Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 4, Wintwr 2026 **ORIGINAL ARTICLE**

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]

[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

A comparative study of the effect of self-care training by group discussion method and teach back method on the level of treatment adherence in patients with heart failure

Soodeh Zare[1], Shiva Salehi[2], Beheshteh Tabarsi[2], Nasim Naderi[3]

[1] MSc Student in medical-surgical Nursing, Department of Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

[2] Assistant Professor, Department of Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

[3] Assistant Professor, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: Self-care is an important factor in maintaining optimal health for people with heart failure, which is one of the common measures to treat or prevent diseases is adherence of treatment. The purpose of this study was to determine the comparative effect of self-care training by group discussion method and teach back method on the level of treatment adherence in heart failure patients admitted to Shahid Rajaee Heart Hospital in 2023

Materials and methods: In this experimental study with a pretest-posttest design with a randomized control group, 60 patients were selected based on the inclusion criteria and were divided into three groups: discussion method, and teach back method and control group. The self-care training program was conducted by group discussion method and teach back method, and there was no intervention in the control group. The questionnaires were completed before the beginning and three weeks after the educational intervention. Data were analyzed using SPSS version 22 software.

Results: There was a statistically significant difference in treatment adherence in the group discussion group after implementing self-care education (112.05 ± 18.55) and the teach back group (120.05 ± 24.68) compared to the control group in phase 2 (96.42 ± 10.94) in patients with heart failure. ($p \leq 0.025$ with group discussion method and $P = 0.003$ with group teach back method). There was a statistically significant difference in the mean score of treatment adherence in the group discussion group and the teach back group after the implementation of self-care training (P=0.04), and the mean score of treatment adherence was higher in the teach back method group.

Conclusion: Self-care education using teach back and group discussion methods can improve treatment adherence in heart failure patients, and teach back method education was more effective. These two educational methods as a validated, feasible, easy, effective, and inexpensive intervention can be included in the agenda of nurses and caregivers.

Keywords: *Heart failure, Self-care, Educational methods, Treatment adherence.*

Cited as: Zare S, Salehi Sh, Tabarsi B, Naderi N. A comparative study of the effect of self-care training by group discussion method and teach back method on the level of treatment adherence in patients with heart failure. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(4): **470-482.**

Correspondence to: Shiva Salehi

Tel: *+98 9124752190*

E-mail: shsalehi@iautmu.ac.ir

ORCID ID: 0009-0003-9214-2478

Received: 3 Nov 2024; **Accepted:** 18 Jan 2025

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۵، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۴۷۰ تا ۴۸۲

Original Article

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

بررسی مقایسه‌ای تاثیر آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی و روش بازخورد محور بر میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

سوده زارع گیل چالان[۱]، شیوا صالحی[۲]، بهشته طبرسی[۲]،نسیم نادری[۳]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد داخلی جراحی ، گروه پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] استادیار، گروه پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران ، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] استادیار، انستیتو آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *خودمراقبتی عامل مهم حفظ سلامت مطلوب برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی است که یکی از اقدامات متداول برای درمان یا پیشگیری از بیماری‌ها، تبعیت از درمان است. هدف از این مطالعه تعیین مقایسه ای تاثیر آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی و روش بازخورد محور بر میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان قلب شهید رجایی سال ۱۴۰۲ بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه تجربی با طرح پیش آزمون_پس آزمون با گروه کنترل تصادفی شده ۶۰ بیمار بر اساس معیارهای ورود انتخاب و در سه گروه آموزش به روش بحث گروهی، روش بازخورد محور و گروه کنترل قرار گرفتند. برنامه آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی و بازخوردمحور انجام شد و در گروه کنترل، مداخله ای صورت نگرفت. پرسشنامه‌ها قبل از شروع مداخله و سه هفته بعد از مداخلهٔ آموزشی تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *تبعیت از درمان در گروه بحث گروهی بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی (۱۸/۵۵ ± ۱۱۲/۰۵) و گروه بازخورد محور (۲۴/۶۸ ± ۱۲۰/۰۵) با گروه کنترل مرحله۲ (۱۰/۹۴ ± ۹۶/۴۲) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p \leq ۰/۰۲۵$ باگروه روش بحث گروهی و $P = ۰/۰۰۳$ با گروه بازخورد محور). میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه بحث گروهی با گروه بازخورد محور بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P=۰/۰۴$) و میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه روش بازخورد محور بیشتر بود.*

نتیجه‌گیری: *آموزش خودمراقبتی به روش بازخوردمحور و بحث گروهی می تواند به ارتقای تبعیت از درمان بیماران نارسایی قلبی کمک کند و آموزش به روش بازخوردمحور مؤثرتر بود. استفاده از این دو روش آموزشی به عنوان یک مداخله تایید شده، قابل اجرا، آسان و موثر و ارزان می‌تواند در دستور کار پرستاران و مراقبین قرار گیرد.*

واژگان کلیدی: *نارسایی قلبی، خودمراقبتی، روش های آموزشی، تبعیت از درمان.*

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین اختلالات در جوامع بشری هستند و در دهه‌های اخیر بر تعداد افراد مبتلا به این بیماری‌ها افزوده شده است و به عنوان اولین علت مرگ و میر در سراسر جهان شناخته شده‌اند و افراد سالانه بیش از هر علت دیگری بر اثر این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند (۱, ۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی عروقی ۳۱ درصد از مرگ و میرها را تشکیل می‌دهند (۳) و این بیماری‌ها اولین عامل مرگ و میر در ایران نیز هستند و به عنوان مهم‌ترین چالش نظام سلامت کشور بیش از یک سوم کل مرگ و میرها (۳۹ درصد) را به خود

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، شیوا صالحی (**email**: shsalehi@iautmu.ac.ir)
ORCID ID: 0009-0003-9214-2478
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۸/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

اختصاص داده‌اند (۵). بر اساس آمارکمیته انجمن قلب آمریکا، ۵/۳ میلیون آمریکایی از نارسایی قلبی رنج می‌برند و هر ساله ۵۵۰۰۰۰ نفر مبتلا به نارسایی قلبی تشخیص داده می‌شوند (۴) و طبق آماری که مرکز مدیریت بیماری‌ها در ایران منتشر کرده است، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور، ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است. همچنین طبق مطالعات انجام شده در ایران بالغ بر یک میلیون نفر مبتلا به نارسایی قلبی هستند (۵). این در حالی است که مبتلایان به نارسایی قلبی مزمن به علت عواقب بیماری و درمان، تغییر در نیازهای خود مراقبتی را تجربه خواهند کرد و برای رویارویی با مشکلات ناشی از بیماری به رفتارهای خود مراقبتی نیاز دارند (۶). لذا خودمراقبتی جنبه حیاتی در مدیریت نارسایی قلبی (HF) دارد و نیازمند توجه مداوم و مدیریت پیشگیرانه سلامت است (۷).

