادگیری شخصی‌سازی شده هستند.

# روش کار

- نوع مطالعه: مروری
- کلیدواژه‌ها: هوش مصنوعی، آموزش پرستاری، آموزش مبتنی بر شواهد
- پایگاه‌های داده: SID, Magiran, Irandoc, Web of Science, Scopus, Pubmed, CINAHL, Google Scholar
- دوره زمانی بررسی: ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۵
- از میان ۷۶ مقاله بازیابی شده، پس از غربالگری و حذف موارد غیرمرتبط، ۲۱ مقاله با روش تحلیل محتوا بررسی شدند. این مقالات نقش، تأثیرات، چالش‌ها و ملاحظات اجتماعی و اخلاقی هوش مصنوعی در آموزش پرستاری را مورد بررسی قرار دادند. این روش باعث فهم بهتر کاربردهای هوش مصنوعی در این حوزه شده است.

از همراهی و توجه شما سپاسگزارم.

# هوش مصنوعی و کاربرد های بالینی



## هوش مصنوعی چیست؟

01

توانایی ماشین‌ها برای تفکر، یادگیری، و تصمیم‌گیری مانند انسان گفته می‌شود.

## کاربردهای بالینی

02

استفاده گسترده از AI در آموزش پرستاران، دانشجویان پزشکی و علوم سلامت.

03

## چالش‌ها

پلی میان فناوری و تفکر انسانی برای  
هوشمندسازی فرآیندها و بهبود زندگی

هوش مصنوعی



شروع یادگیری ماشینی در سلامت و آموزش

استفاده در تشخیص تصاویر پزشکی ساده  
استفاده محدود در مدیریت پرونده‌های سلامت الکترونیک  
آموزش در پلتفرم‌های یادگیری الکترونیکی

2005

الگوریتم‌های تشخیص بیماری در MRI. CT  
چت‌بات‌های سلامت اولیه (مانند Babylon  
Ada و Health)

2010

2015

کاربرد در پایش بیماران مزمن با ابزارهای  
پوشیدنی (دیابت، فشار خون)  
سامانه‌های تحلیل سیگنال حیاتی در ICU و  
پیش‌بینی زودهنگام ایست قلبی

کمک AI به تشخیص کووید-۱۹ از سی‌تی‌اسکن ریه و علائم بالینی  
ایجاد شبیه‌سازهای جراحی مبتنی بر هوش مصنوعی برای آموزش  
بالینی

ربات‌های جراحی نیمه‌هوشمند  
سامانه‌های پایش هوشمند سلامت روان و پیش‌بینی خودکشی

2024

# هوش مصنوعی (AI) یک فناوری نوظهور

## Applications of AI in Nursing



## Challenges of AI in Healthcare



## AI in Nursing



## AI in Healthcare



چالش‌های آموزش، حجم کار  
سنگین کادر درمان و مدرسان،  
کمبود زمان

ارتقاء صلاحیت‌های بالینی

ضرورت بهبود کیفیت  
مراقبت و ایمنی بیمار

# کشورهای پیشرو در هوش مصنوعی سلامت



75%



چین و ژاپن، سنگاپور



آمریکا و انگلیس، آلمان



90%

# کاربردهای هوش مصنوعی

# 01

---

# اخبار سلامت



| 01                                                         | 02                                                                                         | 03                                                               | 04                                                          |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| پیش بینی سکته مغزی<br>در ۵ سال آینده<br>(دانشگاه استنفورد) | خطر سقوط بیمار را<br>تشخیص بدهیم.<br>رابط های کمک پرستار در<br>خانه های سالمندان<br>(ژاپن) | تولید خلاصه های صوتی و<br>مستندسازی گزارش های<br>بالینی (انگلیس) | جراحی تعویض مفصل<br>زانو با هدایت رابط<br>هوشمند در سنگاپور |

# چتبات‌های آموزشی (دستیاران مجازی هوش مصنوعی)

سؤالات و نیازهای افراد (دانشجویان و شاغلین) متناسب با ویژگی‌هایشان پاسخ و منابع را در دسترس قرار می‌دهند

