نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(3), Autumn 2013

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر فیلم بر مراقبت از خود در بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی

* عصمت عطائی[1]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه
اصغر دالوندی[2]، دکترای سلامت سالمندی
اکبر نیک پژوه[3]، دکترای پزشکی اجتماعی

خلاصه

هدف. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر فیلم بر مراقبت از خود بیماران با ضربان‌ساز دائمی بود.

زمینه. یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر بعد از سکته قلبی، آریتمی می‌باشد و یکی از روش های کنترل آریتمی مقاوم به درمان، تعبیه ضربان ساز است. مطالعات انجام شده بر روی بیماران دارای وسایل الکتریکی نشان داده اند که اکثر بیماران اطلاعات کمی درباره نحوه مراقبت از دستگاه خود کسب کرده اند و نیاز به آموزش جهت مراقبت از خود دارند.

روش کار. در این کارآزمایی بالینی قبل و بعد، ۸۰ بیمار نیازمند به تعبیه ضربان‌ساز دائمی که به بیمارستان قلب و عروق شهید رجائی تهران مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها با روش بلوک‌های چهارتایی تصادفی به طور مساوی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه، ۴۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه مراقبت از خود (تهیه شده توسط پژوهشگر) بودند. بیماران گروه آزمون با همراهی یکی از بستگان که بیشترین تماس را با ایشان داشت، روز قبل از تعبیه ضربان‌ساز، طی یک جلسه، تحت آموزش قرار گرفتند. جهت آموزش از فیلم آموزشی استفاده شد، طول مدت جلسه ۳۰ دقیقه بود، و در نهایت بسته آموزشی در اختیار این بیماران قرار گرفت، و پس از آن، به مدت یک ماه هفته‌ای یک بار با بیمار تماس تلفنی گرفته می‌شد. داده ها با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها. در حالی که بین میانگین نمره خودمراقبتی دو گروه، قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۱۰۶)، این تفاوت، پس از مداخله،از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۰۱).

نتیجه‌گیری. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر فیلم، بر مراقبت از خود بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلب موثر می‌باشد و توصیه می‌شود برنامه های آموزشی برای بهبود آگاهی و عملکرد بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی به کار گرفته شود.

کلید واژه‌ها: مراقبت از خود، آموزش رفتارهای خودمراقبتی، ضربان‌ساز دائمی قلب، فیلم آموزشی

۱ کارشناس ارشد پرستاري مراقبت هاي ويژه، بيمارستان قلب شهيد رجائي، دانشگاه علوم پزشكي ايران، تهران، ايران (× نويسنده مسئول) پست الكترونيک: maryam_ataeee@yahoo.com
۲ استادیار، دپارتمان پرستاري، دانشگاه علوم بهزيستي و توانبخشي، تهران، ايران
۳ استادیار، بيمارستان قلب شهيد رجائي، دانشگاه علوم پزشكي ايران، تهران، ايران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

مقدمه

بیماری های قلبی به عنوان اولین علت مرگ و میر در ایران و بسیاری از کشورهای جهان شناخته شده است. در طی ۳۰ سال گذشته پیشرفت عمده‌ای در پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماری های قلبی عروقی صورت گرفته است. علیرغم کاهش مرگ و میر بیماری های قلبی، هنوز هم این بیماری ها سهم عمده‌ای در مرگ و میر دارند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). درسال ۱۹۱۰ میلادی تنها ده درصد از مرگ و میرها در دنیا به علت بیماری های قلبی عروقی بود، اما این میزان در سال ۲۰۰۰ به پنجاه درصد رسید و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به حدود هفتاد و پنج درصد مرگ و میرهای شایع در جهان برسد (قلمقاش، ۱۳۸۸).

روش کنترل و درمان دیس ریتمی‌های قلبی، استفاده از ضربان ساز دائم است. ضربان‌ساز وسیله‌ای الکترونیکی است و زمانی به کار می رود که قلب قادر به تولید ایمپالس الکتریکی موثر برای شروع انقباض و حفظ برون‌ده قلبی کافی نیست. حدود سه میلیون نفر در دنیا دارای ضربان‌ساز می‌باشند و سالیانه برای ۶۰۰ هزار بیمار، ضربان ساز تعبیه می‌شود (وود و النبوگن، ۲۰۰۲). بر اساس گزارش مجله انجمن قلب ایران، سالیانه حدود ۵۵۰ مورد تعبیه ضربان‌ساز دائم در ایران صورت می‌گیرد (نوحی و طباطبایی، ۲۰۰۱). مطالعه‌ای نشان داد که اغلب بیماران دارای ضربان ساز دائمی هیچ گونه اطلاعی درباره نحوه مراقبت از دستگاه ضربان ساز دائم کسب نکرده بودند و اکثر این افراد نیاز به آموزش در مورد مراقبت از خود داشتند (ایمان زاده، ۱۳۷۲). باید شرایطی فراهم شود تا این افراد بتوانند از خود مراقبت نمایند (نصیری و همکاران، ۱۳۷۸).

