

مقایسه دو روش آموزش ویدیویی و چهره به چهره بر آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سکته قلبی

عباس عباسزاده^۱، فریبا برهانی^۱، ندا اسدی^{۱*}

۱. گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره ششم آذر - دی ۱۳۹۱ صص ۹۰۷-۹۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۸

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۸ شهریور ۹۱]

چکیده

اختلال خونرسانی عروق کرونر قلب، از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی - عروقی و مهم‌ترین علت مرگ و میر در دنیا بوده و لذا پیشگیری از عوامل خطر ساز در بروز حمله مجدد ضروری است. کمبود نیروی انسانی و امکان‌پذیر نبودن آموزش چهره به چهره در هنگام ترخیص و پیگیری می‌طلبد که راه‌های مفید، مؤثر و دست‌یافتنی مورد آزمون قرار گیرند. هدف این مطالعه مقایسه دو روش آموزش ویدیویی و چهره به چهره بر اساس الگوی باور سلامت بر آگاهی و نگرش بیماران سکته قلبی ترخیص شده در مورد عوامل خطر ساز بیماری بود. این پژوهش یک مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده، و ۸۰ بیمار در آن در هریک از دو گروه مورد مقایسه تحت آموزش قرار گرفتند. برنامه آموزشی مبنی بر الگوی یاد شده و در قالب فیلم تهیه و به صورت لوح فشرده ویدیویی درآمد. این برنامه برای هر فرد طی دو جلسه (پس از گذر از مراحل حاد و در زمان ترخیص) برگزار گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین آگاهی و نگرش بیماران دو گروه، قبل از مداخله تفاوت معنادار نداشتند، ولی پس از مداخله آموزشی میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش در گروه آموزش ویدیویی با میزان‌های، $32 \pm 0/98$ و $112/62 \pm 3/12$ و در گروه با آموزش چهره به چهره به ترتیب $31/02 \pm 1/4$ و $5/96 \pm 105/9$ تفاوت معنادار را به (غیر از آگاهی از رژیم غذایی) نشان دادند ($P < 0/05$). نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش ویدیویی بر اساس الگوی باور سلامت در مقایسه با آموزش چهره به چهره موجب افزایش بیشتر آگاهی، منافع درک شده، تهدید درک شده و حساسیت درک شده، همچنین کاهش موانع درک شده در بیماران سکته قلبی شده است. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مناسب برای پیشگیری از مشکلات عود مجدد بیماری در بیماران سکته قلبی با این روش اجرا شود.

کلیدواژه: آموزش ویدیویی، آموزش چهره به چهره، سکته قلبی، الگوی باور سلامت

* نویسنده پاسخگو: کرمان، ابتدای اتوبان هفت‌باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی

تلفن و دورنگار: ۶۶۵۵۸۹۲ ۰۲۸۱

E-mail: nedaasadi87.nax@gmail.com

مقدمه

سکته قلبی، مهمترین عامل ناتوانی و مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و نیز در کشورهای در حال توسعه است [۱، ۲]. عوامل خطر متعددی مانند دیابت، پرفشاری خون، افزایش کلسترول، چاقی و کم تحرکی در بروز و پیشرفت سیر بیماری دخالت دارند [۳]. تحقیقات نشان داده اند که اغلب عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مرتبط با رفتار و آگاهی فرد بوده و برنامه های آموزشی به عنوان یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیماران، تأثیر بسزایی بر کاهش رفتارهای مرتبط با عوامل خطر و نیز افزایش رفتارهای سالم دارند [۴]. زمانی که به بیماران قلبی در حین ترخیص اطلاعاتی در زمینه: بیماری، رژیم غذایی، داروها، ورزش و فعالیت های منظم داده می شود، بستری مجدد آنان (به دلایل قلبی عروقی) و نیز هزینه های مراقبتی بهداشتی به طور قابل توجهی کاهش می یابند [۵]. از طرفی آموزش بیمار یکی از جنبه های وقت گیر خدمات بهداشتی است، و توصیه می شود استراتژی های آموزشی متفاوتی در این زمینه مورد بررسی قرار گیرند [۶]. جهت آموزش بیمار شیوه هایی همچون سخنرانی، بحث و نمایش دادن فیلم وجود دارند، که به صورت فردی یا گروهی مورد استفاده قرار می گیرند [۷]. یکی از وسایل کمک آموزشی که در امر آموزش بیمار می توان مورد استفاده قرار داد ویدیو است. آموزش ویدیویی به دلیل عدم نیاز به معلم، کتاب و زمان زیاد روشی مؤثر، راحت و مقرون به صرفه است [۸]. همچنین تحقیقات نشان داده اند از دیدن، ۱۳ درصد از طریق شنیدن و بقیه اطلاعات از دیگر حواس خود دریافت و به خاطر سپرده می شود [۹]. براز پرنجانی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تأثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدیویی بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نشان دادند که اجرای برنامه آموزشی خودمراقبتی از طریق فیلم ویدیویی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگره دارنده، می تواند در کاهش مشکلات و افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشد [۱۰]. باور افراد مهمترین جزء تأثیرگذار در تصمیم گیری فرد برای قبول و انجام یک رفتار خاص بهداشتی است [۱۱]. بنابراین مراقبین بهداشتی نیاز دارند باورهای بهداشتی یک فرد را به منظور بهبود سلامت تحت تأثیر قرار دهند [۱۲]. الگوی باور سلامت یکی از کاربردی ترین نظریه های مطالعه رفتار مرتبط با سلامتی است و مرور ۴۶ مطالعه آموزش به بیمار نشان داده است که این الگو

چارچوب با ارزشی برای توضیح رفتار مرتبط با سلامتی ارائه داده است [۱۳]. این الگو در سال ۱۹۵۰ توسط هوکبام و روزن استاک در امریکا پایه ریزی شد و سپس توسط بیکر و مایمن در سال ۱۹۷۴ اصلاح گردید. اجزا این الگو شامل؛ حساسیت درک شده، تهدید درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، شدت درک شده و راهنمای عمل است [۱۴]. با توجه به اهمیت موضوع پیشگیری از عوامل خطر ساز در حمله مجدد بیماری قلبی و نظر به اینکه کاربرد الگوی باور سلامت چارچوب مناسبی برای ایجاد حساسیت، توصیه فواید، غلبه بر موانع و افزایش کارآمدی در پیشگیری از این عوامل دارد، ضروری است که همه بیماران که اکنون به دلیل یک بار سکتته جدی بودن خطر را احساس کرده اند تحت آموزش قرار گیرند. بدیهی است کمبود نیروی انسانی و امکان پذیر نبودن آموزش چهره به چهره در هنگام ترخیص و پیگیری می طلبد که راههای مفید و مؤثر و دست یافتنی مورد آزمون قرار گیرند. در جستجوی محققان در پایگاه های اینترنتی مربوطه، مطالعه ای در ایران که به مقایسه این دو روش با هم پرداخته باشد، یافت نشد. این مطالعه بدین منظور تلاشی است با هدف بررسی تأثیر آموزش ویدیویی بر اساس الگوی باور سلامت بر آگاهی و نگرش بیماران انفارکتوس میوکارد ترخیص شده از بیمارستان های منتخب شهر کرمان در مورد عوامل خطر ساز بیماری. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند سبب افزایش آگاهی و بهبود نگرش بیماران سکتته قلبی و ارتقای سطح کیفیت پرستاری مؤثر واقع گردد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه از نوع نیمه تجربی است در دو گروه مداخله (آموزش ویدیویی و چهره به چهره) انجام شده است. گروه های مورد پژوهش شامل کسانی بودند که برای اولین بار به سکتته قلبی (با تأیید متخصص قلب) مبتلا شده بودند. حداقل سن بیماران ۳۵ سال و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. هیچ یک از افراد شرکت کننده در این مطالعه به بیماری های محدود کننده حرکتی و نیز اختلالات روان شناختی دچار نبودند. نمونه ها از اعضا کادر خدمات بهداشتی درمانی و یا از دانش آموخته و دانشجویان رشته های علوم پزشکی نبودند. حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی و با انتخاب آلفای ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مجموعاً ۸۰ نفر (۴۰ نفر در هر گروه) تعیین گردید [۱۴]. نمونه گیری به روش مستمر انجام شد، بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه روزانه به

