مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر به کارگیری راهبرد آموزشی بازخوردمحور بر درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون

الناز یزدان‌پرست[۱]، کارشناس ارشد آموزش پرستاری
*** ملیحه داودی[۲]، کارشناس ارشد آموزش پرستاری**
مرضیه صفوی‌نژاد[۳]، کارشناس ارشد آمار
سیدحسن قربانی[۴]، کارشناس ارشد پرستاری
سحر ندیمی[۵]، کارشناس پرستاری
بهاره رضوانی دهاقانی[۶]، تکنولوژیست جراحی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف سنجش تاثیر به کارگیری راهبرد آموزشی بازخوردمحور بر درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون خون انجام شد.

زمینه. به دلیل مزمن بودن بیماری پرفشاری خون و اهمیت تغذیه در کنترل آن، نقش کلیدی درک از بیماری و آگاهی در تبعیت از رژیم تغذیه‌ای و کنترل بیماری دارای اهمیت است.

روش کار. تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی دو گروهی همراه با پیش آزمون-پس آزمون است. براساس نمونه‌گیری و تخصیص تصادفی دو مرکز بهداشتی درمانی شهر فردوس (به عنوان مکان‌های حضور افراد گروه آزمون و کنترل) انتخاب گردید. با استفاده از روش تصادفی ساده، از میان بیماران دارای پرونده پرفشاری خون، تعداد ۳۵ نفر در هر گروه آزمون و مداخله وارد شدند. این افراد پس از اعلام موافقت و براساس معیار ورود وارد مطالعه گردیدند. قبل و بعد از مداخله، ادراکات بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و وضعیت تبعیت از رژیم غذایی بیماران توسط پرسشنامه خودگزارش‌دهی اندازه‌گیری و بین دو گروه مقایسه شد.

یافته‌ها. پس از مداخله، میانگین نمره آگاهی تغذیه‌ای گروه آزمون و کنترل به ترتیب، ۴۸/۱۷ با انحراف معیار ۵/۲۱ و ۴۱/۱۶ با انحراف معیار ۰/۵۱ بود که از نظر آماری، تفاوت معنی‌دار داشتند (P≤۰/۰۰۰۱؛ t=۹/۵۶). پس از مداخله، میانگین نمره درک از بیماری در گروه آزمون و کنترل به ترتیب، ۹/۷۵ با انحراف معیار ۱/۸۱ و ۷/۷۲ با انحراف معیار ۱/۶۰ بود که از نظر آماری، تفاوت معنی‌دار داشتند (P≤۰/۰۰۰۱؛ t=۴/۱۵). پس از مداخله، میانگین نمره تبعیت از رژیم درمانی در گروه آزمون و کنترل به ترتیب، ۱۷/۵۵ با انحراف معیار ۴/۱۷ و ۱۶/۸۸ با انحراف معیار ۳/۶۲ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری. با توجه به تاثیر مثبت روش آموزشی بازخوردمحور و نقش ویژه پرستاران در آموزش به بیمار، توجه به این روش آموزشی امری ضروری به نظر می‌آید. استفاده از این روش آموزشی به عنوان بخشی از مراقبت به منظور کاهش مشکلات بالینی بیماران پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: روش آموزشی بازخوردمحور، پرفشاری خون، درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای، تبعیت از رژیم غذایی

۱ مربی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲ مربی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
davoudim891@yahoo.com
۳ کارشناس ارشد آمار
۴ پرستار، بیمارستان آموزشی پژوهشی درمانی حضرت رسول، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۵ پرستار، بیمارستان دکتر محمد کرمانشاهی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۶ تکنولوژیست جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، نجف آباد، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

مقدمه

پرفشاری خون دومین عامل خطری است که بیشترین بار بیماری به آن منتسب می‌شود، اما نکته ای که اهمیت آن را مضاعف می‌کند این است که پرفشاری خون بیماری کنترل نشده‌ای است (سهرابی و همکاران، ۱۳۸۶). یکی از عوامل مهم که نقش برجسته‌ای در کنترل بیماری ایفا می‌کند، تبعیت بیمار از رژیم درمانی است (رجائی و اسماعیل زاده، ۱۳۸۹). تبعیت بیماران از رژیم درمانی یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری است که درمان موفقیت‌آمیز آن را پیش‌بینی می‌کند و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد. سازمان جهانی بهداشت تبعیت عبارت از توافق میان رفتارهای یک فرد در دارو درمانی، پیگیری تغذیه‌ای و تغییرات شیوه زندگی توصیه شده از سوی مراقبان است (جیمسون وهمکاران و همکاران، ۲۰۱۸).