مداخلات الکتریکی که جهت درمان آریتمی و مشکلات قلبی اجرا می شوند دارای عوارضی هستند. ضربان‌سازها نیز از این قاعده مستثنی نیستند و عوارضی از جمله عفونت محل ضربان‌ساز، عوارض مربوط به لیدها و مشکلات روانی ناشی از اتکای بیماران به وجود این دستگاه جهت ادامه حیات نیز ممکن است برای بیماران ایجاد گردد (همل و همکاران ، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، مشکلات متعدد در انجام کارهای معمول زندگی، معمولا موجب ایجاد احساس ضعف و ناتوانی دراین بیماران می شود که این امر به نوبه خود می‌تواند منجر به افسردگی و کاهش اعتماد به نفس در این بیماران شود و بر کیفیت زندگی آنان اثر گذارد (دیکسون و همکاران ، ۲۰۰۰). لذا، کمک به این بیماران در جهت رفع اضطراب و نگرانی‌های آنان امری ضروری به نظر می‌رسد و یکی از موثرترین اقدامات در این زمینه پیگیری بیماران پس از ترخیص آنان از بیمارستان می‌باشد.

آموزش به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص، نقش مهمی در بازتوانی ایفا می‌کند. در مرحله بعد از ترخیص، بیشتر این آموزش ها و پیگیری‌ها شامل تاکید بر جنبه‌های مراقبت از خود و دانش و آگاهی راجع به علائم هشداردهنده، داروها، عوامل خطر و کاربرد عملی مطالب آموخته شده می‌باشد (پاشکو و دافو، ۲۰۰۰). در مطالعات انجام شده بر روی بیماران دارای وسایل الکتریکی مشخص شد که اکثر بیماران هیچ گونه اطلاعی درباره نحوه مراقبت از دستگاه خود کسب نکرده بودند و نیاز به آموزش جهت مراقبت از خود داشتند (شهریاری و همکاران، ۲۰۰۵). آموزش می‌تواند به عنوان یک روش کم هزینه و در دسترس جهت پیگیری بیماران و ارائه آموزش های لازم به آنان مورد استفاده قرار گیرد (داغرتی و همکاران، ۲۰۰۴).

نتایج تحقیقات گوناگون نشان دهنده عدم آموزش موثر به بیماران و خانواده‌هایشان از سوی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد (جوزین و همکاران، ۲۰۰۱). شواهد بسیاری نشان می دهد که بیماران در هنگام ترخیص اطلاعات کمی در مورد بیماری و نحوه مراقبت از خود دریافت می کنند. در یک مطالعه تنها ۲۰ درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری بوده‌اند اظهار نموده‌اند که اطلاعات کافی و مشاوره در زمینه شرایط سلامتی خویش دریافت کرده اند، در حالی که ۲۰ درصد دیگر، از اطلاعات دریافت شده راضی نبوده‌اند و ۶۰ درصد نیز اظهار داشتند آموزش‌ها باید بهتر ارائه شوند (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱). پژوهشگران در پی یافتن راه های مختلف ارائه موثرتر برنامه آموزشی به بیمار هستند (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که آموزش بیمار در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که برنامه آموزشی به بیمار ارائه نمی شود یا بسیار ناقص و نامنظم ارائه می‌شود (اسماعیلی، ۱۹۹۷).

یادگیری رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیرگذار باشند (تولیجامو و هنتینن، ۲۰۰۱). ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می‌تواند به بیماران کمک کند تا کنترل بر روی زندگی

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

خود را از دست ندهند و با عوارض ناشی از بیماری خود سازگار شوند که این سازگاری منجر به ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران می‌گردد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰). مراقبت از خود و مشارکت در درمان یکی از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (کودیات و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای مراقبت از خود مناسب سبب ارتقاء توانایی‌ها، انجام بهتر فعالیت های روزانه و دستیابی به استقلال در بیماران می شود و به این ترتیب آنان را در انجام عملکردهای اجتماعی تواناتر و برای زندگی امیدوارتر می سازد و نهایتا باعث می شود از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار گردند (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰).

با توجه به نقش کلیدی پرستاران در آموزش رفتارهای مراقبت از خود، شناسایی رفتارهایی که به بهبود کیفیت زندگی می انجامد، راهنمایی برای تنظیم و تدوین بهتر مداخلات پرستاری است (دیتون و گریدی، ۲۰۰۴). مطالعات انجام شده بر روی بیماران دارای وسایل الکتریکی نشان داده اندکه اکثر بیماران هیچ گونه اطلاعای درباره نحوه مراقبت از دستگاه خود کسب نکرده اند و نیازمند آموزش جهت مراقبت ازخود هستند (داغرتی و همکاران، ۲۰۰۴).

مراقبت از خود توسط اورم به عنوان فعالیت‌هایی که افراد به طور شخصی به منظور حفظ، بازگرداندن یا ارتقای سلامت خود بر روی خود انجام می‌دهند، تعریف شده است. مراقبت از خود زمانی به دست می‌آید که عامل مراقبت از خود نیازهای خودمراقبتی را به حد کافی برطرف کرده باشد (معماریان، ۱۳۷۸؛ زندی، ۱۳۸۱). منظور از برنامهٔ خودمراقبتی، فعالیت های تنظیم شده‌ای است که به مددجویان آموزش داده می‌شود و باعث تثبیت توانایی‌ها و افزایش کارآیی افراد می‌شود (زندی، ۱۳۸۱).