عناوین محتوای آموزشی، اهمیت و معرفی بیماری انفارکتوس میوکارد، عوامل خطر ساز و علائم بیماری، اهمیت رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های منظم و تعدیل عوامل خطر و تغییر شیوه زندگی بر اساس اجزای الگوی باور سلامت بودند. در این مطالعه به منظور امکانپذیر شدن مقایسه دو گروه، محتوای آموزشی در دو روش چهره به چهره و ویدیویی بر اساس نظر متخصصان امر به نحوی تهیه شد که از نظر پیام آموزشی و محتوای علمی یکسان باشند. لوح فشرده در اختیار بیمار قرار گرفت تا در مواقع مناسب در منزل نیز از آن استفاده نمایند. در گروه آموزش چهره به چهره محتوای آموزشی توسط پژوهشگر به طور جداگانه برای هر بیمار در طی دو مرحله (پس از مرحله حاد بیماری که بطور معمول ۲۴ ساعت پس از بستری و نیز در حین ترخیص) ارائه گردید. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی آزمون‌های تی مستقل و مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار در دو گروه آموزش ویدیویی و چهره به چهره به ترتیب $55/55 \pm 7/39$ و $53/88 \pm 7/64$ بود. اکثریت واحدهای پژوهش را در این مطالعه مردان تشکیل می‌دادند، ۳۳ نفر (۸۲/۵ درصد) نفر در گروه آموزش ویدیویی و ۳۰ نفر (۷۵ درصد) در گروه آموزش چهره به چهره. درصد افراد با تحصیلات زیر دیپلم در دو گروه آموزش ویدیویی و چهره به چهره به ترتیب ۵۷/۵ درصد و ۶۲/۵ درصد بود. در گروه آموزش ویدیویی ۴۰ درصد افراد دارای شغل آزاد، ۵۷/۵ درصد دارای درآمد ماهیانه بیشتر از ۳۰۰ هزار تومان و ۷۵ درصد دارای سابقه سکته قلبی در بستگان درجه اول بودند. همچنین در گروه آموزش چهره به چهره ۳۰ درصد افراد دارای شغل آزاد، ۵۵ درصد دارای درآمد ماهیانه بیشتر از ۳۰۰ هزار تومان و ۸۵ درصد دارای سابقه سکته قلبی در بستگان درجه اول بودند. دو گروه از نظر متغیرهای جنسیت، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه، سابقه بیماری در بستگان درجه اول همگن بودند (بر اساس آزمون‌های آماری به عمل آمده، هیچ یک از ابعاد الگو در دو گروه با هم اختلاف معناداری نداشتند). نتایج پس از مداخله آموزشی افزایش معنی‌دار در میانگین آگاهی از بیماری، آگاهی از رژیم غذایی، آگاهی از انجام ورزش، منافع درک شده از رعایت رژیم غذایی، منافع درک شده از انجام ورزش، تهدید درک شده و حساسیت درک شده، همچنین کاهش معنی‌داری در