در کشورهای توسعه‌یافته، عدم تبعیت از درمان‌های طولانی‌مدت در بیماری‌های مزمن حدود ۵۰ درصد تخمین زده می‌شود که بار سلامت قابل توجهی برای عموم مردم دارد (لالیک و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات در آمریکا نیز نشان می‌دهد که ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون از رژیم دارویی تجویز شده تبعیت نمی‌کنند. عدم تبعیت، اثرگذاری راهبردهای پیشگیری را محدود می‌کند و منجر به افزایش قابل توجه عوارض قلبی‌عروقی مرتبط می‌شود (مسرور رودسری و همکاران، ۱۳۹۲).

براساس مطالعات، یکی از عوامل موثر بر تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به پرفشاری خون درک از بیماری است. کسانی که درک بیشتری نسبت به بیماری خود دارند، رژیم درمانی را بهتر رعایت می‌کنند و با احتمال کمتری دچار عوارض بیماری خواهند شد. همچنین، اشخاصی که باور دارند وضعیت سلامت‌شان تابع کنترل شخصی آنها است، برای سلامت خود احساس مسئولیت بیشتر می‌کنند و تبعیت از درمان بیشتری دارند (خرامه و همکاران، ۱۳۹۵).

با وجود اینکه در کنترل و پیشگیری از فشارخون، تغذیه نقش مهمی دارد، اما پیروی از توصیه‌های غذایی در میان این بیماران کم است (کامران و همکاران، ۲۰۱۴). گفته می‌شود یکی از دلایل عدم کنترل فشارخون، بی‌اهمیت دانستن بیماری توسط بیمار است (چن، تسایی و چو، ۲۰۱۱ ؛ سالیم و همکاران، ۲۰۱۲) و شاید بر همین اساس است که در این بیماران، تبعیت از رژیم غذایی از تبعیت رژیم درمانی نیز کمتر است (عباسی و همکاران، ۱۳۸۴). به نظر می‌رسد ریشه این رفتارها و اعتقادات نادرست، اطلاعات نادرست و آگاهی ضعیف بیماران از ماهیت بیماری و تغذیه مرتبط با آن باشد؛ چنان که یکی از دلایل عدم کنترل فشارخون، آگاهی ضعیف بیماران معرفی شده است (هسیائو، چانگ و چن، ۲۰۱۲؛ پتری، جاگو و دیوچیچ، ۲۰۰۷).

راهبردهای متعددی برای دستیابی به اهداف درمانی در بیماری پرفشاری خون وجود دارد که شامل اصلاح شیوه زندگی، اقدامات دارویی و راهبردهای عمومی است. بنابراین، انجام اقداماتی جهت افزایش توانمندسازی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، از جمله آموزش، قدمی موثر در کنترل یا کاهش عوارض ناشی از پرفشاری خون است (حجت زاده و سماوات، ۱۳۹۱). روش آموزش بازخوردمحور، رویکردی جامع، میان رشته‌ای و مبتنی بر شواهد است که درک و فهم یادگیرنده را از طریق پرسیدن از آنها ارزیابی می‌کند؛ به این صورت که از بیماران خواسته می‌شود با زبان خودشان چیزی را که از آموزش‌دهنده شنیده و درک کرده‌اند، بیان کنند (کورن برگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ عشوندی و همکاران، ۱۳۹۲). چنانچه مددجو مطالب را به خوبی درک نکرده باشد، فرد آموزش‌دهنده مطالب را تا زمانی که مددجو به درک کاملی از مطالب برسد تکرار می‌کند (نصیری و پوینه مقدم، ۲۰۱۲).

روش آموزش بازخوردمحور راهبردی جامع است که به آموزش‌دهنده در خصوص شناسایی و فهم درست و دقیق اطلاعات و تقویت آموزش مهارت‌های مراقبتی بیمار و خانواده یاری می‌رساند و اجازه می‌دهد آموزش‌دهنده حین یادآوری اطلاعات توسط بیمار، خطا و اشتباهات؛ درک، تثبیت و تطبیق پیام‌ها را از طریق یک گفتگوی باز با بیماران بررسی کند (ارکوک، ۲۰۱۲). در این روش آموزشی، فرد آموزش دهنده، باید مطالب را به زبان ساده بیان کند، آهسته و واضح صحبت نماید و اطلاعات باید در هر ملاقات به دو یا سه مفهوم کلیدی که نیاز است تکرار شود، محدود گردد. در نهایت، درک بیمار با استفاده از روش بازخوردمحور ارزیابی می‌شود. درک بیمار از مطالب زمانی تایید می‌شود که بیمار بتواند اطلاعات را با زبان خودش تکرار نماید. درصورت عدم درک بیمار، توضیحات، دوباره ارائه می‌گردد و رفع ابهام می‌شود یا آموزش اضافی داده می‌شود (سانن و همکاران، ۲۰۰۸).