می‌توان گفت خودمراقبتی عبارت است از اقدامات و فعالیت-های آگاهانه، آموخته شده و هدف‌داری که فرد به منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهد (۸). خودمراقبتی از مهم‌ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریبا ۱۲تا ۶۲ درصد از فعالیت های مراقبتی توسط خود فرد یا اعضای خانواده و بدون کمک پزشک انجام می‌گیرد (۹). از این رو عدم آگاهی افراد مبتلا به بیماری مزمن از چگونگی خودمراقبتی یکی از دلایل بستری شدن مجدد آنها در بیمارستان است، که آموزش می‌تواند از این امر پیشگیری کند (۷). خودمراقبتی موثر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد و پذیرش در بیمارستان همچنین میزان مرگ و میر را کاهش دهد. در واقع از مهم‌ترین رویکردهای مناسب جهت کاهش هزینه‌های درمان و مراقبت از بیماران است و سیاست‌گذاران سلامت تاکید زیادی بر گسترش و ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی دارند (۱۰). بر این اساس طبق مطالعات انجام شده ضعف مدیریتی در خود مراقبتی بیماران، از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده در پیش آگهی ضعیف بیماری است (۱۱, ۱۲). به طوری که نتایج مطالعات نشان دادند که آموزش خودمراقبتی، موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شده بود (۱۳). آموزش نحوه برخورد با شرایط مزمن رکن اصلی خودمراقبتی است. توانایی خودمراقبتی به بیماران این امکان را می‌دهد که فعالیت های زندگی روزمره خود را بهتر کنترل کنند (۱۴).

پرستاران با توجه به اینکه بیشترین نقش را در آموزش بیماران دارند، می‌توانند بسیاری از دلایلی که باعث شکست درمان و تشدید بیماری می‌شود را از طریق مداخلات پرستاری آموزشی پیش بینی کنند (۱۵). مطالعات نشان می‌دهند که ارایه دهندگان آموزش‌های خود مراقبتی می‌توانند به طور موثری رفتار خودمراقبتی بیماران را افزایش داده و میزان بستری را کاهش دهند؛ از سویی دیگر برنامه های خودمراقبتی که توسط بیماران انجام می‌شود می‌تواند اهداف آموزشی را تقویت کرده و توانایی بیمار را در انجام مؤثر مراقبت از خود بهبود بخشند (۱۳, ۱۴). آقامحمدی و همکارانش (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش خودمراقبتی باعث ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی و افزایش دانش مراقبین می‌شود (۱۵). در آموزش می‌توان برای اطمینان حاصل کردن از درک بیماران از روش‌های مختلفی استفاده کرد که از جمله آنها، آموزش به روش باز خورد محور و روش بحث گروهی است. روش آموزش بازخورد محور راهبردی جامع است که به آموزش دهنده در خصوص شناسایی و فهم درست و دقیق اطلاعات و تقویت مهارت‌های مراقبتی بیمار یاری می‌رساند و اجازه می‌دهد آموزش دهنده حین یادآوری اطلاعات توسط بیمار، خطا و اشتباهات، درک، تثبیت و تطبیق پیام‌ها را از طریق یک گفتگوی باز با بیماران بررسی کند (۱۶). از طرفی در روش بحث گروهی افراد در محیط دوستانه و راحت فرصت پیدا می‌کنند تا نظرات و عقاید و تجربیات خود را با دیگران به اشتراک گذاشته و فعالانه در امر یادگیری مشارکت داشته باشند و در نهایت بهترین تصمیم را به طور شخصی اتخاذ کنند (۱۷). برنامه‌های آموزشی و خودمراقبتی برای شاخص‌های رفتاری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از جمله تبعیت از درمان بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا برخورداری از تبعیت درمانی مناسب می‌تواند بهترین سرمایه برای مقابله با شرایط ناخوشایند بیماری باشد (۱۸). به طورکلی ۲۰ تا۵۰ درصد افراد با بیماری‌های مزمن و ۴۰ تا ۶۰ درصد افراد با نارسایی قلبی تبعیت از درمان ندارند (۱۹).

پایبندی به درمان اصطلاح جامعی است که به پذیرش مراحل درمانی و پیروی از توصیه‌های حرفه‌ای برای افزایش کیفیت زندگی فرد اطلاق می‌شود. برنامه‌های اصلی درمان افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شامل ورزش، مصرف دارو طبق دستورالعمل و پیروی از رژیم غذایی و شیوه زندگی است (۲۰). در سراسر اروپا، ۳۱ درصد از افراد مسن روزانه پنج دارو یا بیشتر مصرف می‌کنند (۲۰). عدم پایبندی به داروهای تجویزشده محدودیتی جدی در درمان طولانی‌مدت در بیماران مزمن است که می‌تواند با عواقب پزشکی، اجتماعی و اقتصادی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

همراه باشد و ضعیف بودن تبعیت از رژیم دارویی و درمانی، موجب عدم دست‌یابی به اهداف بالینی مطلوب می‌شود (۲۱). عزیزی و همکارانش (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش بازخوردمحور بر تبعیت از درمان در بیماران کرونری حاد موثر است و باعث افزایش پایبندی به تبعیت از درمان می‌شود (۲۲). با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت تبعیت از درمان در بیماران دچار نارسایی قلبی و با توجه به اینکه طی جستجوهایی که انجام شده، مطالعه‌ای در مورد مقایسه روش‌های مختلف آموزشی مانند روش بحث گروهی و روش بازخورد محور را بر تبعیت از درمان در بیماران نارسایی قلبی یافت نشد، این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه تاثیر آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی و روش بازخورد محور بر میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان قلب شهید رجایی سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون تصادفی شده با گروه کنترل به صورت سه گروهی بود که بر روی ۶۰ نفر از بیماران دچار نارسایی قلبی که به بیمارستان قلب شهید رجایی در سال ۱۴۰۲مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه‌ها شامل تمامی بیماران دچار نارسایی قلبی بود که به بیمارستان قلب شهید رجایی مراجعه و بستری شده و واجد شرایط بودند. معیارهای ورود، شامل گذشت حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری توسط پزشک ، گذشت حداقل ۴۸ ساعت از زمان بستری بیمار، محدودهٔ سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، عدم وجود اختلال شناختی، شنیداری و گفتاری، داشتن سواد خواندن و نوشتن و نبودن جزو گروه پزشکی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم شرکت در جلسات آموزشی بیش از یک جلسه، دریافت آموزش‌های رسمی در حین پژوهش از منبعی دیگر، فوت بیمار یا انتقال به بیمارستان دیگر بود. نمونه‌ها به صورت در دسترس که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند به روش تصادفی ساده در یکی از سه گروه کنترل (۲۰ نفر) ، گروه مداخله ۱ آموزش به روش بحث گروهی (۲۰ نفر) و گروه مداخله ۲ آموزش به روش بازخورد محور (۲۰ نفر) قرار گرفتند.

