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

عباس عباس‌زاده[1]، فریبا برهانی[1] ، ندا اسدی[*1]

۱. گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۹۱۲-۹۰۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۸ شهریور ۹۱]

چکیده

اختلال خونرسانی عروق کرونر قلب، از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی ـ عروقی و مهمترین علت مرگ و میر در دنیا بوده و لذا پیشگیری از عوامل خطرساز 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 دست یافتنی 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 خطرساز بیماری بود. این پژوهش یک مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده، و۸۰ بیمار در آن در هریک از دو گروه مورد مقایسه تحت آموزش قرارگرفتند. برنامه آموزشی مبنی بر الگوی یادشده 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، ۰/۹۸± ۳۲ و ۳/۱۲±۶۲ /۱۱۲ و در گروه با آموزش چهره به چهره به ترتیب۱/۴±۳۱/۰۲ و۵/۹۶ ±۱۰۵/۹ تفاوت معنادار را به (غیر از آگاهی از رژیم غذایی) نشان دادند (P<۰/۰۵). 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
پست الکترونیکی: E-mail: nedaasadi87.nax@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.18.0]

مقدمه

سکته قلبی، مهمترین عامل ناتوانی و مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته و نیز در کشورهای در حال توسعه است[۱،۲]. عوامل خطر متعددی مانند دیابت، پرفشاری خون، افزایش کلسترول، چاقی و کم‌تحرکی در بروز و پیشرفت سیر بیماری دخالت دارند[۳]. تحقیقات نشان داده‌اند که اغلب عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط با رفتار و آگاهی فرد بوده و برنامه‌های 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 فعالیت‌های منظم داده می‌شود، بستری مجدد آنان (به دلایل قلبی عروقی) و نیز هزینه‌های مراقبتی بهداشتی به طور قابل توجهی کاهش می‌یابند[۵]. از طرفی آموزش بیمار یکی از جنبه‌های وقت‌گیر خدمات بهداشتی است، و توصیه می‌شود استراتژی‌های آموزشی متفاوتی در این زمینه مورد بررسی قرار گیرند[۶]. جهت آموزش بیمار شیوه‌هایی همچون سخنرانی، بحث و نمایش دادن فیلم وجود دارند، که به صورت فردی یا گروهی مورد استفاده قرارمی‌گیرند[۷]. یکی از وسایل کمک آموزشی که در امر آموزش بیمار می‌توان 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 داده‌اند از مجموع اطلاعات دریافت شده توسط افراد، ۷۵ درصد از طریق دیدن، ۱۳ درصد از طریق شنیدن و بقیه اطلاعات از دیگر حواس خود دریافت و به خاطر سپرده می‌شود[۹]. برازپردنجانی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدیویی برکیفیت 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 نگه دارنده، می‌تواند در کاهش مشکلات و افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشد[۱۰]. باور افراد مهمترین جزء تاثیرگذار در تصمیم‌گیری 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 کاربردی‌ترین نظریه‌های 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 ارایه داده است[۱۳]. این الگو در سال ۱۹۵۰ توسط هوکبام و روزن استاک در امریکا پایه‌ریزی 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 خطرساز 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 سکته جدی بودن خطر را احساس کرده‌اند تحت آموزش قرار گیرند. بدیهی است کمبود نیروی انسانی و امکان‌پذیر نبودن آموزش چهره به چهره در هنگام ترخیص و پیگیری می‌طلبد که راههای مفید و مؤثر و دست یافتنی مورد آزمون قرار گیرند. در جستجوی محققان در پایگاه‌های اینترنتی مربوطه، مطالعه‌ای 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 بیمارستان‌های منتخب شهرکرمان در مورد عوامل خطرساز بیماری. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند سبب فزایش اگاهی و بهبود نگرش بیماران سکته 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 ویدئویی و چهره به چهره) انجام شده است. گروه های مورد پژوهش شامل کسانی بودند که برای اولین بار به سکته قلبی (با تأیید متخصص قلب) مبتلا شده بودند. حداقل سن بیماران ۳۵ سال و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. هیچ یک از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به بیماری‌های محدود کننده حرکتی و نیز اختلالات روان شناختی دچار نبودند. نمونه‌ها از اعضاء کادر خدمات بهداشتی درمانی و یا از دانش‌آموخته 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]. نمونه‌گیری به روش مستمر انجام شد، بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه روزانه به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.18.0]

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 سوالات نگرش بخشی از سوالات 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 مامایی 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 عناوین محتوای آموزشی، اهمیت و معرفی بیماری انفارکتوس میوکارد، عوامل خطرساز و علائم بیماری، اهمیت رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های منظم و تعدیل عوامل خطر و تغییر شیوه زندگی براساس 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 شاخص های 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 ۷/۳۹±۵۵/۵۵ و ۷/۶۴±۵۳/۸۸ 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 درک‌شده، همچنین کاهش معنی‌داری در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.18.0]

میانگین موانع درک‌شده 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 خطرساز بیماری، پرداخته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ویدئویی در چارچوب الگوی باور سلامت منجر به افزایش میزان آگاهی و بهبود نگرش بیماران شده است. یافته‌ها نشان دادند میزان آگاهی بیماران شرکت‌کننده 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 خطرسازی 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 وعدم انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی منظم از جمله عوامل خطرساز در بروز حمله قلبی هستند که تواماً 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 ـ عروقی از سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۵ بوده و در مجموع ۴۸۷ مقاله را مورد بررسی قرار داده است، نشان می‌دهد، آگاهی بیماران در هنگام استفاده از نرم-افزاهای آموزشی در مقایسه با آموزش‌های معمولی افزایش بیشتری می‌یابد[۱۶].