با توجه به اهمیت تغذیه در کنترل پرفشاری خون و نقش کلیدی درک از بیماری و آگاهی در تبعیت از رژیم غذایی و کنترل بیماری، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر به کارگیری راهبرد آموزشی بازخوردمحور بر درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون خون انجام شد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی دو گروهه با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای پرونده در مراکز جامع خدمات سلامت شهری فردوس بودند. حجم نمونه با انجام مطالعه راهنما (پایلوت) بر روی ۲۰ نفر (۱۰ نفر در گروه آزمون و ۱۰ نفر در گروه کنترل) و بررسی نتایج آن در مجموع ۷۰ نفر (۳۵ نفر در گروه آزمون و ۳۵ نفر در گروه کنترل) محاسبه شد.

ابتدا از بین ۴ مرکز، به روش تخصیص تصادفی ساده، دو مرکز به عنوان مکان گروه آزمون و کنترل انتخاب شدند. سپس از میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون که دارای پرونده بهداشتی در این دو مرکز بودند، در مجموع ۷۰ نفر (۳۵ نفر گروه آزمون و ۳۵ نفر گروه کنترل) به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به پرفشاری خون طبق تشخیص متخصص قلب، توانایی تکلم و فهم زبان فارسی، نداشتن مشکلات گفتاری، شنیداری و نقایص شناختی و حافظه بودند. معیارهای خروج در ابتدا و حین مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر یک از مراحل پژوهش، عدم مراجعه بیمار و عدم امکان برقراری ارتباط تلفنی بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها دارای دو بخش فرم اطلاعات دموگرافیک با تعداد ۸ سئوال (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، شغل، سطح اقتصادی، سطح سواد، سابقه ابتلا به بیماری و محل سکونت) و پرسشنامه حاوی سئوالات مربوط به درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و تبعیت از رژیم غذایی بود. این پرسشنامه در بعد ادراک از بیماری، دارای ۱۴ سوال دو دامنه براساس مقیاس نگرش‌سنج ۴ گزینه‌ای لیکرت بود که متناسب با پاسخ (کاملا موافق تا کاملا مخالف) ، امتیاز ۱ الی ۴ تعلق می‌گرفت و دامنه امتیازات بین ۱۴ تا ۵۶ بود. سئوالات مربوط به آگاهی تغذیه‌ای نیز شامل ۱۰ سئوال با گزینه‌های صحیح و غلط بود که امتیاز ۱ به پاسخ صحیح و امتیاز صفر به گزینه نمی‌دانم و پاسخ غلط تعلق می‌گرفت. همچنین، ۵ سئوال مربوط به پیگیری تغذیه‌ای براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای (همیشه تا هرگز) بود که امتیازات مربوط به این سئوالات بین ۱تا ۵ و دامنه امتیازات بین ۵ تا ۲۵ متغیر بود. پرسشنامه سنجش آگاهی تغذیه‌ای، درک از بیماری و تبعیت از رژیم غذایی در بیماران دچار پرفشاری خون برای اولین بار توسط کامران و همکاران (۱۳۹۲) تدوین و روان‌سنجی شده است. در مطالعه ایشان، روایی پرسشنامه با استفاده از روایی محتوا و روایی سازه و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۰) مورد ارزیابی و تایید قرار گرفته است (کامران و همکاران، ۱۳۹۲).

به هریک از واحدهای پژوهش، توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، نحوه مداخله، مدت زمان انجام آن و موارد خروج از مطالعه داده شد و به آنها اطمینان داده شد که هر زمان مایل به ادامه همکاری نباشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. سپس، رضایت آگاهانه اخذ گردید. قبل از مداخله، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سنجش آگاهی تغذیه‌ای، درک از بیماری و تبعیت از رژیم غذایی در میان واحدهای پژوهش توزیع و توسط آنان تکمیل گردید. سپس، افراد گروه آزمون طی روزهای مراجعه به صورت انفرادی تحت آموزش به روش بازخوردمحور قرار گرفتند. جلسات آموزشی به مدت ۴ روز ادامه یافت. در صورتی که بیمار آمادگی دریافت آموزش را نداشت، آموزش به زمان دیگری موکول شد (برازپردنجانی، محمدی و بروند، ۱۳۸۵).