$$n = \frac{z^2 S^2}{d^2} = \frac{۳.۸۴۱۶ \times ۰.۰۵۳۲}{۰.۰۰۲۵} = 20$$

پس از کسب تاییدیهٔ اخلاق با کد (IR.IAU.TMU.REC.1402.050) از دانشگاه علوم پزشکی آزاداسلامی و کسب مجوزهای رسمی از معاونت پژوهشی و ارائه معرفی‌نامه به بیمارستان مربوطه، با مراجعه به محیط پژوهش، هدف از مطالعه به بیماران توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آنان جهت شرکت در پژوهش، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه می‌ماند. در این تحقیق محتوای آموزشی پمفلت با مراجعه به منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی موجود تهیه شد و در پایان هر جلسه آموزشی بعد ازتوضیحات لازم پمفلت مربوط به آن جلسه در اختیار شرکت کنندگان در دو گروه مداخله قرار گرفت. محتوای آموزشی جهت ارائه برای هر دو گروه مداخله (بازخوردمحور و بحث گروهی) یکسان و فقط نحوهٔ ارائه متفاوت بود و شامل تعریف مختصری از بیماری، نظارت بر علائم و نشانه‌های تشدید بیماری، مدیریت رژیم غذایی و دارو، محدودیت سدیم و مایعات، وزن روزانه، ورزش منظم، تصمیم‌گیری و انتخاب درمان‌های مناسب و لزوم مشارکت و اهتمام به درمان، توانایی تطابق ، تلفیق درمان با زندگی، تعهد و تدبیر در اجرای درمان بود. آموزش در گروه مداخله ۱به صورت ۴ جلسه یک ساعته یک روز در میان به روش بحث گروهی در گروه‌های ۵-۴ نفره و در گروه مداخله ۲ به صورت ۴ جلسه یک ساعته به روش بازخورد محور به صورت یک روزدر میان انجام شد. در گروه آموزش به روش بحث گروهی با توجه به ضرورت حضور فعال شرکت کنندگان در یادگیری، به این ترتیب بود که در هر جلسه پس از طرح موضوع توسط مدرس و دادن زمان کافی به شرکت کنندگان، افراد نظرات خود را با ذکر دلیل ابراز کردند، پس از بحث و تبادل نظر همه افراد زیر نظر مدرس، نتیجه نهایی با توجه به بسته آموزشی توسط مدرس جمع بندی شد و ۱۵ دقیقه انتهای هر جلسه آموزشی، برای پرسش و پاسخ و نیز بیان تجربیات و مشکلات و راه حل های مفید واقع شده توسط بیماران اختصاص داده شد. هر یک از جلسات آموزش به روش بحث گروهی با حضور ۵-۴ نفر از شرکت کنندگان و در اتاقی مخصوص که نشستن افراد به شکل دایره مانند بود؛ اجرا شد تا تعاملات بین فردی به خوبی رعایت شود. در گروه بازخوردمحور نویسنده اول محتوای آموزشی را که به صورت سناریو تدوین و توسط تیم پژوهشی تایید شد به صورت چهره به چهره با زبان ساده بدون استفاده از اصطلاحات پزشکی به بیماران آموزش داد. سپس از بیماران خواسته شد محتوای آموزشی را با زبان خود و بدون احساس خجالت بیان کنند. در صورت عدم درک صحیح مطالب توسط بیمار، مجددا محتوای آموزشی به وی آموزش داده شد که گروه کنترل فقط تحت آموزش روتین بیمارستان قرار گرفتند. خلاصه جزئیات محتوای آموزشی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در جدول ۱ آورده شده است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

در هر سه گروه قبل از شروع مداخله آموزشی، پرسشنامهٔ مشخصات جمعیت شناختی و تبعیت از درمان در اختیار بیماران قرار داده شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. سپس سه هفته پس از مداخلهٔ آموزشی (بعد از هماهنگی با نمونه‌ها و مراجعه بعدی به درمانگاه) پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار بیماران سه گروه قرار گرفت. در صورت عدم مراجعه به درمانگاه از طریق تماس تلفنی محل دیگری برای تکمیل پرسشنامه‌ها (به عنوان مثال مطب پزشک) هماهنگ شد. در این پژوهش، داده‌ها از طریق تکمیل پرسشنامه‌ها توسط بیماران با حضور بر بالین افراد واجد شرایط و دارای رضایت انجام گرفت. در بیمارانی که قادر به تکمیل نبودند پرسشنامه-ها توسط نویسنده اول تکمیل شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل دو بخش مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامهٔ تبعیت از درمان بود.

پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی شامل: سن بیمار، جنسیت، وضعیت تاهل بیمار، سطح تحصیلات بیمار، درآمد ماهیانه، شغل بیمار، وضعیت بیمه، تعداد فرزندان، مصرف سیگار، تعداد مصرف سیگار، بیماری زمینه ای، طول مدت ابتلا به نارسایی قلبی، سابقه انفارکتوس میوکارد و دفعات بستری به علت نارسائی بود.

پرسشنامه استاندارد تبعیت از درمان مدانلو: به منظور بررسی تبعیت درمان در بیماری های مزمن از پرسشنامه تبعیت درمان در بیماری‌های مزمن که توسط مدانلو در سال ۱۳۹۲ طراحی و روان‌سنجی شده است، استفاده کرد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال و ۷ حیطه است. حیطه اهتمام در درمان شامل ۹ سوال، تمایل به مشارکت در درمان شامل ۷ سوال، توانایی تطابق درمان با زندگی ۷ سوال، تلفیق درمان با زندگی ۵ سوال، اصرار به درمان ۴ سوال، تعهد به درمان ۵ سوال، و تدابیر در اجرای درمان ۳ سوال است. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت ۵ قسمتی است که از کاملاً با امتیاز ۵ تا اصلاً با امتیاز صفر طراحی شده است. نمره‌گذاری تعدادی از عبارات معکوس است، یعنی به اصلا امتیاز ۵ و کاملا امتیاز ۰ تعلق می‌گیرد. عبارات شماره ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰ معکوس نمره گذاری شده‌اند. بدین ترتیب حداکثر و حداقل نمره برای هر طبقه قابل محاسبه است. جهت نمره گذاری عبارات به طرف مثبت است، یعنی هر چه بر میزان مطلوب بودن ویژگی صفت افزوده می‌شود امتیاز بیشتری به آن تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب هر چه نمره کل یا نمره هر طبقه بیشتر باشد فرد پاسخ دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است. در نهایت بر اساس درصد امتیاز کسب شده، میزان تبعیت از درمان به صورت بسیار خوب ۱۰۰- ۷۵٪، خوب ۷۴- ۵۰٪، متوسط ۴۹- ۲۶٪، ضعیف ۲۵٪- ۰ تفسیر شد. همچنین مدانلو و همکارانش (۲۰۱۹) پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن را روان‌سنجی کردند و متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۳). پایایی پرسشنامه در مطالعه خیالی و همکارانش (۲۰۲۱) با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تأیید شد (۲۴). در این مطالعه آلفای کرونباخ پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو ۰/۹ به دست آمد. داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS ورژن ۲۲ تحلیل شد.