ایجاد سناریوهای پیچیده و متنوع بیمار با استفاده از واقعیت مجازی



## مربی مجازی

بازخورد سریع و هدفمند  
شناسایی نقاط قوت و ضعف افراد

# چشم انداز آینده

## VR Nursing Training

شبیه‌سازی موقعیت‌های  
بحرانی و نامنظم، تمرین  
مهارت‌های حیاتی پرستاران



ارائه اطلاعات و توصیه‌های  
به‌روز، بهبود تصمیم‌گیری مؤثر  
بالینی



بهبود اعتماد به نفس و کاهش  
اضطراب تیم درمانی، نقش مشاور  
و راهنما



بازخورد عینی و بدون  
سوگیری، بدون قضاوت

# چشم انداز آینده هوش مصنوعی



سامانه‌های تحلیل کیفیت خدمات  
بالینی و آموزش حین خدمت

# پیشرفت ها

آموزش بالینی مبتنی بر سنجش رفتار با هوش مصنوعی (مثلاً تحلیل واکنش دانشجو هنگام

CPR

توسعه دستیارهای صوتی بالینی (برای نسخه نویسی، ثبت شرح حال)



سامانه های توصیه گر دارویی در ICU و داروخانه های بیمارستانی

سیستم های مشاور پزشکی مبتنی بر مکالمه (مثل پزشک مجازی)

# MOBILE APP

استفاده از مدل‌های زبانی (مثل GPT) در  
آموزش، پاسخ‌گویی به بیماران، تدوین  
پروتکل درمانی





# 360,000,000+

میلیارد دلار در سال در آمریکا در هزینه های سلامت صرفه جویی خواهد شد

## Applications of AI in Nursing



آیا باید در جهت  
تکنولوژی پیش رفت؟

# چالش ها معایب

# چالش ها

فقدان دانش و مهارت کافی از  
رویکردهای هوش مصنوعی

نگرش منفی یا ترس از  
فناوری

مقاومت در برابر تغییر از  
سوی اساتید و نهادها

هزینه‌های بالای پیاده‌سازی و  
نگهداری سیستم‌های هوش  
مصنوعی

درک پیچیدگی‌های انسانی

کاهش خطر مهارت‌های  
بین فردی



# فرصت های پیش رو



آمادگی های لازم در راستای  
آموزش های مبتنی بر هوش  
مصنوعی



پلتفرم های آموزش مداوم و  
ضمن خدمت مبتنی بر هوش  
مصنوعی

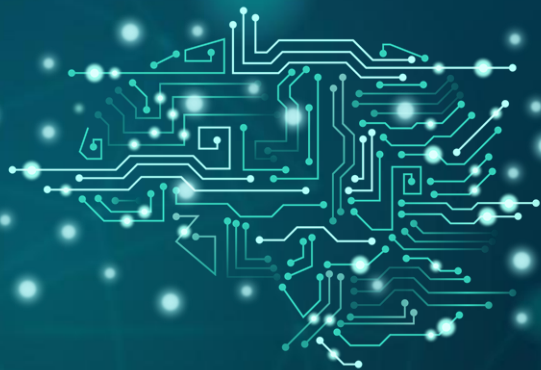


توسعه ابزارهای هوش  
مصنوعی



طراحی و اجرای استانداردهای  
امنیتی برای داده های آموزشی

# تشکر از توجهتان!



## بررسی ارتباط یادگیری معنوی با تاب آوری و رنج مراقبتی مادران کودکان سرطانی

بیمارستان دکتر محمد کرمانشاهی در سال ۱۴۰۲

- سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، از علل شایع مرگ کودکان در سراسر دنیا محسوب می شود. این بیماری ۴ درصد مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد علل مرگ کودکان تا ۱۵ سال را در جمعیت ایرانی به خود اختصاص داده است.
- در جهان حدود یک ششم مرگها ناشی از سرطان است، هر سال حدود ۳۰۰ هزار کودک مبتلا به سرطان تشخیص داده می شوند
- سرطان به دلیل ماهیت چالش انگیز و پیامدهای نامشخص آن، از بدو تشخیص و در طول پیگیری های درمانی همواره با ابهامات زیاد و فراز و نشیب های هیجانی و روان شناختی برای کودک و خانواده همراه است و به شکلی مستقیم بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر می گذارد و زندگی روزمره را تغییر می دهد.
- این بیماری به دلیل ماهیت مزمن و عواملی نظیر بستری شدن مکرر، طولانی شدن دوره درمان، افزایش هزینه های درمانی، تغییر در ظاهر کودک موجب تشدید استرس های روحی روانی بر خانواده می گردد
- فرآیند مراقبت از کودک بیمار ممکن است سبب ایجاد رنج مراقبتی در مراقبان اصلی و مخصوصا مادر کودک گردد. رنج مراقبتی به صورت سختی دائمی، استرس یا تجارب منفی ناشی از مراقبت توسط فرد مراقبت کننده مشخص می شود.
- تاب آوری، ویژگی شخصیتی مثبتی است که افراد را قادر می سازد در برابر شرایط نامطلوب و بحران عقب نشینی و برای انطباق و بالغ شدن رشد کنند.