در جلسات آموزشی در مورد رژیم غذایی، فرآیند بیماری پرفشاری خون و پیگیری طرح درمان به روش بازخوردمحور آموزش داده شد. در پایان هر جلسه آموزشی از بیمار درخواست شد مطالب را آن گونه که درک کرده است با زبان خودش بازگو نماید؛ چنانچه مددجو مطالب را به خوبی درک نکرده بود، فرد آموزش‌دهنده تا درک کامل مطالب، مطالب را برای مددجو تکرار می‌کرد. در پایان، کتابچه آموزشی که با سئوالات آموزش به روش بازخوردمحور مطابقت داشت به بیماران داده شد. یک ماه پس از پایان جلسات آموزشی و پس از تماس تلفنی و هماهنگی با بیمار، با مراجعه حضوری به منزل، پرسشنامه سنجش آگاهی تغذیه‌ای، درک از بیماری و تبعیت از رژیم غذایی، دوباره تکمیل شد. داده‌های جمع آوری شده، در نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون، ۵۶/۸۵ سال با انحراف معیار ۸/۶۸ و در گروه کنترل، ۵۵/۰۰ سال با انحراف معیار ۷/۱۵ بود. اکثر واحدهای پژوهش، زن (۸۷/۱ درصد)، متاهل (۸۸/۶ درصد) تشکیل دادند. براساس نتایج آزمون‌های آماری، بین

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

دو گروه از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، مدت ابتلا، شغل، و محل سکونت تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و دوگروه قبل از اجرای مداخله از نظر متغیرهای مذکور همگن بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به پرفشاری خون در گروه مداخله و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس		
مرد	۵ (۱۴/۲۹)	۴ (۱۱/۴۲)
زن	۳۰ (۸۵/۷۱)	۳۱ (۸۸/۵۸)
وضعیت تاهل		
مجرد	۴ (۱۱/۴۲)	۷ (۲۰)
متاهل	۳۱ (۸۸/۵۸)	۲۸ (۸۰)
وضعیت اشتغال		
آزاد	۰ (۰)	۳ (۸/۵۷)
کارمند	۰ (۰)	۰ (۰)
کارگر	۱ (۲/۸۶)	۱ (۲/۸۶)
خانه‌دار	۳۳ (۹۴/۲۹)	۳۰ (۸۵/۷۱)
بازنشسته	۱ (۲/۸۶)	۱ (۲/۸۶)
از کار افتاده	۰ (۰)	۰ (۰)
بیکار	۰ (۰)	۰ (۰)
سطح سواد و تحصیلات		
بیسواد	۱۸ (۵۱/۴۲)	۲۰ (۵۷/۱۴)
خواندن و نوشتن	۱۰ (۲۸/۵۸)	۱۰ (۲۸/۵۸)
ابتدایی و راهنمایی	۵ (۱۴/۲۸)	۲ (۵/۷۲)
دیپلم	۱ (۲/۸۶)	۰ (۰)
دانشگاهی	۱ (۲/۸۶)	۳ (۸/۵۷)
محل سکونت		
شهر	۳۴ (۹۷/۱۴)	۳۵ (۸/۳)
روستا	۱ (۲/۸۶)	۰ (۰)
وضعیت اقتصادی		
در حد کفایت	۳۵ (۱۰۰)	۳۳ (۹۴/۲۸)
کمتر از حد کفایت	۰ (۰)	۲ (۵/۷۲)
سابقه ابتلا (سال)		
کمتر از ۱	۱۰ (۲۸/۵۷)	۸ (۲۲/۸۵)
۱ تا ۳	۹ (۲۵/۷۱)	۹ (۲۵/۷۱)
بیشتر از ۳	۱۶ (۴۵/۷۱)	۱۶ (۵۱/۴۲)

قبل از مداخله، میانگین نمره آگاهی تغذیه‌ای گروه آزمون و کنترل، به ترتیب، ۴۳/۴۵ با انحراف معیار ۱۲/۱۳ و ۴۷/۰۰ با انحراف معیار ۵/۷۸ بود که تفاوت معنی دار آماری بین نمرات دو گروه مشاهده نشد. همچنین، قبل از مداخله، میانگین نمره درک از بیماری گروه آزمون و کنترل، به ترتیب، ۷/۱۳ با انحراف معیار ۳/۱۱ و ۶/۴۷ با انحراف معیار ۴/۲۵ بود که این میانگین‌ها تفاوت آماری

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

معنی‌داری نداشتند. قبل از مداخله، میانگین نمره تبعیت از رژیم غذایی نیز در گروه کنترل و آزمون، به ترتیب، ۱۶/۵۶ با انحراف معیار ۴/۱۰ و ۱۶/۱۱ با انحراف معیار ۹/۶۶ بود که اختلاف معنی‌دار آماری بین این میانگین‌ها مشاهده نشد. بر این اساس، گروه آزمون و کنترل، قبل از مداخله، از نظر آگاهی تغذیه‌ای، درک از بیماری و نمره تبعیت از رژیم غذایی همگن بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و تبعیت از رژیم غذایی در گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد مداخله