جدول۱. جزئیات محتوای آموزشی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

جلسات	محتوای آموزشی	زمان
جلسه اول	معرفی پژوهشگر، بیان اهداف پژوهش، جلب رضایت و مشارکت افراد شرکت کننده، گوش دادن به صحبت‌های بیمار، بیان احساسات، عقاید و افکار بیماران و توضیح در مورد بیماری نارسایی قلبی، شامل تعریف نارسایی قلبی، علل، علایم و نشانه‌ها، تشخیص و درمان	۶۰ دقیقه
جلسه دوم	رژیم غذایی و دارویی مناسب در بیماران نارسایی قلبی، شامل سبک زندگی، محدودیت مصرف سدیم و مایعات، رژیم غذایی مناسب و هرم غذایی، نکات دارویی	۶۰ دقیقه
جلسه سوم	مشکلات روحی و ورزش در نارسایی قلبی، شامل مشکلات روحی همراه با نارسایی قلبی، و راهکارهای مناسب، فواید ورزش برای بیماران نارسایی قلبی، ورزش های مناسب برای بیماران نارسایی قلبی ومیزان فعالیت و هشدارهای مهم حین ورزش.	۶۰ دقیقه
جلسه چهارم	سایر ملاحظات در رابطه با نارسایی قلبی، شامل توزین روزانه و لزوم پیروی از دستورات پزشک، آگاهی از علایم خطر و هشدار، توجه به علائم قلبی و غیر قلبی مهم و اطلاع به پزشک، تصمیم‌گیری و انتخاب درمان‌های مناسب و لزوم مشارکت و اهتمام به درمان، تلفیق درمان با زندگی، تعهد و تدبیر در اجرای درمان	۶۰ دقیقه

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک کیفی واحدهای مورد پژوهش

متغیر		کنترل		گروه مداخله۱		گروه مداخله۲		p-value
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
گروه های سنی	۲۰-۳۰	۴	۲۰	۳	۱۵	۳	۱۵	۰/۹۹۵
	۳۱-۴۰	۲	۱۰	۳	۱۵	۳	۱۵	
	۴۱-۵۰	۴	۲۰	۵	۲۵	۴	۲۰	
	۵۱-۶۰	۵	۲۵	۵	۲۵	۵	۲۵	
	۶۱-۷۰	۵	۲۵	۴	۲۰	۵	۲۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
جنسیت	زن	۷	۳۵	۱۱	۵۵	۹	۵۵	۰/۲۷۳
	مرد	۱۳	۶۵	۹	۴۵	۱۱	۴۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
میزان تحصیلات	ابتدایی	۲	۱۰	۱	۵	۱	۵	۰/۹۹
	سیکل	۳	۱۵	۴	۲۰	۳	۱۵	
	دیپلم	۵	۲۵	۵	۳۰	۷	۳۵	
	فوق دیپلم	۴	۲۰	۳	۱۵	۲	۱۰	
	لیسانس	۴	۲۰	۴	۲۰	۳	۱۵	
	فوق لیسانس	۱	۵	۱	۵	۳	۱۵	
	دکترا	۱	۵	۱	۵	۱	۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت تاهل	مجرد	۶	۳۰	۴	۲۰	۴	۲۰	۰/۹۳۳
	متاهل	۹	۴۵	۱۲	۶۰	۱۲	۶۰	
	فوت همسر	۳	۱۵	۳	۱۵	۲	۱۰	
	مطلقه	۲	۱۰	۱	۵	۲	۱۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت درامد	۵-۱۰	۴	۲۰	۵	۲۵	۴	۲۰	۰/۹۰۵
	۱۰-۱۵	۶	۳۰	۶	۱۵	۶	۳۰	
	۱۵-۲۰	۶	۳۰	۷	۳۵	۴	۲۰	
	۲۰-۳۰	۲	۱۰	۴	۲۰	۴	۲۰	
	بالای ۳۰ میلیون	۲	۱۰	۱	۲	۲	۱۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت کفایت درآمد	کفایت نمی کند	۱۰	۵۵/۵۶	۱۲	۶۶/۶۷	۷	۶۱/۱۱	۰/۷۹۲
	کفایت می کند	۸	۴۴/۴۴	۶	۳۳/۳۳	۱۱	۳۸/۸۹	
	کل	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	
وضعیت بیمه	تامین اجتماعی	۴	۲۰	۶	۳۰	۶	۳۰	۰/۹۴
	خدمات درمانی	۷	۳۵	۷	۳۵	۶	۳۰	
	تکمیلی	۷	۳۵	۴	۲۰	۶	۳۰	
	نیروهای مسلح	۱	۵	۲	۱۰	۱	۵	
	بدون بیمه	۱	۵	۱	۵	۱	۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک کیفی واحدهای مورد پژوهش (ادامه)

متغیر		کنترل		گروه مداخله۱		گروه مداخله۲		p-value
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت شغلی	دولتی	۲	۱۰	۳	۱۵	۲	۱۰	۰/۷۶
	خصوصی	۳	۱۵	۳	۱۵	۶	۲۰	
	آزاد	۹	۴۵	۷	۳۵	۶	۳۰	
	بازنشسته	۱	۵	۴	۲۰	۲	۱۰	
	فاقد شغل	۵	۲۵	۳	۱۵	۴	۲۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
تعداد فرزند	بدون فرزند	۶	۳۰	۷	۳۵	۶	۳۰	۰/۹۶
	۲-۱ فرزند	۹	۴۵	۷	۳۵	۸	۴۰	
	۵-۳ فرزند	۵	۲۵	۵	۲۵	۵	۲۵	
	بالای ۵	۰	۰	۱	۵	۱	۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت مصرف سیگار	بله	۸	۴۰	۹	۴۵	۸	۴۰	۰/۸۱۲
	خیر	۱۲	۶۰	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت تعداد نخ مصرفی سیگار	کمتر از ۱۰ نخ	۴	۵۰	۳	۳۳/۳۳	۳	۳۷/۵	۰/۶۶
	بیشتر از ۱۰ نخ	۲	۲۵	۳	۳۳/۳۳	۱	۱۲/۵	
	یک پاکت	۲	۲۵	۲	۲۲/۲۲	۴	۵۰	
	بالای یک پاکت	۰	۰	۱	۱۱/۱۱	۰	۰	
	کل	۸	۱۰۰	۹	۱۰۰	۸	۱۰۰	
سابقه بیماری زمینه ای	بله	۱۰	۵۲/۶۳	۹	۴۵	۹	۴۵	۰/۸۶
	خیر	۹	۴۳/۷	۱۱	۵۵	۱۱	۵۵	
	کل	۱۹	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت طول ابتلا به بیماری	۱۲- ۶ ماه	۴	۲۰	۶	۳۰	۸	۴۰	۰/۶۱۲
	۲-۱ سال	۱۰	۵۰	۷	۳۵	۷	۳۵	
	۴-۳ سال	۶	۳۰	۵	۲۵	۴	۲۰	
	بالای ۴ سال	۰	۰	۲	۱۰	۱	۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت سابقه سکته قلبی	بله	۵	۲۵	۵	۲۵	۸	۴۰	۰/۵۰۲
	خیر	۱۵	۷۵	۱۵	۷۵	۱۲	۶۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت بستری	اولین بستری	۳	۱۵	۱	۵	۳	۱۵	۰/۴۷۴
	۳- ۲ بار	۱۳	۶۵	۱۰	۵۰	۱۳	۶۵	
	۵-۴ بار	۳	۱۵	۴	۲۰	۲	۱۰	
	بیش از ۵ بار	۱	۵	۵	۲۵	۲	۱۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	