- ذرواقع، تاب آوری از سازه های بنیادی شخصیت است که دربرگیرنده قابلیت های فردی در رویارویی، عقب نشینی و ازسرگیری دوباره و تلاش و مقابله با مشکلات است .

یادگیری معنوی نوعی سازگاری در تمامی مشکلات، به عنوان حل مسئله می باشد که فرد را در جهت هماهنگی با محیط اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می کند.

معنویت به عنوان یک راهکار مقابله ای می باشد که در شرایط مزمن بیشتر شهود پیدا می کند. لذا تجارب معنوی، تلاش برای درک موقعیت های استرس زا و مقابله با استرس می باشد

تحقیقات انجام شده نشان داده اند که معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد موثر است، بلکه شرایط جسمانی آنها را نیز بهبود می بخشد. پژوهش ها نشان داده اند معنویت در ایجاد حس امید، صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی و حل مشکل ها مؤثر است.

متأسفانه در بیمارستان ها و جامعه به نیازهای مذهبی و معنوی بیماران توجه چندانی نمی شود. و بارها مشاهده شده جهت انجام اعمال مذهبی بیمار نیازمند، کمک چندانی از سوی کارکنان صورت نمی گیرد.

امروزه در کشور ما پرستاری در بسیاری از موارد تنها به شناسایی مسائل صوری بیماران بسنده می کند. در حالی که پرستاری باید احاطه کامل بر جنبه های جسمی، روانی و معنوی افراد داشته باشد

- بر همین اساس می توان گفت باورهای مذهبی موجب ایجاد نگرش مثبت به دنیا می شود و فرد را در برابر رویدادهای ناگوار زندگی یاری می رساند. با ایجاد انگیزه و انرژی بیمار را به زندگی بهتر امیدوار می نماید.
- امروزه اهمیت معنویت و تأثیر مذهب در بهداشت روانی و بهبود زندگی انسان ها در چند دهه اخیر بیش از پیش مورد توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته است. که باعث می شود انسان قدرت و احساس بهتری برای مقابله با بیماری ها بدست آورد. همین امر، حتی اگر بیماری را شفا ندهد سبب بهتر شدن بیمار می شود یا کمک می کند بیمار یا مراقبین بیمار بهتر با بیماری سازگار شوند.

**بنابر آنچه ذکر شد و نیز با وجود حضور پررنگ عقاید مذهبی و معنوی در کشور ما، در این مطالعه به بررسی رابطه یادگیری معنوی با تاب آوری و رنج مراقبتی در مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداخته شده است.**

## هدف کلی پژوهش

تعیین ارتباط یادگیری معنوی با تاب آوری و رنج مراقبتی مادران کودکان سرطانی

## اهداف ویژه

- ۱- تعیین میزان یادگیری معنوی مادران کودکان سرطانی با توجه به متغیرهای دموگرافیک
- ۲- تعیین میزان تاب آوری مادران کودکان سرطانی با توجه به متغیرهای دموگرافیک
- ۳- تعیین میزان رنج مراقبتی مادران کودکان سرطانی با توجه به متغیرهای دموگرافیک
- ۴- تعیین ارتباط بین تجارب معنوی با تاب آوری در مادران کودکان سرطانی
- ۵- تعیین ارتباط بین تجارب معنوی با رنج مراقبتی در مادران کودکان سرطانی
- ۶- تعیین ارتباط تاب آوری با رنج مراقبتی در مادران کودکان سرطانی

# روش پژوهش

روش نمونه گیری: در دسترس

**حجم نمونه:** ۱۵۰ نفر از مادران مراجعه کننده به بیمارستان محمد کرمانشاهی

طرح پژوهش: توصیفی از نوع همبستگی می باشد.