جهت آموزش به بیمار شیوه‌هایی همچون سخنرانی، بحث، نمایش دادن وجود دارند که به صورت های فردی یا گروهی مورد استفاده قرار می‌گیرند (لیردن و استیسی، ۲۰۰۰). از روش سخنرانی برای آموزش به تعداد زیادی از فراگیران در یک مقطع زمانی کوتاه استفاده می‌شود. این روش دارای ساختاری از پیش تعیین شده است. مهمترین نقطه ضعف این روش این است که اجازه تفکر خلاق به بیمار در مورد مواد آموزشی ارائه شده داده نمی‌شود (پورمیرزا کلهری، ۱۳۸۰). باستابل علاوه بر موارد قبلی که به اعتقاد وی روش‌های سنتی آموزش نامیده می‌شوند، روش های نوین آموزش را نیز معرفی کرده است که می‌توان به روش‌هایی همچون بازی، شبیه‌سازی، ایفای نقش، سرمشق سازی، فعالیت‌های خودآموزشی و یادگیری سریع اشاره نمود (باستابل،۱۳۷۶). او همچنین بیان می‌کند که انتخاب روش آموزش نیاز به تعیین اهداف رفتاری و بررسی و شناخت فراگیران قبل از آموزش دارد. همچنین، باید به عوامل دیگری همچون زمان، بودجه، مکان و مواد کمک آموزشی نیز توجه خاص داشت (باستابل، ۲۰۰۳). کواتز موانع امر آموزش به بیماران را توسط پرستاران شامل موارد زیر می‌داند: ۱) کمبود دانش، ۲) کمبود مهارت های ارتباطی، ۳) کمبود مهارت بررسی و شناخت، ۴) کمبود در مهارت‌های تدریس، ۵) نداشتن آمادگی جهت تدریس، و ۶) عدم پذیرش پرستار به عنوان منبعی برای آموزش بیمار (کوآت، ۱۹۹۹).

یکی از مهمترین موانع در امر آموزش بیمار کمبود مهارت‌های ارتباطی است که باید به این مهم در فرایند آموزش به بیمار توجه شود. جهت تسهیل ارتباط بین فراگیر (بیمار) و مدرس می توان از مواد کمک آموزشی استفاده نمود (باستابل، ۲۰۰۳). در انتخاب وسیله کمک آموزشی، پرستاران باید متغیرهایی از جمله خصوصیات مدرس، خصوصیات (اهداف رفتاری و حیطه های یادگیری، و خصوصیات رسانه را مورد توجه قرار دهند (باستابل، ۲۰۰۳). یکی از وسایل کمک آموزشی که در امر آموزش بیمار می توان مورد استفاده قرار داد ویدیو است (اسملتزر، ۲۰۰۴). فیلم ویدیویی می‌تواند برای انتقال مفاهیم پایه جهت آموزش به بیماران در زمان کوتاه مورد استفاده قرار گیرد و چون دارای محتوای از پیش تعیین شده است از آموزش های فوری مفیدتر است (پورمیرزا کلهری، ۱۳۸۰). فیلم ویدیویی می‌تواند به عنوان یک وسیله آموزشی توسط پرستار به کار رود، زیرا ممکن است خصوصیات منحصر به فرد این وسیله تامین کننده بازخورد مستقیم در مورد ظرفیت‌های فراگیر در ارتباطات بین فردی و یادگیری در حیطه روانی حرکتی باشد (باستابل، ۲۰۰۳). واندرپالن و همکاران (۱۹۹۷) از مزایای آموزش ویدیویی به توانایی برای ایجاد ذخیره سازی فراوان اطلاعات، ایجاد تداوم در اطلاعات، عدم ایجاد اضطراب در زمان آموزش و اضافه کردن اطلاعات جدید به مطالب قبلی اشاره می کنند (گیپاکوما و همکاران، ۱۹۹۹). گاگلیانو (۱۹۹۹) در مورد آموزش از طریق ویدیو عنوان می‌دارد که ویدیو روش موثرتری از آموزش‌های سنتی برای آموزش بیمار است، زیرا باعث افزایش دانش کوتاه مدت، توانایی تطابق و دانش و همکاری در بیمار می‌گردد. ویدیو باعث افزایش و بهبود مهارت‌های بین فردی می‌شود که نتیجه آن، بهبود ارتباط بین پرستار و بیمار است (پورمیرزا کلهری، ۱۳۸۰).