بخش‌های مراقبت ویژه قلب، بیمارستان‌های منتخب و بررسی پرونده بیماران بستری شده در همان روز، بیمارانی را که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند در نظر گرفته و گروه اولین فرد را با قرعه‌کشی انتخاب نموده و نفرات بعدی را به صورت یک در میان در دو گروه آموزش ویدئویی و چهره به چهره قرار داد. نمونه‌گیری تا کامل شدن تعداد به همین طریق ادامه یافت. با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از بیماران جهت شرکت در پژوهش، اطلاعات جمع‌آوری شده و در مورد حفظ اسرار و گمنام بودن نمونه‌ها به آنان اطمینان داده شد. همچنین حق خروج از مطالعه برای آنان محفوظ بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که یک بخش آن به بررسی اطلاعات دموگرافیک بیمار (سن، جنس و...) و بخش دیگر به بررسی ابعاد الگوی باور سلامت در زمینه رژیم غذایی و انجام ورزش و فعالیت فیزیکی می‌پرداخت. که غیر از سئوالات مربوط به آگاهی بیماران که به صورت چهار گزینه‌ای طراحی شده بود، سایر قسمت‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۵گزینه‌ای) تنظیم گردید. منظور از سئوالات نگرش بخشی از سئوالات پرسش‌نامه است که دیدگاه و نگرش‌های پاسخ‌دهندگان را در مورد ابعادی از الگوی باور سلامت مثل حساسیت درک شده و تهدید درک شده می‌سنجد. محققان جهت بررسی اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، از شاخص روایی محتوی استفاده نمودند؛ بدین ترتیب که پس از جستجو در منابع معتبر پرسشنامه، تدوین و سپس متناسب با شرایط جامعه پژوهش و با همکاری اساتید تغییرات لازم در آن اعمال و جهت تایید به ۱۰ تن از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری ملامی رازی ارایه گردید و شاخص روایی محتوا، برآورد شد. جهت تعیین پایایی ابزار، از روش بررسی هم بستگی درونی (آلفای کرونباخ) برای ۱۵ نفر مستقل از واحدهای مورد پژوهش استفاده و تکمیل گردید. در هر دو گروه، اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه طی دو مرحله، قبل از مداخله آموزشی و یک و نیم ماه بعد از مداخله آموزشی جمع‌آوری گردید. محتوای آموزشی بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده و با توجه به نیازها در چارچوب الگوی باور سلامت طراحی گردید و با همکاری متخصص قلب و کارشناس تربیت بدنی به همراه یکی از پژوهشگران فیلم برداری و تهیه شده و به صورت لوح فشرده ویدیویی درآمد. در گروه آموزش ویدیویی، فیلم در طی دو مرحله (پس از گذر از مرحله حاد بیماری که معمولاً ۲۴ ساعت پس از بستری بود و نیز در حین ترخیص) برای بیمار به صورت انفرادی نمایش داده شد. مهمترین

عوامل خطر ساز در بروز حمله قلبی هستند که توأم می‌توانند اثرات مخربی داشته باشند [۱۵]. پژوهش حاضر در زمینه موضوع بررسی شده با استفاده از الگوی باور سلامت، ارزش برخی از ابعاد این الگو را کاملاً تأیید می‌کند. با توجه به این که بیماران مورد بررسی در این پژوهش، برای نخستین بار دچار سکته قلبی شده و از ماهیت بیماری خود آگاهی نسبی داشتند، بعد از اجرای برنامه آموزشی، آگاهی بیماران هر دو گروه، در سه بعد آگاهی از بیماری، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت‌های فیزیکی منظم به طور معناداری افزایش یافت. در گروه آموزش ویدیویی این افزایش تفاوت معنادار را در دو بعد آگاهی از بیماری و ورزش، در مقایسه با گروه آموزشی چهره به چهره نشان می‌دهد. نتایج یک مقاله مروری که حاصل جستجو در پایگاه‌های اینترنتی متفاوت به منظور بررسی تأثیر آموزش به وسیله نرم‌افزارهای کامپیوتری برای بیماران قلبی - عروقی از سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۵ بوده و در مجموع ۴۸۷ مقاله را مورد بررسی قرار داده است، نشان می‌دهد، آگاهی بیماران در هنگام استفاده از نرم-افزارهای آموزشی در مقایسه با آموزش‌های معمولی افزایش بیشتری می‌یابد [۱۶].

آلبرت در مطالعه‌ای با هدف بررسی تاثیر آموزش ویدیویی بر تغییر رفتار بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که آموزش ویدیویی از طریق ایجاد تغییرات رفتاری مانند، اندازه‌گیری روزانه وزن، کنترل دریافت مایعات و نمک در رژیم غذایی، موجب کاهش درخواست کمک از اعضای تیم سلامت، کاهش دریافت دیورتیک و نیز ایجاد انگیزه در بدست آوردن اطلاعات پیرامون نارسایی قلبی گردیده است [۱۷].