**جامعه آماری:** تمام مادران کودکان سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی دکتر محمد کرمانشاهی شهر کرمانشاه می باشد.

## معیار ورود و خروج

### معیار ورود

- شامل تمام مادران کودکان سرطانی که به بیمارستان دکتر محمد کرمانشاهی مراجعه کرده، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروی ضدافسردگی و هرگونه ماده مخدر و روان گردان

### معیار خروج

- شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و ناقص پر شدن پرسشنامه ها

## روش تجزیه و تحلیل داده ها

- اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری **SPSS25** گردید. استفاده از آمار توصیفی به صورت استفاده از فراوانی (درصد فراوانی)، میانگین (انحراف معیار) و با آزمون کلموگروف - اسمیرنوف روش های ناپارامتری، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی رسته ای برای تعیین ارتباط تجارب معنوی با تاب آوری و رنج مراقبتی استفاده شد. سطح معنی دار برای تمام آزمون ها کمتر از  $0.05$  در نظر گرفته شد.



در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی ۱۵۰ نفر از مادران کودکان سرطانی بستری در بیمارستان دکتر محمد کرمانشاهی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی مراقبان  $38/42 \pm 6/35$  با حداقل ۲۳ و حداکثر ۵۴ سال بود. همچنین متوسط تعداد اعضای خانواده  $1/02 \pm 4/06$  با حداقل ۲ و حداکثر ۷ نفر بود. میانگین سنی کودکان مورد مطالعه  $4/31 \pm 8/35$  با حداقل ۱ و حداکثر ۱۵ سال بود. میانگین مدت ابتلا به سرطان در کودکان مورد مطالعه،  $21/66 \pm 25/72$  با حداقل ۱ و حداکثر ۱۲۰ ماه (۵ سال) و همچنین میانگین مدت زمان درمان نیز در کودکان مذکور  $25/93 \pm 21/13$  با حداقل ۱ و حداکثر ۱۲۰ ماه (۵ سال) بود.

### میزان یادگیری معنوی در مادران کودکان سرطانی بستری چگونه است؟

نمره‌ی یادگیری معنوی در شرکت کنندگان  $79/45 \pm 6/02$  می باشد. که از میانه نمره کل قابل اکتساب بالاتر است و نشان دهنده این است که سطح نگرش مذهبی اعضای نمونه پژوهش بالاتر از متوسط است اکثر مراقبان دارای معنویت در سطح بالا بوده‌اند که می‌تواند نشان دهنده این موضوع باشد که مراقبان معنویت را به عنوان سپر دفاعی، در برابر مسایل و مشکلات ناشی از بیماری فرزند خود می‌دانند. افراد در شرایط سخت زندگی بیشتر به سمت مذهب گرایش پیدا می‌کنند و به دنبال نیروی برتر جهت رفع مشکلشان هستند و در ایران به دلیل وجود زمینه مذهبی، گرایش به سمت خدا و مذهب، در شرایط چالش برانگیز، در اقشار مختلف دیده می‌شود. از این رو کمک به خانواده‌ها در جهت یافتن معنا در زندگی و متوسل شدن به عقاید مذهبی برای کنار آمدن با شرایط سخت ناشی از بیماری عضوی از خانواده از وظایف پرستاران است و باید در مراقبتهای پرستاری خود به این موضوع با تأکید بر احترام به اعتقادات و فرهنگ مراقبان توجه کنند نتایج نشان داد تجارب معنوی منجر به افزایش تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطانی می‌باشد. مادران در مواجهه با بیماری فرزند، دچار سردرگمی، بی‌قراری، استرس و اضطراب می‌شوند. بنابراین، می‌توان از باور دینی به عنوان یک عامل برای تعدیل سختی‌ها و مشکلات آنها کمک گرفت. یادگیری معنوی نقش مهمی در تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان دارد. همچنین این مطالعه نشان داد بین تاب‌آوری و رنج مراقبتی ارتباط معنی داری وجود دارد. به این معنی که با افزایش سطح تاب‌آوری مراقبین می‌توان رنج مراقبتی را در مراقبین کاهش داد. سطوح تاب‌آوری را می‌توان با آموزش های معنوی، حمایت از مراقبین، توسعه مهارت‌های مقابله‌ای موثر و توسعه نقاط قوت آنها افزایش داد. که افزایش سطح تاب‌آوری مراقبین به کاهش رنج مراقبتی در آنها کمک می‌کند.