یافته‌ها

نتایج نشان داد که بیشترین گروه سنی در هر سه گروه مربوط به گروه سنی ۶۰-۵۱ سال (۲۵ درصد) و ۷۰-۶۱ سال (۲۵ درصد) بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل (۶۵ درصد) و مداخله بحث گروهی (۵۵ درصد) مرد و در گروه مداخله بازخورد محور (۵۵ درصد) زن بودند. سایر یافته‌های مشخصات جمعیت شناختی در جدول ۲ آورده شده است. جهت بررسی همگن بودن گروه-ها از نظر متغیرهای دموگرافیک از آزمون دقیق فیشر و کای دو استفاده شد (جدول ۲).

نتایج نشان داد میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی قبل (۱۰/۱۶ ± ۷۸/۷۳) و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

بعد (۱۸/۵۵ ± ۱۱۲/۰۵) تفاوت آماری معنی‌داری داشت (P<۰/۰۰۱) و در گروه مداخله ۲ به روش بازخوردمحور قبل (۱۶/۵ ± ۷۹/۱۵) و بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی (۲۴/۶۸ ± ۱۲۰/۰۵) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد (P<۰/۰۰۷). این در حالی است که میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه کنترل در مرحله ۱(۱۲/۰۶ ± ۹۴/۶۴) و ۲ (۱۰/۹۴ ± ۹۶/۴۲) تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (P=۰/۳۶۶). با اندازه اثر کوهن نیز تاثیر آموزش با روش بحث گروهی و باز خورد محور قبل و بعد از آموزش مشاهده می‌شود (جدول ۳).

میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی و مرحله ۱ گروه کنترل (P=۰/۳۲۲) وگروه مداخله ۲ به روش بازخورد محور و مرحله ۱ گروه کنترل قبل از اجرای آموزش خودمراقبتی (P=۰/۴۵۴) معنی‌دار نبود همچنین تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی با گروه مداخله ۲ به روش بازخورد محور قبل از اجرای آموزش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (P<۰/۸۸).

تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی (۱۱/۶ ± ۱۱۲/۰۵) و گروه کنترل مرحله۲ (۱۸/۵۵ ± ۱۰۰/۹۴) در بیماران مبتلا

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱(بحث گروهی) و گروه مداخله ۲(روش بازخورد محور) و کنترل در قبل و بعد از آموزش

گروه ها	نمره تبعیت از درمان	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون(تی زوجی)	p-value	اندازه اثر کوهن (فاصله اطمینان ۰/۹۵)
گروه مداخله ۱	قبل از آموزش	۷۸/۷۳	۱۰/۱۶	۵/۲۴	*۰/۰۰۰۱	۰/۹۸(۰/۳۶، ۱/۱۳)
(گروه بحث گروهی)	بعد از آموزش	۱۱۲/۰۵	۱۸/۵۵			
گروه مداخله ۲	قبل از آموزش	۷۹/۱۵	۱۶/۵	۳/۹۹	*۰/۰۰۷	۰/۸۲(۰/۴۶ ، ۱/۳۵)
(روش بازخورد محور)	بعد از آموزش	۱۲۰/۰۵	۲۴/۶۸			
گروه کنترل	نوبت اول	۹۴/۶۴	۱۲/۰۶	۰/۶۶	۰/۳۶۶	
	نوبت دوم	۹۶/۴۲	۱۰/۹۴			

اندازه اثر کوهن : ۰/۲ کوچک، ۰/۵ متوسط، ۰/۸ بالا

جدول ۴. مقایسه نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱(بحث گروهی) و گروه مداخله ۲(روش بازخورد محور) و کنترل در قبل و بعد از آموزش

گروه ها	نمره تبعیت از درمان	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون(تی زوجی)	p-value	اندازه اثر کوهن (فاصله اطمینان ۰/۹۵)
قبل از اجرای آموزش خودمراقبتی	مداخله ۱(بحث گروهی)	۹۴/۶	۹/۹۵	۱/۰۱	/۳۲۲	
	کنترل (نوبت اول)	۹۳/۳۱	۱۲/۰۶		۰	
	مداخله۲(روش بازخورد محور)	۹۴/۲۵	۱۶/۵	۱/۱	/۴۵۴	
	کنترل (نوبت اول)	۹۳/۳۱	۱۲/۰۶		۰	
	مداخله۱	۷۸/۵	۹/۹۵	-۰/۱۵	۰/۸۸	
	مداخله۲	۷۹/۱۵	۱۶/۵			
بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی	کنترل (مرحله ۲)	۱۰۰/۹۴	۱۸/۵۵	۳/۲	/۰۲۵	۰/۴۹ (۰/۲۶، ۰/۷۵)
	مداخله۱ (بحث گروهی)	۱۱۲/۰۵	۱۱/۶		*۰	
	کنترل (مرحله ۲)	۱۰۰/۹۴	۲۴/۶۸	۳/۲	/۰۰۳	۰/۹۱(۰/۴۶ ، ۱/۲۵)
	مداخله ۲(روش بازخوردمحور)	۱۲۰/۰۵	۱۱/۶۱		*۰	
	مداخله۱ (بحث گروهی)	۱۱۲/۰۵	۱۸/۵۵	۳/۳۲	۰/۰۴	۰/۴۷(۰/۳۲ ،۰/۷۹)
	مداخله۲ (روش بازخورد محور)	۱۲۰/۰۵	۲۴/۶۸		*	