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون
آگاهی تغذیه‌ای			
قبل از مداخله	(۱۲/۱۳) ۴۳/۴۵	(۵/۷۸) ۴۷/۰۰	df=۶۸, t=-۱/۵۵, P=۰/۱۲
بعد از مداخله	(۵/۲۱) ۴۸/۱۷	(۰/۵۱) ۴۱/۱۶	df=۶۸, t=۹/۵۶, P≤۰/۰۰۱
نتیجه آزمون	df=۳۴, t=-۲/۵۴, P≤۰/۰۱	df=۳۴, t=-۰/۵۷, P=۰/۵۷	
درک از بیماری			
قبل از مداخله	(۳/۱۱) ۷/۱۳	(۴/۲۵) ۶/۴۷	df=۶۸, t=۰/۶۷, P=۰/۵۰
بعد از مداخله	(۱/۸۱) ۹/۷۵	(۱/۶۰) ۷/۷۲	df=۶۸, t=۴/۱۵, P≤۰/۰۰۱
نتیجه آزمون	df=۳۴, t=-۴/۸۷, P≤۰/۰۱	df=۳۴, t=-۱/۰۱, P=۰/۳۲	
تبعیت از رژیم غذایی			
قبل از مداخله	(۴/۱۰) ۱۶/۵۶	(۹/۶۶) ۱۶/۱۱	df=۶۸, t=۰/۱۸, P=۰/۸۵
بعد از مداخله	(۴/۱۷) ۱۷/۵۵	(۳/۶۲) ۱۶/۸۸	df=۶۸, t=-۰/۶۳, P=۰/۵۳
نتیجه آزمون	df=۳۴, t=-۰/۲۷, P=۰/۷۸	df=۳۴, t=-۰/۸۹, P=۰/۳۸	

پس از مداخله، میانگین نمره درک از بیماری و آگاهی تغذیه‌ای در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود، اما میانگین نمره مربوط به تبعیت از رژیم غذایی با وجود افزایش در گروه آزمون، تفاوت آماری معنی‌داری با گروه کنترل نداشت (جدول شماره ۲). نتایج آزمون آماری درون گروهی (تی زوج) نشان داد که بعد از مداخله، در گروه آزمون، دو متغیر درک از بیماری و آگاهی تغذیه‌ای افزایش معناداری نسبت به میانگین نمره پیش از داخله داشته است، ولی میانگین نمره تبعیت از رژیم غذایی، افزایش معناداری نداشته است. در گروه کنترل، پس از اجرای برنامه آموزشی برای گروه آزمون، میانگین نمره آگاهی تغذیه‌ای، درک از بیماری و تبعیت از رژیم غذایی تفاوت معنی‌دار آماری با میانگین نمرات پایه نداشت (جدول شماره ۲).

بحث

براساس نتایج این مطالعه، آموزش بازخوردمحور باعث افزایش درک از بیماری در مبتلایان به پرفشاری خون می‌گردد. درک از بیماری عامل مهمی در پیش‌بینی توانمندی افراد برای انجام رفتارهای سازگارانه محسوب می‌شود (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۲). بیمارانی که درک واضحی از وضعیت بیماری خود ندارند یا آموزش بعد از ترخیص برای آنها موثر نباشد، ممکن است به دفعات بستری شوند (پیستوریا و همکاران، ۲۰۱۲).

آموزش بازخوردمحور برای اطمینان از درک بیمار و خانواده از آموزش‌هایی که به آنها داده شده است استفاده می‌شود. در این روش بیمار و خانواده آموزش‌هایی را که دریافت کرده‌اند با کلمات خودشان برای آموزش‌دهنده تکرار می‌کنند و این باعث افزایش درک آنها

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

از مطالب آموخته‌شده می‌شود (میلر، لاتانزیائو و کوهن، ۲۰۱۶). این روش کیفیت توضیح مفاهیم توسط اعضای تیم مراقبت بهداشتی را افزایش می‌دهد و فرصتی را برای ارزیابی درک و فهم بیمار فراهم می‌کند و در صورت لزوم آموزش مجدد صورت می‌گیرد (تامورالیس، ۲۰۱۳). مطالعه پیستوریا و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که آموزش به روش بازخوردمحور می‌تواند تاثیر مثبتی بر درک بیماران از فرآیند بیماری‌شان داشته باشد که نشان‌دهنده اثر بالقوه و مثبت این روش آموزشی در افراد با نارسایی قلبی است.