مومن نسب در مورد استفاده از فیلم ویدیویی بیان می‌دارد که در امر آموزش به بیمار در هر سه سطح پیشگیری می‌توان از ویدیو و فیلم استفاده کرد (ایوان، ۱۳۷۷). از دیگر مزایای فیلم ویدیویی این است که مدرس می‌تواند از این رسانه به صورت فردی یا گروهی

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

استفاده کند. با تمام این موارد نباید فراموش کرد که نقش پرستار بالینی در نحوه استفاده از وسیله آموزشی از نوع اطلاعات مهم تر است (ماسلین، ۱۹۹۸) و لذا نباید آموزش ویدیویی جهت آموزش به بیمار جایگزین آموزش فردی شود و زمانی این آموزش مفیدتر است که استفاده از این روش برای تقویت سایر روش‌های آموزش بیمار باشد، یعنی به صورت گروهی انجام پذیرد و اجازه بحث گروهی و طرح سئوالات به بیمار داده شود (لیردن و استیسی، ۲۰۰۰). با توجه به اینکه پرستاران نقش بسیار مهمی در آموزش رفتارهای خودمراقبتی دارند، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر فیلم بر مراقبت از خود بیماران دارای ضربان ساز دائمی انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه مقایسه بود. تعداد نمونه ها در این پژوهش ۸۰ نفر بودند که پس از اطمینان از واجد شرایط بودن براساس معیارهای ورود و خروج و توضیح اهداف پژوهش برای آنها و کسب رضایت نامه آگاهانه، بیماران با استفاده از روش بلوک های تصادفی (بلوک‌های ۴ تایی) به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۴۰ نفر) تقسیم شدند. بیماران نیازمند به تعبیه ضربان‌ساز که به بیمارستان شهید رجایی تهران مراجعه می‌کردند وارد مطالعه می‌شدند. شرایط خروج از مطالعه نیز شامل افسردگی اساسی (با توجه به پرونده بیمار و نظر پزشک معالج) یا اختلال دو قطبی، سابقه اعتیاد به مواد، ابتلا به سایر اختلالات نورولوژیکی، بیماری مزمن دیگر (صرع، سکته مغزی، سرطان و ...)، معلولیت‌ها و ناتوانی‌های جسمی، سابقه عمل جراحی بزرگ (قلب، مغز و لگن و ...) در۶ ماه گذشته، بستری طولانی مدت در بیمارستان، محدوده سنی زیر ۱۶ سال، و نداشتن امکانات مشاهده فیلم آموزشی بود. پس از اینکه نمونه ها در بخش مجهز به سیستم مانیتورینگ قلبی بستری می‌شدند، پرونده های این بیماران توسط پژوهشگر بررسی می‌شد. سپس فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه‌مراقبت از خود توسط پژوهشگر جهت نمونه ها تکمیل شد.

برای تعیین اعتبار صوری و محتوایی، پرسشنامه مراقبت از خود (خودساخته توسط محقق) به ده نفر از اساتید دانشگاههای علوم پزشکی تهران در بیمارستانهای شهید رجائی، امام خمینی و مرکز قلب تهران ارائه شد و بعد از جمع‌آوری نظرات اساتید، تغییرات مورد نظر با نظارت اساتید راهنما اعمال شد. سپس با انجام یک مطالعه پایلوت مشخص شد که همه سوالات در یک قالب قابل طرح می باشند. پایایی داخلی پرسشنامه با ضریب ۸۴۳/۰ مورد تایید قرار گرفت ($P<0/0001$).

محتوای پرسشنامه مراقبت از خود که جهت سنجش سطح اطلاعات بیماران در مورد مراقبت از خود با ضربان‌ساز دائم استفاده شد شامل ساختمان قلب، نحوه ایجاد ضربان قلب، اجزاء ضربان ساز، مراقبت‌های بعد از تعبیه ضربان‌ساز، محدودیت‌های بعد از تعبیه ضربان ساز، زمان مراجعه به پزشک، و فعالیت‌ها و محدودیت‌های فعالیتی بعد از تعبیه ضربان ساز بود. این پرسشنامه شامل ۱۸ سوال در مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از گزینه "به هیچ وجه" (امتیاز ۱) تا گزینه "خیلی زیاد" (امتیاز ۵) می باشد. نمره کلی فرد از مجموع پاسخ‌ها به دست آمد و نمرات بالاتر به معنای مراقبت از خود مناسب‌تر بود. حداقل نمره‌ای که فرد بر اساس این پرسشنامه می گیرد ۱۸ و حداکثر آن ۹۰ است. فرم اطلاعات فردی نیز در پرسشنامه‌ای که شامل ۱۵ سوال در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، بیمه، نیاز به مراقب در منزل، نسبت مراقب با بیمار، استعمال سیگار و مدت زمان و تعداد مصرف آن در روز، مصرف مشروبات الکلی، وجود جریانات مغناطیسی در محل زندگی، سابقه بیماری دیابت و فشار خون بود توسط محقق قبل از ارائه آموزش برای هر دو گروه تکمیل شد. زمان تکمیل هر پرسشنامه حدود ۲۰ دقیقه طول می‌کشید.