اندازه اثر کوهن : ۰/۲ کوچک، ۰/۵ متوسط، ۰/۸ بالا

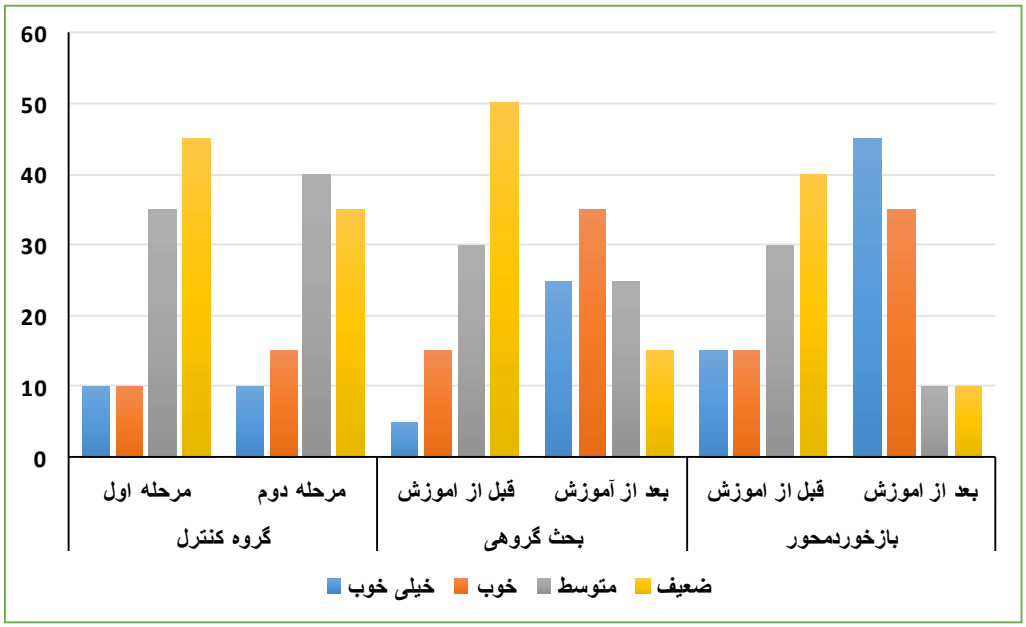
[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی‌داری داشت (P<۰/۰۲۵) و میزان نمره تبعیت از درمان در گروه روش بحث گروهی بیشتر از گروه کنترل مرحله ۲ بود، همچنین تبعیت از درمان در گروه مداخله ۲ به روش بازخوردمحور بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی (۱۱/۶۱ ± ۱۲۰/۰۵) و مرحله ۲ گروه کنترل (۲۴/۶۸ ± ۱۰۰/۹۴) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۳). میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی (۱۸/۵۵ ± ۱۱۲/۰۵) با گروه مداخله ۲ به روش بازخورد محور بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی (۲۴/۶۸ ± ۱۲۰/۰۵) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت آماری معنی‌داری داشت (P=۰/۰۴) و میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه روش بازخورد محور بیشتر بود و با اندازه اثر کوهن نیز اثربخشی بیشتر روش آموزش بازخورد محور نشان داده شد (جدول ۴).

نتایج نمودار ۱ نشان داد بعد از مداخله در گروه بازخورد محور ۴۵ درصد تبعیت از درمان بسیار خوب داشتند و در گروه بحث گروهی ۳۵ درصد افراد نمره تبعیت از درمان بسیار خوب داشتند؛ همچنین در مرحله اول و دوم ۱۰ درصد تبعیت از درمان بسیار خوب داشتند.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه‌ای تاثیر آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی و روش بازخورد محور بر میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان قلب شهید رجایی سال ۱۴۰۲ انجام شد. نتایج نشان داد میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی قبل (۱۰/۱۶±۷۸/۷۳) و بعد (۱۸/۵۵±۱۱۲/۰۵) از اجرای آموزش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی‌داری داشت و میانگین نمره تبعیت از درمان بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد (P<۰/۰۰۱). در مطالعه Awoke و همکارانش (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که آموزش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باعث افزایش آگاهی و عملکرد می‌شود، به عبارتی آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود (P<۰/۰۱) (۲۵). Kolasa و همکارانش (۲۰۲۲) نتیجه گرفتند ارائه اطلاعات مناسب از طریق مداخله آموزش گروهی در ارتقای خودکارامدی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر است (P<۰/۰۱) (۲۶). مطالعه Tazangi و همکارانش (۲۰۲۲) نشان دهنده ارتقای بعد عاطفی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم بعد از آموزش گروهی بود (p= ۰/۰۳۱) (۲۷). نتایج این مطالعه با تمامی مطالعات بررسی شده همسو بود. علت همسو بودن نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر شیوه آموزش بحث گروهی است که در آن تعامل بین افراد بیشتر است و افراد از تجربیات و نظریات یکدیگر بهره مند می‌شوند و از آنجایی که تعامل افراد با هم بیشتر است یادگیری بهتری اتفاق می‌افتد.



نمودار ۱. نمودار میزان تبعیت از درمان در سه گروه بازخوردمحور، بحث گروهی و کنترل

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

همچنین تبعیت از درمان در گروه مداخله ۲ به روش بازخوردمحور قبل و بعد اجرای آموزش خودمراقبتی تفاوت آماری معنی‌داری داشت و میانگین نمره تبعیت از درمان بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد (P<۰/۰۰۷). در این راستا مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۹ انجام شد، نشان داد آموزش به شیوه بازخوردی باعث ارتقا خودکارآمدی و افزایش نمره دانش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شو (P<۰/۰۱) (۲۸). همچنین در مطالعه دیگری نتایج نشان دادکه آموزش بازخوردی بر بهبود و ارتقای تبعیت از درمان بیماران در فاصله زمانی یک و سه ماه بعد از مداخله در بیماران قلبی مؤثر است (p= ۰/۰۲۵) (۲۲). همسو با مطالعه حاضر در مطالعه دیگری مشخص شد که آموزش بازخورد محور منجر به بهبود تبعیت از درمان در بیماران دیالیزی در فاصله یک ماه بعد از مداخله شد (P<۰/۰۱) (۲۹). هرچند جامعه پژوهش با مطالعه حاضر متفاوت است، اما تأثیر شیوه آموزشی بازخورد محور بر بیماری‌های مزمن که در آن بیماران به‌منظور مدیریت بیماری خود نیاز به فهم و درک کامل اطلاعات مرتبط با آن دارند، را تائید می‌کند. از آنجایی که آموزش بازخوردمحور بهترین روش برای اطمینان از درک و به یادسپاری و حفظ کافی اطلاعات آموزشی در بیماران است، لذا اکثر مطالعات همسو با مطالعه حاضر هستند.

تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی و گروه کنترل مرحله ۲ در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی-داری داشت (P<۰/۰۵) و میزان نمره تبعیت از درمان در گروه روش بازخورد محور بیشتر از گروه کنترل مرحله ۲ بود. طبق نتایج مطالعه‌ای بیان شد که آموزش به صورت بحث گروهی نسبت به گروه کنترل مرحله دوم سبب افزایش بیشتر انگیزه بیماران برای ترک سیگار در بیماران دچار نارسایی قلبی می-شود، این در حالی بود که قبل از مداخله و در گروه کنترل مرحله دوم نیز معنی‌دار نبود (P=۰/۳۲) (۳۰). از مزایای آموزش به روش گروهی می‌توان سهیم شدن در عقاید و تجربیات یکدیگر و تقویت حس همکاری و تقویت اعتماد به نفس و قدرت مدیریت فراگیران، تقویت قوه استدلال و نظم بخشی به افکار افراد اشاره کرد (۳۱). نتایج این مطالعه نشان دهنده افزایش نمره میانگین تبعیت از درمان در گروه آموزش به روش بحث گروهی بود.