میانگین موانع درک شده در رعایت رژیم غذایی، و موانع درک شده در انجام ورزش را نشان دادند. در حالیکه یافته‌ها حاکی از افزایش میانگین نمره آگاهی و بهبود نگرش بعد از مداخله در هر دو گروه بود اما در تمامی ابعاد (الگو به غیر از بعد آگاهی از رژیم غذایی) بین دو گروه آموزش ویدیویی و چهره به چهره اختلاف از نظر آماری معنادار دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به مقایسه تأثیر دو روش آموزش ویدیویی و چهره به چهره بر اساس الگوی باور سلامت بر آگاهی و نگرش بیماران سکته قلبی ترخیص شده در مورد عوامل خطر ساز بیماری، پرداخته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ویدیویی در چارچوب الگوی باور سلامت منجر به افزایش میزان آگاهی و بهبود نگرش بیماران شده است. یافته‌ها نشان دادند میزان آگاهی بیماران شرکت کننده در این مطالعه بعد از مداخله آموزشی به طور معناداری افزایش یافته است. عقاید بیماران در مورد علل ایجاد کننده بیماریشان، بخش اصلی بسیاری از الگوها و نظریه‌های رفتاری مرتبط با بیماری است. دیوید و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، که اکثر بیمارانی که برای نخستین بار به سکته قلبی مبتلا شده‌اند تنها یک عامل را موجب بروز و آغازگر سکته قلبی خود می‌دانند و تلاش می‌کنند تا از بروز مجدد حمله قلبی با کنترل یک عامل در آینده جلوگیری نمایند و عوامل خطر سازی که به شکل مزمن در آمده‌اند را نادیده می‌گیرند؛ اما مطالعات نشان می‌دهد که عوامل متعددی مانند رژیم غذایی چرب و پر نمک، کم تحرکی و عدم انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی منظم از جمله

جدول شماره ۱: مقایسه ابعاد الگوی باور سلامت در دو گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی

P	ویدیویی		P	چهره به چهره		
	بعد	قبل		بعد	قبل	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۰۱	۱۰۰(۰/۹۸)	۱/۶۶(۵/۲)	۰/۲۶	۹/۴(۱/۰۱)	۵/۶(۱/۷)	آگاهی از بیماری
۰/۰۵۳	۱۲(۰/۹۲)	۱/۵۶(۵/۹)	۰/۱۲	۱۱/۷۰(۰/۷۳)	۶/۴۵(۱/۶۳)	آگاهی از رژیم غذایی
۰/۰۲	۹/۹۵(۰/۳۱)	۱/۶۳(۴/۸۵)	۰/۴۶	۹/۶(۰/۸۲)	۴/۴۵(۲/۰۸)	آگاهی از ورزش
۰/۰۰۹	۲۳/۵(۱/۳۹)	۲/۶(۹/۲۵)	۰/۵۷	۲۱/۴۵(۲/۵۷)	۱/۵۵(۹/۱۷)	تهدید درک شده
۰/۰۰۵	۱۴/۰۷(۰/۵۹)	۱/۵۷(۶/۸۰)	۰/۳۴	۱۳/۰۵(۱/۴۹)	۶/۴۲(۱/۱۷)	منافع رژیم غذایی
۰/۰۴۱	۲۳۸(۹/۱۷)	۱/۲۶(۲/۱۶)	۰/۱۸	۱۸/۴۷(۷/۹۲)	۱۸/۵۲(۱/۲۶)	موانع رژیم غذایی
۰/۰۰۲	۱۸/۴۵(۰/۹۰)	۲/۵۸(۱/۱۴)	۰/۳۱	۸/۶۵(۱/۶۹۵)	۹/۲۲(۲/۹۹)	منافع ورزش
۰/۰۱۵	۹/۹۷(۱/۰۱)	۲۳/۵۸(۱/۲۹)	۰/۱۱	۲۳۸(۱۱)	۲۴/۲۵(۱/۰۸)	موانع ورزش
۰/۰۰۱	۱۴/۰۲(۰/۵۳)	۶/۷۵(۲/۳۲)	۰/۲۲	۱/۸(۱/۲۰۲)	۸/۱۷(۱/۹۴)	حساسیت درک شده