## **\*\*میزان رنج مراقبتی در مادران کودکان سرطانی بستری چگونه است؟**

از کل مادران تحت مطالعه ۲۰ درصد رنج مراقبتی پایین، ۵۹/۳ درصد دارای رنج مراقبتی متوسط و ۲۰/۷ درصد رنج مراقبتی بالا را تجربه می کردند. در مطالعه حاضر میزان رنج مراقبتی در اکثر مراقبان در حد متوسط بود. که نتایج نشان دهنده، تاب آوری بالا در این مادران منجر به کاهش رنج مراقبتی گردیده است.

در مطالعه‌ای یل‌دیزو همکاران در کشور ترکیه انجام دادند، میانگین رنج مراقبتی در مراقبان غیررسمی بیماران مبتلا به سرطان بالا گزارش شده بود (۱۳۷). و در مطالعه میگل و همکاران در کشور پرتغال، میانگین رنج مراقبتی را در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن و سرویکس و رکتال در حد بالا گزارش کردند (۱۳۸).

نتایج مطالعات یاد شده با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. مقایسه این نتایج نشان می‌دهد احتمالاً رنج مراقبتی در فرهنگ، نژاد و موقعیتهای جغرافیایی مختلف میتواند متفاوت باشد.

### **نتیجه گیری**

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نقش مؤثر یادگیری معنوی بر میزان تاب‌آوری می‌توان گفت، استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی و معنوی در شرایط اختلال روانی میتواند به افراد در زمان مواجهه با ناملایمات زندگی بسیار کمک کننده باشد.

لذا از انجایی که توجه به نیازها، گرایشها و تمایلات معنوی مراقبین، یک مسئولیت اخلاقی همه پرستاران است و تحقیقات پرستاری نشان داده است که بعد معنویت در همه جنبه‌های مراقبتهای پرستاری نفوذ نموده است.

بر همین اساس امید است تا با به کارگیری از یافته‌های این پژوهش و با همکاری جدی بین دست اندرکاران تیم سلامت، برای اجرای احکام شرعی که امروزه به عنوان مراقبتهای مذهبی مطرح است شاهد تاثیر اینگونه مراقبت‌ها و ایجاد احساس آرامش و افزایش کیفیت زندگی و سازگاری و کاهش استرس در مراقبین باشیم

## محدودیت های پژوهش

\*\*\* عدم تمایل به همکاری بعضی از مادران برای شرکت در پژوهش بود.

\*\*\* تنها منبع جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه بود که جنبه خودگزارشی دارد. به همین دلیل ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری تک روشی ایجاد شده باشد.

\*\*\* در روش جمع آوری مطالعات، استفاده از ابزار خود سنجی پرسشنامه با حجم زیاد سوالات بوده است که دقت آزمودنی در پاسخ صحیح به همه سوالات را تحت تاثیر قرار می دهد.

\*\*\* استفاده از روش همبستگی در تحلیل نتایج این تحقیق، ما را در دستیابی به رابطه علت و معلولی بین متغیرها باز می دارد.

\*\*\* یکی دیگر از محدودیت های تحقیق روش نمونه گیری به روش نمونه در دسترس بود که انتخاب تصادفی شرکت کنندگان در پژوهش مقدور نشد.

\*\*\* از محدودیت های، مطالعه، محدود شدن اجرای پژوهش به یک بیمارستان در شهر کرمانشاه.

## پیشنهاد پژوهشی

- \*\* بررسی عوامل فردی و اجتماعی موثر بر رنج مراقبتی در مادران کودکان مبتلا به سرطان.
- \*\* جامعه آماری این پژوهش را ۱۵۰ مادر کودک مبتلا به سرطان تشکیل داده اند، بنابراین توصیه می شود تا این پژوهش بر روی حجم نمونه بزرگی انجام گیرد تا فرضیه ها با قوت بیشتری رد یا تایید شوند.
- \*\* پژوهش حاضر بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شده، لذا پیشنهاد می شود پژوهش های مشابهی در میان والدین کودکان عادی یا والدین کودکان مبتلا به سایر اختلال ها انجام شود.
- \*\* پیشنهاد می شود در رابطه با این موضوع، تحقیقات دیگری در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگی کشور صورت گیرد تا با اطمینان بیشتری به تعمیم نتایج آن پرداخته شود.
- \*\* برای یافتن نتایج قطعی تر، به صورت طولی و در زمانهای مختلف بیماری انجام گیرد.