همچنین تبعیت از درمان در گروه مداخله ۲ به روش بازخوردمحور بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی و مرحله ۲ گروه کنترل در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۳). در مطالعه‌ای گزارش کردند که میانگین نمرات خودمراقبتی در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل افزایش یافته بود (P=۰/۰۱) (۳۲) که تاثیرمثبت این شیوه آموزشی را برمتغیرهایی مانند خودمراقبتی که ارتباط نزدیکی با تبعیت از درمان داشت، تائید می‌کند. در مطالعه Alonso-Domínguez و همکارانش (۲۰۱۹) مشخص شد که در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود قابل ملاحظه‌ای در پیروی از دارو و درمان و رژیم غذایی بیماران دیابتی نوع دو ایجاد شده است (۳۳). از سویی برخی مطالعات نتایجی متناقض با مطالعه حاضر گزارش کردند، از جمله در پژوهش حسینی تشنیزی (۲۰۲۴) تحت عنوان تاثیر برنامه آموزش بازخورد محور بر حفظ و ماندگاری اطلاعات در بیماران دیابتی، نتایج نشان داد که در گروه آموزش بازخورد محور تفاوت معنی‌داری در حفظ و ماندگاری اطلاعات ایجاد نشده بود (P=۰/۲۸) (۳۴). شاید یکی از دلایل عدم معنی‌داری در مطالعه مذکور، حجم نمونه کم، تفاوت ابزار و جامعه متفاوت از مطالعه حاضر باشد. به طوری که در مطالعه حاضر ۴۰ بیمار و در این مطالعه ۲۹ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند، همچنین دوره پیگیری این پژوهش از مطالعه حاضر طولانی‌تر بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه مداخله ۱ به روش بحث گروهی (۱۸/۵۵ ± ۱۱۲/۰۵) با گروه مداخله ۲ به روش بازخورد محور بعد از اجرای آموزش (۲۴/۶۸ ± ۱۲۰/۰۵) خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری تفاوت آماری معنی‌داری داشت (P=۰/۰۴) و میانگین نمره تبعیت از درمان در گروه روش بازخورد محور بیشتر بود و یکی از دلایلی که به نظر می‌رسد موجب شده آموزش بازخورد محور موثرتر باشد، شاید زبان ساده در بیان و آموزش بر اساس مشخصات فردی افراد و درک افراد و همچنین تکرار مطالب تا یادگیری کامل فراگیران است که در بحث گروهی به دلیل تعدد افراد و تفاوت‌های موجود در هر فرد و سطح یادگیری و سواد افراد همچنین اطلاعات قبلی فراگیران این یادگیری متفاوت است. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که آموزش به روش بازخوردمحور نسبت به آموزش به روش بحث گروهی می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شود (P<۰/۰۵) (۳۵). مطالعه ترن و همکارانش (۲۰۱۹) نشان داد که آموزش بازخوردمحور ابزار ارتباطی ساده‌ای است که دانش بیماری را در مبتلایان به بیماری‌های مزمن همانند انفارکتوس میوکارد

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

نسبت به آموزش به روش بحث گروهی بهبود می‌بخشد (P<۰/۸۸) (۳۶). نتایج مطالعه دیگری بیان کننده این امر بودکه آموزش بازخورد محور باعث افزایش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شده بود (P<۰/۰۵) (۱۵). مطالعه عزیزی و همکارانش (۲۰۲۰) نشان دهنده کاهش موارد بستری در بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بعد از آموزش به روش بازخوردمحور بود (P<۰/۰۵) (۲۲) و نتایج این مطالعه با همه مطالعات پیشگفت همسو بود. از علل همسو بودن نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر، می‌توان به شیوه آموزش اشاره کرد که به شکل ساده و قابل فهم ارائه می‌شود و تا درک کامل آموزش توسط بیمار آموزش ادامه پیدا می‌کند. مطالعه حاضر نشان داد گرچه هر دو روش آموزش باعث ارتقا رفتار خودمراقبتی بیماران شده است، ولی آموزش به شیوه بازخوردمحور نسبت به روش آموزش بحث گروهی مؤثرتر است. شاید دلیل آن مشارکت بیمار در پاسخ به سوالات و مطمئن شدن محقق از یادگیری و تفهیم مراقبت آموزش داده شده از طریق گرفتن بازخورد باشد.

طبق نتایج این پژوهش آموزش خود مراقبتی به روش آموزش خودمراقبتی به روش بحث گروهی و بازخوردمحور بر تبعیت از درمان بیماران نارسایی قلبی تأثیر مثبت دارد. آموزش خودمراقبتی به روش بازخوردمحور نسبت به آموزش به روش بحث گروهی در تبعیت از درمان بیماران مؤثرتر بود. با توجه به اثربخشی این دو روش آموزشی بر تبعیت از درمان بیماران نارسایی احتقانی قلبی، استفاده از این دو روش آموزشی به علت ساده و آسان بودن در آموزش این بیماران توصیه می‌شود. در این راستا استفاده از آموزش با هدف توانمندسازی بیمار وآشنایی آنها با این مقوله که می‌توانند با بهره مندی از منابع خود را توانمند سازند بسیار حایز اهمیت بوده و کمک کننده است. مداخله حاضر به عنوان یک مداخله تایید شده، قابل اجرا، مفید و موثر و ارزان می‌تواند در دستور کار پرستاران و مراقبین قرار گیرد تا بتوانند به بیماران نارسایی احتقانی قلبی کمک کنند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدودیت‌های زمانی و مکانی جهت پیگیری مجدد نتایج اشاره کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این امر مورد توجه قرار گیرد و پیگیری حداقل شش ماهه بیماران به منظور بررسی تداوم اثر برنامه انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با گسترش شبکه‌های مجازی، آموزش خودمراقبتی را از طریق آموزش مجازی ویا نرم افزارهای تلفن همراه یا سایر روش‌های نوین مانند آموزش معکوس و تله نرسینگ بر رفتارهای خودمراقبتی و تبعیت از درمان بیماران مبتلا به انواع بیماری‌های مزمن صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش که حضورشان باعث به ثمر رسیدن این مقاله علمی شد، تشکر و قدردانی می‌شود و برای یکایک آنان از خداوند منان توفیق عمر طولانی را خواهانیم.

REFERENCES

1. Johansson I, Joseph P, Balasubramanian K, McMurray JJ, Lund LH, Ezekowitz JA, et al. Health-related quality of life and mortality in heart failure: the global congestive heart failure study of 23 000 patients from 40 countries. Circulation 2021;143:29-42.