بیماران در تمام ابعاد آن مؤثر باشد. با این وجود آموزش ویدئویی بر بهبود حساسیت درک شده مؤثرتر بوده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که تأثیر آموزش ویدئویی به تنهایی در تغییر نگرش و یادگیری افراد از سایر روشها مانند سخنرانی، خودآموزی و بحث گروهی بیشتر است. این امر نشان دهنده نقش مؤثر فیلم به عنوان یک رسانه، در یادگیری و نگرش مثبت افراد است [۲۲]. داشتن آگاهی کافی از بیماری و عوامل خطر ساز آن، به تنهایی موجب اصلاح و کنترل عوامل خطر ساز نخواهد شد. پرستاران می‌توانند در طراحی مداخلات آموزشی خود بر اساس الگوی باور سلامت، در جهت تعدیل، تغییر و ارتقای رفتارهای بهداشتی گام مؤثری بردارند. افزایش حساسیت و تهدید درک شده (که از ابعاد این الگو هستند) در فرد سبب می‌شود که خود را در معرض ابتلا مجدد به بیماری احساس کرده و تغییراتی را در رفتار خود اتخاذ نماید. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد استفاده از آموزش ویدئویی بر اساس الگوی باور سلامت می‌تواند به مددجو در تغییر رفتارهایی که خطر بروز مجدد بیماری را افزایش می‌دهند کمک کند. به منظور کاهش هزینه‌های آموزش در حین ترخیص، صرفه‌جویی در وقت و نیروی انسانی و همچنین امکان ادامه آموزش در منزل توسعه این روش آموزشی توصیه می‌شود. از آنجایی که هدف افزایش حساسیت درک شده و بهبود باورها و نگرش‌هاست، بهتر است روش آموزش ویدئویی بیش از گذشته در اجرای مداخلات پرستاری به ویژه در جهت توسعه و تقویت آموزش بیمار مورد استفاده قرار گیرد.

سهم نویسندگان

عباس عباس زاده: راهنمای پژوهش و تنظیم مقاله
 فریبا برهانی: مشاور پژوهش
 ندا اسدی: نمونه‌گیری و اجرای برنامه آموزشی

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شفا و افضل پور، همچنین جناب آقای دکتر رشیدی نژاد و آقای پوررنجبر به پاس همکاری و مساعدت ایشان در تهیه فیلم آموزشی اعلام می‌دارد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر بهبود نگرش بیماران در هر دو گروه آموزش ویدئویی و چهره به چهره است. نگرش بیماران نسبت به بیماری، دریافت خدمات بهداشتی و اجرای مراقبت‌های توصیه شده تأثیرگذار است [۱۸]. برای انجام اقدامات پیشگیری، نگرش‌ها و باورها به اندازه آگاهی یا اطلاعات مهم هستند و تا زمانی که تمایلی به حفظ و ارتقای سلامتی به وجود نیاید، صرفاً کسب آگاهی مؤثر نخواهد بود و آموزش مسائل بهداشتی معمولاً به سوی تقویت و تغییر نگرش، ادراکات و عقاید فرد در مورد بیماری، درمان و اثر آن در فعالیت‌های روزانه گام بر می‌دارد [۱۹]. میزان حساسیت افراد نسبت به بیماری‌ها متفاوت است و این موضوع به ادراکات و نگرش آنها در خصوص خطر بیماری بستگی دارد [۱۹]. تغییر نگرش بیماران هر چند که در دو گروه افزایش یافته است اما در بعد حساسیت درک شده بر اساس الگوی باور سلامت تفاوت میانگین‌ها به طور چشمگیری قابل مشاهده است. به نحوی که در این بعد میانگین در گروه آموزش ویدئویی ۱۴/۰۲ و در آموزش چهره به چهره ۱۲/۰۲ بود که نشان از تأثیر بیشتر آموزش ویدئویی بود؛ چراکه استفاده از فیلم‌های آموزشی به وسیله نشان دادن تصاویر و نمونه‌های واقعی در نشان دادن اهمیت بیماری و تأثیر آن بر سلامتی در ارتقاء آگاهی و شناخت بیماران از بیماری و چگونگی مراقبت از خود، وسیله‌ای مؤثر و ارزشمند محسوب می‌شود. این امر ممکن است به این دلیل باشد که افراد نمی‌توانند آنچه را که به صورت چهره به چهره آموزش می‌بینند به طور کامل درک کنند و به ذهن بسپارند و این یکی از نواقص آموزش چهره به چهره محسوب گردد که می‌توان با استفاده از آموزش ویدئویی تا حدی آنها را برطرف ساخت [۲۰]. یافته‌های این بخش از مطالعه با نتایج مطالعه‌ای که با هدف بررسی اثرات آموزش ویدئویی قبل از عمل بر روی نگرش و خود کارآمدی بیماران تحت عمل جراحی انجام شده بود، هماهنگ است نتایج نشان داد که بیمارانی برنامه‌های ویدئویی را دیده بودند احساس می‌کردند که به طور چشمگیری بهتر مطلع شده‌اند و اطلاعات بیشتری را کسب کرده‌اند و برای بهبودی بهتر آماده شده‌اند و عقاید خود کارآمدی بیشتری نسبت به بیماران همتای خود در گروه‌های کنترل دارند [۲۱].