آموزش رفتارهای خود مراقبتی قبل از تعبیه ضربان ساز دائمی به گروه آزمون توسط پژوهشگر روز قبل از تعبیه ضربان‌ساز دائمی قلب ارائه می‌گردید. زمان ارائه آموزش یکی از بستگان بیمار که در طول مطالعه تماس بیشتری را با بیمار داشت باید حضور داشت. آموزش، یک بار برای بیمار و همراهش توسط پژوهشگر توضیح داده می‌شد، بیشتر بیماران قبل از تعبیه ضربان‌ساز دائمی دارای ضربان‌ساز موقت بودند و تحت سیستم مانیتورینگ قلبی بودند و نمی‌توانستند از بخش خارج گردند. آموزش در بالین بیمار به صورت انفرادی انجام‌می‌شد. براساس آموزش رفتارهای خودمراقبتی طراحی شده در دفترچه آموزش، در ابتدا به مدت ۱۰ دقیقه به ترتیب درباره ساختمان قلب و عملکرد آن، نحوه ایجاد ضربان قلب و نحوه ایجاد نامنظمی ضربان قلب، علت نیاز به تعبیه ضربان ساز، نحوه عملکرد ضربان‌ساز، مراقبت‌های قبل و بعد از تعبیه ضربان‌ساز، احتیاطات در استفاده از وسایل الکتریکی و تداخلات مغناطیسی،

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

مراقبت‌های مورد نیاز در منزل و کارهای روزانه توضیحات لازم داده می‌شد. به دنبال مرحله اول آموزش، فیلم آموزشی به مدت ۲۰ دقیقه به بیمار و همراهش نمایش داده می‌شد و در پایان آموزش، به سوالات بیمار و همراهش پاسخ داده می‌شد و در مورد نحوه استفاده از بسته آموزشی در منزل، نحوه برقراری تماس تلفنی بیمار با پژوهشگر در صورت نیاز توضیحات لازم داده می‌شد. سپس، بسته آموزش رفتارهای خودمراقبتی در اختیار بیمار قرار داده می‌شد، بعد از ترخیص بیمار، پژوهشگر هفته‌ای یکبار با بیمار تماس تلفنی برقرار می‌کرد و مراقبت‌ها را به بیمار تأکید می‌کرد و به سوالاتش پاسخ می‌داد، همراه بیمار، این آموزش‌ها را چندین نوبت در طی زمان‌های متوالی برای بیمار در منزل تکرار می‌نمود. یک ماه بعد از آموزش مجددا پرسشنامه‌های مراقبت از خود برای گروه آزمون و کنترل تکمیل می‌گردید، با این تفاوت که برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفته بود. داده های جمع آوری شده با SPSS ویرایش ۱۵ تجزیه و تحلیل شدند و میزان مراقبت از خود قبل و بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفتند.

این مطالعه براساس کد اخلاقی کمیته‌های اخلاق پزشکی کشوری و کمیته اخلاق مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجائی به شماره ۱۱۸۲۴۶ ثبت شده است و در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران نیز به ثبت رسیده است. ملاحظات اخلاقی این مطالعه شامل کسب معرفی نامه رسمی از معاونت پژوهشی مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجائی جهت ارائه به بیمارستان قلب و عروق شهید رجائی تهران بود. پژوهشگر خود را به مسئولین بخش‌های پست سی سی یو و سی سی یو معرفی می کرد. قبل از انجام مداخله، اهداف و ماهیت تحقیق برای کلیه واحدهای مورد پژوهش توضیح داده شد. رضایت آگاهانه از نمونه ها جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و به آنها در زمینه شرکت در این پژوهش حق انتخاب داده شد و اینکه هر زمانی که تمایل به خروج از مطالعه داشتند بدون هیچ گونه معذوریتی قادر به انجام این کار بودند. به نمونه ها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آنها محرمانه می ماند و تنها به صورت کلی مورد بررسی قرار می گیرد.

یافته ها

ویژگی های دموگرافیک نمونه ها در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین سن بیماران ۷/۵۶ با انحراف معیار ۱۸/۱۷ سال بود. بیشترین درصد نمونه ها در هر دو گروه متاهل، بی سواد، غیر سیگاری و دارای پوشش بیمه ای بودند.

میانگین و انحراف معیار امتیاز مراقبت از خود، در گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از آموزش رفتارهای خودمراقبتی در جدول شماره ۲ آمده است. بین میانگین امتیاز مراقبت از خود، در دو گروه، قبل از مداخله، اختلاف معناداری مشاهده نشد (p=۰/۱۰۶)، اما بین میانگین امتیاز مراقبت از خود، در دو گروه، بعد از مداخله اختلاف معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۰۰۱).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز مراقبت از خود، قبل و بعد از اجرای آموزش رفتارهای خود مراقبتی در دو گروه

گروه	آزمون		کنترل		آزمون تی مستقل	
مراقبت از خود	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P-value	T
قبل از مداخله	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۱۰۶	-۷۰۹/۱
بعد از مداخله	۰/۷۴	۰/۱۶	۰/۲۱	۰/۱۵	۰/۰۰۰	۲۰/۰۶۳