2.Santos GC, Liljeroos M, Dwyer AA, Jaques C, Girard J, Strömberg A, et al. Symptom perception in heart failure–Interventions and outcomes: A scoping review. Int J Nurs Stud 2021;116:103524.

3.Roger VL. Epidemiology of heart failure: a contemporary perspective. Circ Res 2021;128:1421-34.

4.Kaneko H, Yano Y, Itoh H, Morita K, Kiriyama H, Kamon T, et al. Association of blood pressure classification using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association blood pressure guideline with risk of heart failure and atrial fibrillation. Circulation 2021;143:2244-53.

5.Sarrafzadegan N, Mohammmadifard N. Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. Arch Iranian Med 2019;22:204-10.

6.Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2021;23:157-74.

7.Toukhsati SR, Driscoll A, Hare DL. Patient self-management in chronic heart failure–establishing concordance between guidelines and practice. Card Fail Rev 2015;1:128-31.

8.Juárez-Vela R, Sarabia-Cobo C, Antón-Solanas I, Vellone E, Durante A, Gea-Caballero V, et al. Investigating self-care in a sample of patients with decompensated heart failure: a cross-sectional study. Rev Clin Esp (Barc) 2019;219:351-59.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]

[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

9.Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, Tan NC. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. BMC Fam Pract 2021;22:1-12.

10.Dessie G, Burrowes S, Mulugeta H, Haile D, Negess A, Jara D, et al. Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. BMC Cardiovasc Disord 2021;21:1-11.

11.Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. PloS One 2019;14:e0211768.

12.Chae S, Song J, Ojo M, Bowles KH, McDonald MV, Barrón Y, et al. Factors associated with poor self-management documented in home health care narrative notes for patients with heart failure. Heart Lung 2022;55:148-54.

13.Karami Salaheddin Kola M, Jafari H, Charati JY, Shafipour V. Comparing the effects of teach-back method, multimedia and blended training on self-care and social support in patients with heart failure: A randomized clinical trial. J Educ Health Promot 2021;10:248.

14.Dessie G, Burrowes S, Mulugeta H, Haile D, Negess A, Jara D, et al. Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. BMC Cardiovasc Disord 2021;21:374.

15.Aghamohammadi M, Khatiban M, Soltanian A, Khalili Z. Comparison of the effect of two teach-back training and pictorial training methods on medication adherence in heart failure patients. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2020;28(3):193-204. http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2142-en.html.

16.Azizi HR, Yousefian Miandoab N, Yaghoubinia F. The Effect of Teach- Back Education on Readmission in Patients with Acute Coronary Syndrome. Crit Care Nurs 2020;13:14-21.

17.Howie-Esquivel J, Bidwell JT. A State-of-the-Art Review of Teach-Back for Patients and Families With Heart Failure: How Far Have We Come? J Cardiovasc Nurs 2023;2:32-40.

18.Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: a scoping review of qualitative research. Pharmaceutics 2021;13:1100.

19.Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci 2019;42:206.

20.Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. Arch Gerontol Geriatr 2018;78:213-20.

21.Roka T, Ghimire M. Medication adherence among hypertensive patients attending a tertiary care hospital in Nepal. J Nepal Health Res Counc 2019;17:521-27.

22.Azizi HR, Yousefian Miandoab N, Yaghoubinia F. Effect of teach-back on treatment adherence in patients with acute coronary syndrome: A semi-experimental study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2020;30:44-55. [In Persian]

23.Fatemi NS, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. Koomesh 2018;20:179-91.

24.Khiyali Z, Javidi Z, Elham Banaei2 E, Afsaneh Ghasemi A, Dehghan A. Relationship between perception of aging and social support with treatment adherence in the aged with type 2 diabetes in Fasa, 2018. Journal of Gerontology 2021;5:54-65. [In Persian]

25.Awoke MS, Baptiste D-L, Davidson P, Roberts A, Dennison-Himmelfarb C. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. Contemp Nurse 2019;55:15-26.

26.Kolasa J, Frączek-Jucha M, Grabowski M, Jankowska EA, Lelonek M, Pawlak A, et al. A quasi-experimental study examining a nurse-led educational program to improve disease knowledge and self-care for patients with acute decompensated heart failure with reduced ejection fraction. Adv Clin Exp Med 2022;31:267-75.

27.Tazangi RM, Bijani M, Karimi S, Naghizadeh MM, Jeihooni AK, Rahimzahedi M. The effect of peer group-based training using health belief model on quality of life and foot ulcer self-care behaviour in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled clinical trial. Clin Diabetol 2022;11:251-61.

28.Awuah-Asamoah M. Effects of Teach-Back Method of Education on Knowledge of Heart Failure Self-Care Management and Post-Discharge Knowledge Retention [PhD Dissertation]. Washington, D.C.: The George Washington University. 2019. [Available from: https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/son_dnp/51]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]

[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]

29.Ghanbari A, Tabrizi KN, Dalvandi A, Kavari SH, Noroozi M. Effect of an educational program based on the teach-back method on adherence to treatment regimen in dialysis patients with end stage renal disease referred to Sina Hospital during 2015-2016. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing 2017;4:24-30. [In Persian]

30.Badrooh A, Mozaffari N, Barikani A, Dadkhah B. Comparison of the effect of group and individual training on smoking cessation motivation in coronary artery disease patients. J Health Care 2019;21:99-107.

31.Jaras M, Mansoorian MR, Delshad Noghabi A, Nezami H. Comparison of effectiveness self-care returns two methods of focus group discussions and teach-back on lifestyle of pregnant women. Intern Med Today 2019;26(1):94-107.

32.Akbari AS, Cheraghi MA, Nomali M, Zakerimoghadam M. Effect of illness perception correction-based educational program on quality of life and self-care in patients with heart failure: a randomized controlled trial. J Caring Sci 2019;8:89-93.

33.Alonso-Domínguez R, García-Ortiz L, Patino-Alonso MC, Sánchez-Aguadero N, Gómez-Marcos MA, Recio-Rodríguez JI. Effectiveness of a multifactorial intervention in increasing adherence to the Mediterranean diet among patients with diabetes mellitus type 2: a controlled and randomized study (EMID study). Nutrients 2019;11:162.

34.Hosseini Teshnizi S, Sadeghpour S, Faghih A. The Effectiveness of an Educational Intervention Based on Teach-back Method with Adherence to Treatment in Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Health Sciences & Surveillance System 2024;12:12-19.

35.Salavati M, Khatiban M, Moghadari koosha B, Soltanian A. Evaluating the Effect of Teach Back Education on Self-Care Behaviours and Quality of Life in Patients With Myocardial Infarction in 2015: A Randomised Controlled Trial. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2017;25:1-8. [In Persian]

36.Tran S, Bennett G, Richmond J, Nguyen T, Ryan M, Hong T, et al. 'Teach-back'is a simple communication tool that improves disease knowledge in people with chronic hepatitis B–a pilot randomized controlled study. BMC Public Health 2019;19:1-9.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.4.9.1]

[DOI: 10.61882/iau.35.4.470]