نتایج مطالعه اسلاتر و همکاران (۲۰۱۳) نیز موید آن است که روش بازخوردمحور صرفنظر از سن و تحصیلات، اثر مثبتی بر درک مطالب و یادآوری آموزش‌های حین ترخیص در بیماران بخش اورژانس دارد. امکان استفاده از این شیوه آموزشی در افرادی که سطح سواد و تحصیلات کمتری دارند وجود دارد و در این افراد کاربرد بیشتری دارد (نصیری و پودینه‌مقدم، ۲۰۱۲). گریفی و همکاران (۲۰۱۵) نیز با اجرای روش آموزشی بازخوردمحور برای بیماران مضطربی که دارای سواد بهداشتی اندکی بودند، دریافتند این نوع آموزش منجر به درک بهتر دستورالعمل‌های حین ترخیص از سوی بیماران می‌شود.

نتایج این مطالعه به اثربخشی روش بازخوردمحور بر آگاهی تغذیه‌ای این بیماران نیز اشاره دارد. یکی از دلایل عدم کنترل فشارخون بالا، آگاهی ضعیف بیماران گزارش شده است. در این رابطه موینیهان و همکاران (۲۰۰۷) عدم آگاهی در خصوص رژیم غذایی و الگوهای تغذیه‌ای صحیح را موجب عدم پیروی افراد از الگوهای تغذیه‌ای سالم می‌دانند. ون‌دیلن و همکاران (۲۰۰۸) اظهار می‌دارند که افراد با آگاهی تغذیه‌ای پایین‌تر بیشتر به خوشمزه بودن غذا فکر می‌کنند، اما افراد با آگاهی بالاتر تغذیه‌ای درک بهتری نسبت به موضوعات غذایی داشته و کاهش کلسترول و خوردن چربی کمتر را بهتر درک می‌کنند. این گروه علاوه بر تمایل بیشتر به موضوعات تغذیه ای درک بیشتر به دنبال اطلاعات تغذیه‌ای هستند و اعتقادات قوی‌تری در خصوص سلامتی دارند. نتایج مطالعه وایت و همکاران (۲۰۱۳) و هووی‌اسکیول و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که آموزش به روش بازخورد محور باعث افزایش یادگیری و حفظ اطلاعات آموزشی افراد دچار نارسایی قلبی و سالمندان می‌شود که این با نتیجه مطالعه حاضر همسو است.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد با وجود عدم تفاوت بین میانگین نمره تبعیت از رژیم غذایی دو گروه، میانگین نمره شرکت‌کنندگان گروه مداخله افزایش داشته است. این عدم معناداری می‌تواند به دلیل شرایط اقتصادی اجتماعی، سطح سواد و سن متغیر بیماران باشد که در این شرایط قادر به رعایت رژیم غذایی آموخته‌شده و مرتبط با بیماری نبوده‌اند. لذا پیش از آموزش به بیماران باید این قبیل متغیرهای مخدوش‌کننده را در نظر گرفت. عدم تبعیت از رژیم درمانی به عنوان یک مشکل مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است (براون و مرگی، ۲۰۱۰)، به طوری که ایمورا و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند بیش از ۶۰ درصد بیماران پس از آگاهی از بیماری، تغییری در الگوی غذایی و فعالیت بدنی خود ایجاد نکردند و پایبندی آنان به الگوی تغذیه‌ای، تحرک بدنی و خودمراقبتی بسیار اندک بوده است.

ارزش یک آموزش به اثرگذاری آن و تغییر یا ایجاد رفتارهای بهداشتی بستگی دارد و تغییر رفتار هدفی نیست که به سادگی قابل دستیابی باشد (لینچ و هاپل، ۲۰۰۸). تغذیه در کنترل و پیشگیری از پرفشاری خون نیز نقش مهمی دارد، اما در واقع، پیروی از توصیه‌های غذایی در میان این بیماران کم است. بنابراین، باید توجه بیشتری به رفتار تغذیه‌ای این بیماران داشت و دستورالعمل‌های جامع و پایداری را در طراحی مداخلات لازم توسط برنامه‌ریزان و متخصصان سیستم‌های مراقبت بهداشتی مورد توجه قرار داد (کامران و همکاران، ۲۰۱۴). یافته های مطالعه میرکریمی و همکاران (۱۳۹۷) و قنبری و همکاران (۱۳۹۵) نیز همسو با یافته مطالعه حاضر است و حاکی از اثربخشی آموزش تغذیه بر توجه و رعایت رژیم غذایی بیماران دارد. این در حالی است که نتیجه مطالعه براون و همکاران (۲۰۱۰) همسو با مطالعه حاضر نبوده است. وی در مطالعه خود افزایشی در نمره تبعیت از رژیم غذایی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بعد از مداخله بازخوردمحور مشاهده نکرد. عدم بهبود تبعیت از رژیم غذایی در مطالعه براون و همکاران می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع بیماری، تفاوت فرهنگی و وضعیت اقتصادی بیماران آنها نسبت به مطالعه حاضر باشد که بیماران را مجبور به مصرف موارد محدودی از غذاها می‌نماید؛ بنابراین، به نظر می‌رسد هنگام ارائه آموزش‌ها جهت رفع مشکلات و بهبود وضعیت تبعیت از درمان هر بیمار باید به عوامل زمینه‌ای مثل عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی آنها توجه نمود.