آلبرت در مطالعه‌ای با هدف بررسی تاثیر آموزش ویدئویی بر تغییر رفتار بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که آموزش ویدئویی 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].

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

	چهره به چهره			ویدئویی		
	قبل	بعد		قبل	بعد	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	P	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P
آگاهی از بیماری	۵/۶(۱/۷)	۹/۴(۱/۰۱)	۰/۲۶	۱/۶۶(۵/۲)	۱۰(۰/۹۸)	۰/۰۰۱
آگاهی از رژیم غذایی	۶/۴۵(۱/۶۳)	۱۱/۷۰(۰/۷۳)	۰/۱۲	۱/۵۶ (۵/۹)	۱۲(۰/۹۲)	۰/۰۵۳
آگاهی از ورزش	۴/۴۵(۲/۰۸)	۹/۶(۰/۸۲)	۰/۴۶	۱/۶۳(۴/۸۵)	۹/۹۵(۰/۳۱)	۰/۰۲
تهدید درک شده	۱/۵۵(۹/۱۷)	۲۱/۴۵(۲/۵۷)	۰/۵۷	۲/۶(۹/۲۵)	۲۳/۵(۱/۳۹)	۰/۰۰۹
منافع رژیم غذایی	۶/۴۲(۱/۱۷)	۱۳/۰۵(۱/۴۹)	۰/۳۴	۱/۵۷(۶/۸۰)	۱۴/۰۷(۰/۵۹)	۰/۰۰۵
موانع رژیم غذایی	۱۸/۵۲(۱/۲۶)	۱۸/۴۷(۷/۹۲)	۰/۱۸	۱/۲۶(۲/۱۶)	۲/۳۸(۹/۱۷)	۰/۰۴۱
منافع ورزش	۹/۲۲(۲/۹۹)	۸/۶۵(۱۶/۹۵)	۰/۳۱	۲/۵۸(۱/۱۴)	۱۸/۴۵(۰/۹۰)	۰/۰۰۲
موانع ورزش	۲۴/۲۵(۱/۰۸)	۲/۳۸(۱۱)	۰/۱۱	۲۳/۵۸(۱/۲۹)	۹/۹۷(۱/۰۱)	۰/۰۱۵
حساسیت درک شده	۸/۱۷(۱/۹۴)	۱/۸(۱۲/۰۲)	۰/۲۲	۶/۷۵(۲/۳۲)	۱۴/۰۲(۰/۵۳)	۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.18.0]

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر بهبود نگرش بیماران در هر دو گروه آموزش ویدیویی 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، صرفا 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 ویدویی ۱۴/۰۲ و در آموزش چهره به چهره ۱۲/۰۲ بود که نشان از تأثیر بیشتر آموزش ویدیویی 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 می توان با استفاده از آموزش ویدیویی تا حدی آنها را برطرف ساخت[۲۰]. یافته‌های این بخش از مطالعه با نتایج مطالعه‌ای که با هدف بررسی اثرات آموزش ویدیویی قبل از عمل بر روی نگرش و خود کارآمدی بیماران تحت عمل جراحی انجام شده بود، هماهنگ است نتایج نشان داد که بیمارانی برنامه‌های ویدیویی 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 خودکارآمدی 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 ویدیویی بدین معنی است که آموزش در هر دو روش توانسته است بر باور سلامتی بیماران در تمام ابعاد آن مؤثر باشد. با این وجود آموزش ویدیویی بر بهبود حساسیت درک شده مؤثرتر بوده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که تأثیر آموزش ویدیویی 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 خطرساز آن، به تنهایی موجب اصلاح و کنترل عوامل خطرساز 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 ویدیویی 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 می شود. از آنجایی که هدف افزایش حساسیت درک شده و بهبود باورها و نگرش‌هاست، بهتر است روش آموزش ویدیویی 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 افضلی پور، همچنین جناب آقای دکتر رشیدی نژاد و آقای پوررنجبر به پاس همکاری و مساعدت ایشان در تهیه فیلم آموزشی اعلام می‌دارد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.18.0]

منابع

1. Strange JW, Knight CJ. Management of acute myocardial infarction. Medicine 2006;34:188-94

2. Pais P. Preventing ishaemic heart disease in developing countries. Evidence - based Cadiovascular 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 preoperatory 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 affecs on anxiety primigravid mothers? Iranian Journal of Nursing 2002;32 :100-4

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.18.0]