بحث

این مطالعه نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین امتیاز مراقبت از خود، بین دو گروه، بعد از مداخله ایجاد شده بود. مطالعه ای مشابه توسط شهریاری و همکاران (۱۳۸۴) با هدف بررسی تاثیر یک برنامه مدون آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائم انجام شد. در این مطالعه از پرسشنامه و مصاحبه، برای اندازه گیری کیفیت زندگی ۳۴ بیمار در دو گروه کنترل و آزمون استفاده شد. مداخله شامل روش آموزش انفرادی و ارائه نمایش و تمرین و در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی بود که ۲۰ دقیقه طول می کشید و در روز قبل از ترخیص بیماران به اجرا در می‌آمد. نتایج نشان داد استفاده از برنامه آموزشی ترکیبی در مراقبت بعد از عمل در بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی بیماران دارد (p=۰/۰۳۸).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی متغیرهای دموگرافیک

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس		
مرد	(۴۵)۱۸	(۳۵)۱۴
زن	(۵۵)۲۲	(۶۵)۲۶
وضعیت تاهل		
متاهل	(۸۵)۳۴	(۷۰)۲۸
مجرد	(۱۵)۶	(۳۰)۱۲
وضعیت اشتغال		
شاغل	(۸۰)۳۲	(۷۰)۲۸
بیکار	(۵)۲	(۵)۲
بازنشسته	(۱۵)۶	(۲۵)۱۰
بیمه درمانی		
دارد	(۹۵) ۳۸	(۹۵) ۳۸
ندارد	(۵) ۲	(۵) ۲
نیاز به مراقب در منزل		
دارد	(۵) ۲	(۲۵)۱۰
ندارد	(۹۵) ۳۸	(۷۵) ۳۰
مصرف دخانیات		
دارد	(۱۵)۶	(۳۵)۱۴
ندارد	(۸۵)۳۴	(۶۵)۲۶
مصرف الکل		
دارد	(۱۰)۴	(۱۵)۶
ندارد	(۹۰)۳۶	(۸۵)۳۴

تحقیقی که برازپرونجانی و همکاران (۱۳۸۳) در بخش های همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران تحت عنوان تاثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدیوئی بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز روی ۳۱ بیمار انجام دادند نشان داد که اجرای برنامه آموزشی مراقبت از خود از طریق فیلم ویدیوئی در بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌تواند در کاهش مشکلات و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد (p=۰/۰۰۲)، ولی در مطالعه استفن و همکاران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

(۲۰۰۸) که هدف آن بررسی تأثیر آموزش فیلم بر اضطراب بیماران قبل از جراحی مفصل بود مشخص شد در بیماران گروه مداخله، سطح اضطراب بیماران تغییر نکرد، ولی در گروه کنترل اضطراب افزایش یافته بود.

بررسی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر فیلم به عنوان یک شیوه آموزشی می تواند تأثیر قابل ملاحظه و ماندگاری بر مراقبت از خود بیماران داشته باشد. در مجموع شاید بتوان گفت یافته‌های مطالعه حاضر موثر بودن روش آموزش رفتارهای خودمراقبتی را بر بهبود مراقبت از خود بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلب مورد تأکید قرار می دهد و یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش خودمراقبتی یک روش برای یادگیری موثرتر است که حتی با گذشت زمان نه تنها این روند متوقف نمی‌شود بلکه ادامه نیز دارد و این روش سبب افزایش قدرت یادگیری بیماران شد و می‌توان از آن به عنوان یک روش جهت آموزش به بیماران استفاده کرد. با تمام این موارد نباید فراموش کرد که نقش پرستار بالینی در نحوه استفاده از وسیله آموزشی از نوع اطلاعات مهمتر است (ماسلین، ۱۹۹۸) و لذا نباید آموزش ویدیویی جهت آموزش به بیمار جایگزین آموزش فردی شود. زمانی آموزش ویدیوی مفیدتر است که استفاده از این روش برای تقویت سایر روش‌های آموزش بیمار باشد، یعنی به صورت گروهی انجام پذیرد و اجازه بحث گروهی و طرح سئوالات به بیمار داده شود (لیردن و استیسی، ۲۰۰۰).

پرستاران در تماس با بیماران و خانواده آنان امکان آموزش را دارند، بنابراین، لازم است در هر فرصت به بیماران و خانواده آنان آموزش دهند و در آموزش به بیمار به نیازهای آموزشی و میزان یادگیری او توجه نمایند. مؤثرترین برنامه آموزشی زمانی است که برای شناخت و مهارت‌هایی که بیمار نیاز دارد، پرستار و بیمار با هم مشارکت داشته باشند. فعالیت پرستار و بهره گیری از منابع قابل دسترس، به علاقه بیمار در یادگیری کمک می‌کند و فرایند پرستار یک چهارچوب مناسب برای سازماندهی فرایند آموزش است.