نتیجه گیری

با توجه به تاثیر مثبت روش آموزش بازخوردمحور و با توجه به رشد روزافزون بیماری‌های مزمن و نقش ویژه پرستاران در آموزش به بیمار، توجه به این روش آموزشی امری ضروری به نظر می‌رسد. پرستاران می‌توانند با به کاربردن این روش در کاهش پیامدهای

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

نامطلوب و ارتقای سلامت بیماران بسیار موثر باشند. استفاده از این روش آموزشی به عنوان بخشی از مراقبت به منظور کاهش مشکلات بالینی بیماران پیشنهاد می‌گردد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به وجود سطح شناختی و ادراکی متفاوت شرکت‌کننده‌های پژوهش و همچنین، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی که احتمال تورش را مطرح می‌سازد اشاره نمود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از حمایت معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مسئولان مراکز جامع خدمات سلامت شهری و بیماران گرانقدر شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

منابع فارسی

برازپردنجانی، س.، محمدی، ر.، برومند، ب. (۱۳۸۵). مقایسه تاثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگه دارنده. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش). ۹، ۷-۲۲.

حجت زاده، ع.، سماوات ط. (۱۳۹۱). راهنمای اندازه گیری فشار خون. تهران. موفق.

حسین زاده، ط و همکاران. (۱۳۹۲). بررسی خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و عوامل پیش بینی کننده آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۷، ۴۸-۴۱.

رجایی، س.، اسماعیل زاده، ا. (۱۳۸۹). ارتباط بین مصرف نوشیدنی های شیرین با پرفشاری خون و سطح اسیداوریک سرم: مروری بر شواهد اپیدمیولوژیک. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۱۰، ۱۳-۲۷.

سهرابی، م.ر و همکاران. (۱۳۸۶). ارزشیابی پوشش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون در شهرستان دماوند. پژوهش در پزشکی. ۳۱، ۲۵۵-۲۶۱

طاهری خرامه، ز و همکاران. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۳، ۱۵-۹.

عباسی، م و همکاران. (۱۳۸۴). بررسی چگونگی پیروی از رژیم دارویی و ارتباط آن با باور های بهداشتی در مبتلایان به پرفشاری خون . نشریه پرستاری ایران. ۱۸ ، ۴۲ -۶۸.

عشوندی، خ و همکاران. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش خود مراقبتی به روش Teach Back بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع دو: یک کارآزمایی بالینی. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۱۳، ۱۴۳-۱۳۱.

قنبری، ا و همکاران. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش بازخورد محور (Teach-Back) بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران دیالیزی مبتلابه مرحله انتهایی نارسایی کلیه مراجعه کننده به بیمارستان سینا در سال ۱۳۹۵. ۴، ۳۰-۲۴.

کامران، ع و همکاران. (۱۳۹۲). روانسنجی ابزار سنجش آگاهی تغذیه ای، ادراکات بیماری و پیگیری رژیم غذایی در بیماران پرفشاری خون. تحقیقات نظام سلامت. ۱۷۷۴-۱۷۸۵.

مسرور رودسری، د و همکاران. (۱۳۹۲). ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. نشریه پرستاری ایران. ۲۶، ۵۴-۴۴.

میرکریمی، ا و همکاران. (۱۳۹۷). اثر برنامه آموزشی تعدیل سبک زندگی بر تبعیت از رژیم غذایی و فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون. کومش. ۲۰، ۲۰۲-۱۹۲.

منابع انگلیسی

Browne, T., Merighi, J.R. (2010). Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. Am J Kidney Dis. 56(3):547-57. DOI: 10.1053/j.ajkd .2010.03.002 PMID: 20430501

Chen, S.L., Tsai, J.C., Chou, K.R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. Int J Nurs Stud. 48,235-45.

Erkoc, S.B & et al. (2012). Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): a study on development, validity and reliability. Int J Environ Res Public Health. 9,1018-1029.

Griffey, R.T & et al. (2015). The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. J Commun Healthc. 8, 10-21.