عدم تفاوت معنادار در ارتقاء عملکرد در سایر ابعاد الگوی باور سلامت در دو گروه آموزش چهره به چهره و ویدئویی بدین معنی است که آموزش در هر دو روش توانسته است بر باور سلامتی

منابع

1. Strange JW, Knight CJ. Management of acute myocardial infarction. *Medicine* 2006;34:188-94
2. Pais P. Preventing ischaemic heart disease in developing countries. *Evidence - based Cardiovascular Medicine* 2006;10:85-8
3. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalance of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2003; 290: 898-904
4. Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Education and Counseling*. 1995; 26: 87-91
5. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2005;111:179-85
6. Fletcher J D. Effectivness and cost of interective video disk instruction in defense training and education. *Institute for Defense Analyses* 1990: 2372
7. Lirden LD, Stacy KM. *Priorites in critical care nursing*. 3th Edition, Louis: Macrow Hill; 2000
8. Anne M, Robert T. Cardiopulmonary resuscitation performance of subjects over forty is better following half-hour video self-instruction compared to traditional four-hour classroom training. *Resuscitation* 2000; 43:101-10
9. Lopez EJ. The art of using visual aids. *Nurs Practitioner* 2005;30 [the 2005 Sourcebook for Advanced Practice Nurses: 15-6]
10. Baraz-Pardenjani S, Mohammadi E, Boroumand B. The effect of self-care teaching by video tape on physical problems and quality of life in dialysis patients. *Iranian Journal of Nursing* 2008;21:121-33
11. Mohseni M. *Principles of Health Education*. 3st Editon, Publication of Tahora: Tehran, 2002
12. Potter P.A, Perry AG. *Basic Nursing (Essentials for Practice)*. 6th Editon, Philadelphia: Mosby, 2004
13. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Education Quarterly* 1984; 11: 1-47
14. Zigheimat F, Ebadi A, Mottahedian Tabrizi E, Alaf Javadi M, Hamedani Zadeh F. Effect of education based on health belief model framework on health belief, knowledge and behavior in patients undergoing coronary artery graft surgery. *Kowsar Medicine Journal* 2007;13:309-13
15. David P, Esther M, Theresa MM. The purpose of attributing cause: beliefs about the causes of myocardial infarction. *Social Science & Medicine* 2005; 14:1421
16. Beranova E, Sykes C. A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. *Patient Education and Counseling* 2007;66:21-8
17. Albert NM, Buchsbaum R, Hail MD, Jianbo L, Kelly L. Does Heart Failure Self-Care Education by Video Change Patient Behaviors? *Journal of Cardiac Failure* 2003;9:101
18. Carolyn M L, Benjamin GD. Health beliefs and depression in a group of elderly high utilizers of medical services. *General Hospital Psychiatry* 2005;27: 97- 9
19. Heidarnia A. *Topics in the process of health education*. 7th Edition, Tehran:Iran,2003
20. Lo SF, Hayter M, Hsu M, Lin SE, Lin SI. The effectiveness of multimedia learning education program on knowledge, anxiety and pressure garmet compliance in patients undergoing burns rehabilitation in Taiwan: an experimental study. *Journal of clinical Nursing* 2010;19:129-37
21. Mahler HLM, Kulic JA. Effects of preoperative videotapes on self- efficacy belifs and recovery from coronary bypass surgery. *Annals Behavioral Medicine* 1998;20:39-46
22. Motavali E, Feizi Z, Ganji T, Haghani H. whether showing delivery of film affects on anxiety primigravid mothers? *Iranian Journal of Nursing* 2002;32 :100-4