نتیجه گیری

آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر فیلم بر مراقبت از خود بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلب تأثیر مثبت دارد و باعث ارتقاء رفتارهای مراقبت از خود می شود. پیشنهاد می‌شود پرستاران در حین انجام مداخلات پرستاری، رفتارهای مراقبت از خود را به بیماران آموزش دهند و همچنین، برنامه‌های مدون توسط مدیران پرستاری در سطح کارگاه‌های آموزشی، بازآموزی و آموزش رفتارهای مراقبت از خود جهت پرستاران برگزار شود. نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی باشد تا مدیران پرستاری و دست اندرکاران آموزش پرستاری در برنامه آموزش، به اهمیت اثر آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر مراقبت از خود بیماران بعد از تعبیه ضربان ساز بپردازند و با برپایی کلاس ها و دوره‌های آموزشی در ارتقاء کاربرد عملی این مفهوم و عوامل موثر بر ارتقاء آن اهتمام ورزند. بنابراین، لازم است تدابیری اتخاذ گردد که با استفاده از آنها موثرترین وسیله کمک آموزشی و بهترین زمان برای آموزش بیماران انتخاب شود و از سوی دیگر، از نظر هزینه و نیاز به افراد متخصص مقرون به صرفه باشد، با امکانات موجود همخوانی داشته و بیشترین تأثیر را نیز بر مراقبت از خود بیمار داشته باشد. جهت افزایش آگاهی بیماران دارای ضربان‌ساز و خانواده‌هایشان با توجه به نیازهای آنان برای کسب استقلال و ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی، مدرسین باید دانشجویان را موظف به تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی شامل آموزش دسته جمعی و تهیه پمفلت، بروشور، پوستر، کتابچه‌های آموزشی و فیلم به عنوان موثرترین وسیله آموزشی درباره رفتارهای خودمراقبتی با محتوای مناسب نمایند و پس از ارزشیابی در اختیار بیماران قرار دهند. با توجه به نتایج این تحقیق که آموزش رفتارهای خودمراقبتی یکی از عوامل موثر در بهبود مراقبت از خود می‌باشد، پیشنهاد می‌شود که رفتارهای خودمراقبتی توسط رسانه‌های جمعی در تمام سطوح جامعه آموزش داده شود.

محدودیت ها و مشکلات انجام این مطالعه شامل تفاوت های فردی و انگیزه‌های متفاوت در واحدهای مطالعه بود که بر یادگیری رفتارهای خودمراقبتی اثر می‌گذاشت، میزان یادگیری و پاسخگویی مددجویان در نتیجه تفاوت‌های فردی و اجتماعی متفاوت بود و در نتیجه ممکن بود روی نتایج نیز موثر باشد که از عهده پژوهشگر خارج بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری بیمارستان قلب و عروق شهید رجائی تهران انجام شده است و از حمایت های بی دریغ شان نهایت سپاسگزاری را داریم.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

منابع فارسی

النبوگن کنت. پیس میکر و دفیبریلاتورهای قلبی کاشتنی. ترجمه مجید حق جو. تهران: انتشارات ماهتاب ؛ ۱۳۸۳.

ایمان زاده س. بررسی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران دارای ضربان ساز قلب، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ایران، ۱۳۷۲؛ ۷:۱۶(۶)-۲۷.

ایوان، کریستین. راهنمایی تدریس برای اساتید علوم پزشکی وبهداشتی، ترجمه سید محسن مهدوی. تهران، بوستان توحید، ۱۳۷۷.

براز پردنجانی ش، محمدی ع، برومند ب. تاثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدیوئی بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز. فصلنامه پرستاری ایران، تابستان ۱۳۸۷، دوره بیست و یکم، شماره ۵۴.

پورمیرزا کلهری، رضا. بررسی تاثیر آموزشی تمرینات تنفسی بر میزان بروز عوارض تنفسی حاد و طول مدت بستری بیماران پیوند عروق کرونر در بیمارستان امام علی کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۸۰.

چاوشی فر. ج، بررسی مقایسه ای عوامل تنیدگی زا ورفتارهای مقابله‌ای در نوجوانان بی‌سرپرست مراکز شبانه روزی بهزیستی و نوجوانان دارای والدین شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۱۳۷۹.

زندی. م، بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران سیروز کبدی بستری در بیمارستان های منتخب شهر تهران، سال۱۳۸۱، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، سال۱۳۸۱.

شهریاری م، جلالوندی ف، یوسفی ح، توکل خ، صانعی ح. تاثیر یک برنامه مدون آموزشی خودمراقبتی بر کیفیت بیماران دارای ضربان ساز دائم. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، بهار و تابستان ۱۳۸۴؛ ۵ (۱).

قلمقاش رضا. ۱۳۸۸. رئیس انجمن توانبخشی قلب و عروق و تنفس ایران. www.icra.ir.

معماریان، ربابه. کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری، تهران، مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس، سال۱۳۷۸،ص۷۸. نصیری الف، نادی پور ح، احمدی ف. تاثیر برنامه خودمراقبتی در روش های بازآموزی تنفسی و کنترل اضطراب بر وضعیت خلقی مبتلایان به بیماری مزمن انسدادی ریه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند،۱۳۷۸ ۱۶(۲و۱):۴۷- ۴۲.

منابع انگلیسی

Bastable SB. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. New York: Jones and Bartlet publishers; 2003.

Coates,V.E. Education for patients and clients. London: Rout ledge.1999.