Howie-Esquivel, J & et al. (2015). Teach-Back Is an Effective Strategy for Educating Older Heart Failure Patients. Journal of Cardiac Failure. 17, 103.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

Hsiao, C.Y., Chang, C., Chen, C.D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 28, 442-447.
Imamura, F & et al. (2009). Adherence to 2005 Dietary Guidelines for Americans is associated with a reduced progression of coronary artery atherosclerosis in women with established coronary artery disease. The American journal of clinical nutrition. 90,193-201
Jameson, J.L & et al. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Edition. McGraw-Hill.
Kamran, A & et al. (2014). Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. 4, 922-927.
Kornburger, C & et al. (2013). Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process. Journal of pediatric nursing. 28, 282-291.
Lalic, J & et al. (2013). adherence in outpatients with arterial hypertension. Act Facultatis Medicae Naissensis . 30, 209-218.
Lynch, L., Happell, B. (2008). Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. Int J Ment Health Nurs .17,65-72.
Miller, S.H., Lattanzio, M., Cohen, S. (2016). "Teach-back" from a patient's perspective. Nursing. 46, 64-68.
Moynihan, P & et al. (2007). The nutrition knowledge of older adults living in sheltered housing accommodation. Journal of human nutrition and dietetics. 20,446-458.
Nasiri, A., Poodineh moghadam, M. (2012). Effect of an educational plan based on Teach-Back method on hemodialysis patients' self-care deficits. Modern Care J. 9, 344-354.
Petrie, K.J., Jago, L.A., Devcich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Current Opinion in Psychiatry. 20,163-167.
Pistoria, M & et al. (2012). Using teach back to reduce readmission rates in hospitalized heart failure patients. The Society of Hospital Medicine's Annual Meeting. 1-4, San Diego, USA.
Saleem, F & et al. (2012). Drug attitude and adherence: A qualitative insight of patients with hypertension. J Young Pharm. 4, 101-107.
Sanne, S & et al. (2008). Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. Ethn Dis. 18, 42-47.
Slater, B., Dalawari, P., Huang, Y. (2013). Does the Teach-Back Method Increase Patient Recall of Discharge Instructions in the Emergency Department? Annals Emerg Med.62,20-28
Tamura-Lis, W. (2013). Teach-Back for quality education and patient safety. Urol Nurs. 33,267-271.
Van Dillen, S & et al. (2008). Exploration of possible correlates of nutrition awareness and the relationship with nutrition-related behaviours: results of a consumer study. Public health nutrition. 11,478-485.
White, M & et al. (2013). Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? J cardiovasc Nurs. 28,137-146.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]

Original Article

Effect of teach back learning strategy on illness perception, nutritional knowledge and dietary adherence in people with hypertension

Elnaz Yazdanparast[1], MSc
*** Malihe Davoudi[2], MSc**
Marziye Safavinejad[3], MSc
Seyed Hasan Ghorbani[4], MSc
Sahar Nadimi[5], BSc
Bahare Rezvani Dehaghani[6], BSc

Abstract
Aim. The aim of this study was to examine the effect of teach back learning strategy on illness perception, nutritional knowledge and dietary adherence in people with hypertension.
Background. Because of the chronicity of hypertension and the importance of nutrition in hypertension control, illness perception and nutritional knowledge play an important role in adherence to nutritional regimen and disease control.
Method. The present study is a quasi-experimental study control group and pretest-posttest design. Based on random sampling, two health care centers in Ferdows were selected as the place for experimental and control group. Using a simple randomized method, of patients with hypertension, 35 individuals were recruited for each group. These people entered the study based on inclusion criteria and after that they signed the consent form. Before and after the intervention, illness perception, nutritional knowledge and dietary adherence were measured by self-report questionnaire and compared between the groups.
Findings. After intervention, the mean score of nutritional knowledge in experimental and control group was 48.17±5.21 and 41.16±0.51, respectively, and a statically significant difference was found between groups in terms of nutritional knowledge ($P \leq 0.0001$; $t=9.56$). After intervention, the mean score of illness perception in experimental and control group was 9.75±1.81 and 7.72±1.60, respectively, and there was a statically significant difference between groups in terms of illness perception ($P \leq 0.0001$; $t=4.15$). But no statically significant difference was found between experimental and control group in terms of dietary adherence (17.55±4.17 against 16.88±3.62).
Conclusion. Given the positive effects of teach back method and the special role of nurses in patient education, attention to this teaching method seems necessary. The use of this method of training is suggested as part of care process to reduce patients' clinical problems.

Keywords: Teach back method, Hypertension, Illness perception, Nutritional knowledge, Dietary adherence

1 Lecturer, Faculty of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2 Lecturer, Faculty of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran (*Corresponding Author) email: davoudim891@yahoo.com
3 Master of Science in Statistics
4 Nurse, Hazrat-E-Rasool Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
5 Nurse, Dr. Kermanshahi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
6 Surgical Technologist, Montazeri Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Najafabad, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2025-12-13]