## پیشنهادهای کاربردی

- \*\* تمرکز بیشتر مراکز درمانی و مشاوره ای بر ویژگی های روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان
- \*\* برگزاری گروه های خودیاری در مراکز مشاوره و روان درمانی برای مادران کودکان مبتلا به سرطان که می تواند نقش موثر در کاهش فشار روانی داشته باشد .
- در پایان پیشنهاد می شود که برنامه های آموزشی در زمینه ارتقاء بهداشت روان برای والدین خصوصاً مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان، مانند برنامه افزایش تاب آوری از طرف سازمان های ذیربط و مسئولان در فهرست خدماتی ارائه شده به آن ها قرار گیرد و مداخلات آموزشی برای والدین به عنوان قسمتی از برنامه درمانی برای بچه ی مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود.

# بررسی زمینه‌های ارتقاء کاربرد آموزش‌های پرستاری سلامت جامعه در بستر واقعی

نویسنده: مینا معافی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه

**کنگره نگرش مبتنی بر شواهد در آموزش سلامت از تئوری تا عمل**

# مقدمه

- ▶ پرستاری سلامت جامعه نقش حیاتی در ارتقاء سلامت دارد.
- ▶ با تغییرات سیاست های بهداشتی، آموزش این حوزه اهمیت بیشتری یافته است.
- ▶ چالش: فاصله بین آموزش نظری و عملکرد عملی.



# مسئله اصلی

- ▶ شکاف بین محتوای نظری و نیازهای واقعی محیط بالینی
- ▶ پیامدها: اضطراب، ناتوانی، کاهش کیفیت مراقبت
- ▶ هدف: شناسایی عوامل مؤثر و ارائه راهکار



# هدف مطالعه

- ▶ بررسی موانع و فرصت‌ها برای کاربرد آموزش‌های پرستاری در محیط واقعی
- ▶ ارائه پیشنهادهایی برای کاهش فاصله‌ی آموزش و عمل





# روش‌شناسی

- ▶ نوع مطالعه: مرور نقادانه با تحلیل مضمون کیفی
- ▶ جستجو در پایگاه‌های PubMed، Scopus، SID، Magiran
- ▶ بازه زمانی: ۲۰۱۰-۲۰۲۴ تحلیل ۲۸ مقاله مرتبط

## عوامل فردی انگیزه پایین دانشجویان ضعف در مهارت‌های بالینی و ارتباطی

## پیامد: اضطراب و کاهش اعتماد به نفس

عوامل سازمانی نبود حمایت آموزشی از مربیان و مدیران فرصت کم برای

# کارورزی در جامعه کمبود مریبان متخصص سلامت جامعه

## عوامل سیستمی عدم تطابق برنامه درسی با نیازهای جامعه ضعف

## زیرساخت‌های شبکه سلامت برای آموزش سیاست‌گذاری ناکارآمد آموزشی



# راهکارهای پیشنهادی بازنگری در برنامه درسی توسعه کارورزی جامعه محور توانمندسازی مربیان بالینی افزایش تعامل دانشگاه و مراکز سلامت



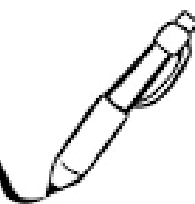
# بحث و تحلیل

- ▶ نیاز به نگاه چندسطحی (فردی، سازمانی، سیستمی)
- ▶ تأکید بر آموزش مبتنی بر شواهد و واقع گرایی در آموزش
- ▶ اهمیت سیاست گذاری کلان و حمایت ساختاری