Deaton C, Grady KL. State of science for cardiovascular nursing outcomes HF. J Cardiovasc Nurs 2004; 19(5): 329-338.

Deccache A, Aujoulat I.A. European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. Patient educations. 2001,(44):7-14.

Dixon T, Lim LL, Powell H, Fisher JD. Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. J Adv Nurs. 2000 Jun;31(6):1368-75.

Doak, C.C. Doak, L.C, Koot, J.H. Teaching patient with low literacy,2nded Philadelphia : J.B. Lippincott company-1996.

Dougherty CM, Pyper GP, Frasz HA. Description of a nursing intervention program after an implantable cardioverter defibrillator. Heart Lung. 2004;33(3):183-90.

Esmailie R. Survey of clinical nurses views about the problems of patient teaching. Tehran: Iran university of Medical Sciences; 1997.

Gagliano,M.E. Alittrature review the efficacy of video in patient education . journal of medical education. 1999.

Giacoma,T. Ingersol,G.L,Williams,M. Teaching video effect on renal transplant patient outcome. ANNA journal.vol.26,No.11,pp: 29-23.1999.

Hemel . J.W.M. van ECK ,N.M.van , D.E . Grobbee , etal . Followpace study a prospective study on the cost – effectiveness of routine follow up visit in patients with a pacemaker .Europace. 2006;8 :60-64.

http://www.behdasht.gov.ir, 2009.

Jaarsma T, Halfen R, Abusaad H, Dracup K, Diederiks j.Self care and quality of life in patient with advanced heart failure:the effect of a supporative educational intervaention. Heart Lung 2000;29(5):319-330.

Jozien m, Besinga ,visserb A, soon H. patient education in the Netherlands. Patient Eduecouns. 2001 (44):15-22 .Kodiath M, Kelly A, Shivelly M. Improving quality of life in patient with heart failure. J CardiovascNurs 2005; 20(1): 43-4.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

Lirden,L.D,stacy,K.M. priorites in critical care nursing(3thed). louisi- Mch-2000 Maslin,A. Using an intervention video disk in Breast cancer patient support. Nursing times .vol.94(44), pp: 52-55. 1998.

Noohi F, Tabatabaei h. The current status of cardiovascular medicine in the Islamic Republic of Iran. Iranian Heart Journal 2001;2(2-5):52.

PashkowFJ , Dafoe WA .Clinical cardiac rehabilitation .2td edition. Baltimore , Williams &wilkins ; 2000.

Smeltezer, S.C ;Bare , B.G.Brunner and Suddarth Text book of Medical-Surgical Nursing(21thed). philadlphia : lippincot comoany.pp:1326-1334, 2004

Thompson, J.M., McFarland, G.K., Hirsch, J.E., Tucker, S.M. (2002). Mosby's Clinical Nursing 5th Edition. Mosby: St. Louis, Missouri. p:3

Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self care and social support. J Clinic Nurs 2001; 10(5): 18- 628.

Vander-palen,S.klein,J.J.kerkhelf,AH. Van-Herwaorden , cl. seydef. Evaluation of the long – term effectivness of three instruction models for Inhalling Medicines. Patient education counselling . vol.32, No.1,pp: 87-95.1997.(abstract).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

Original Article

The effect of patient education about self-care behaviors with media clips on self-care among patients with permanent pacemaker

*** Esmat Ataei, MSc**
Asghar Dalvandi, PhD
Akbar Nikpajouh, PhD

Abstract

Aim. The aim of this study was to determine the effect of patient teaching on self-care behaviors with media clips in patients with permanent pacemaker.

Background. One of the most common causes of death after myocardial infarction is arrhythmia. One of the methods to control the arrhythmia resistant to treatment is implantation of pacemaker. The studies that have been done on patients with electrical devices show that most of patients don't have any information about how to take care of their device and need more education for self-care.

Method. This randomized clinical trial was conducted on 80 patients scheduled to receive permanent pacemakers at Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center in 2012. The patients were recruited to either control or intervention group through block randomization method. Data were collected using demographic checklist. The intervention group patients together with one of their close family members received one session of self-care education on the pre-implantation day. The session was 30 minutes long and contained the use of educational media clip. At the end of the session, the patients were given an "educational package". Following implantation, the intervention group were contacted weekly for a one-month period. Finally, the variables were compared between the two groups via independent t-test, chi-square test, repeated variance analysis, and using SPSS version 15.

Findings. There were no statistically significant differences between the intervention and control groups (P=0.106); however, after intervention, a meaningful difference was observed in all these variables in the intervention group (P<0.0001).

Conclusion. The results of this study showed that education of self-care behaviors with media clip could have an impact on the self-care of post-pacemaker implantation patients; and we recommend this method to improve patient's knowledge and self-care behaviors and minimize the number of re-hospitalization in these patients.

Keywords: Self-care; Education of self-care behaviors; Permanent implantable pacemaker; Educational movie

1 Master of Science in Critical Care Nursing, Shahid Radjaee Cardiovascular Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: maryam_ataeee@yahoo.com
2 Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3 Assistant Professor, Shahid Radjaee Cardiovascular Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]