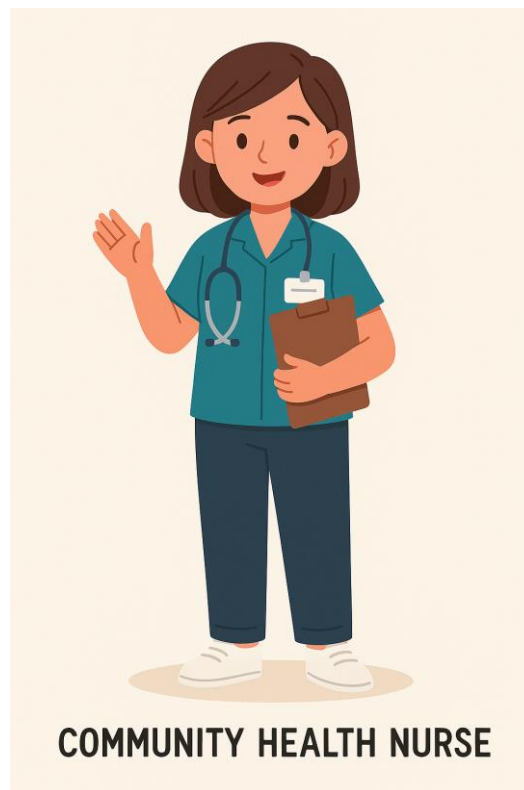


# نتیجه‌گیری

- ▶ تغییر رویکرد آموزشی و سیاست‌گذاری ضروری است
- ▶ ارتقاء کیفیت آموزش = توانمندسازی دانشجویان + بهبود خدمات جامعه
- ▶ بدون اصلاحات، آموزش پرستاری از هدف خود بازمی‌ماند.

Conclusion 

«پرستاری سلامت جامعه، خط مقدم پیشگیری، آگاهی  
و عدالت در نظام سلامت است؛ جایی که مراقبت، از  
بیمارستان فراتر رفته و در دل جامعه جاری می‌شود.»



بیشترین تأثیر را در بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی دارد، بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مبتنی بر آموزش روانشناختی نوین مانند آموزش خودشفقتی و تاب‌آوری تقویت تاب‌آوری و آموزش خودشفقتی به مادر است

تاب‌آوری در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها از طریق افزایش توانایی مقابله با فشارهای روانی و عاطفی کمک کند.

یکی از راهکارهای مؤثر برای ارتقاء تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان مشارکت در گروه‌های حمایتی است.

یک مانع رایج در مسیر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان احساس انزوای اجتماعی

از مزایای استفاده از هوش مصنوعی در آموزش بالینی شخصی‌سازی روند آموزش بر اساس عملکرد یادگیرنده

مهم‌ترین چالش اخلاقی استفاده از هوش مصنوعی در آموزش بالینی حفظ حریم خصوصی و امنیت داده‌های بیماران است

از مهم‌ترین کاربردهای هوش مصنوعی در آموزش سلامت شخصی‌سازی فرآیند آموزش برای فراگیران سلامت

معایب یا چالش‌های استفاده از هوش مصنوعی در آموزش سلامت

- \* خطر نقض حریم خصوصی فراگیران
- \* وابستگی بیش از حد به تکنولوژی
- \* نیاز به زیرساخت‌های قوی فناوری

پرستاری که در محیط واقعی (مانند خانه، مدرسه یا محل کار) آموزش سلامت ارائه می‌دهد، نقش مشاور و تسهیل‌گر تغییر رفتار سلامت است.

مهم‌ترین چالش اخلاقی استفاده از هوش مصنوعی در آموزش بالینی حفظ حریم خصوصی و امنیت داده‌های بیماران است

در برنامه‌ریزی آموزش سلامت در جامعه، پرستار باید نیازسنجی سلامت جامعه هدف است. نخستین مرحله در فرایند آموزش سلامت مبتنی بر شواهد تدوین پرسش بالینی است. در آموزش سلامت، «ترجمه دانش» به معنی تبدیل شواهد علمی به کاربرد در عمل می‌باشد. مهم‌ترین ویژگی آموزش مبتنی بر شواهد استفاده از شواهد معتبر است هدف نهایی آموزش سلامت مبتنی بر شواهد ارتقاء سطح سلامت جامعه است. مراحل اصلی مدیریت دانش در بیمارستان‌ها مستندسازی تجربیات کارکنان است. بیشترین نقش را در ارتقاء خلاقیت در تیم درمانی آموزش مهارت‌های نوآوری است. مانعی برای مدیریت دانش در بیمارستان‌ها مقاومت در برابر تغییر است.