نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر روش بازخوردمحور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب

هدیه مصباحی[۱]، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی
*** فتیحه کرمان ساروی[۲]، کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه**
فرنوش خجسته[۳]، کارشناس ارشد آموزش مامایی

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش بازخوردمحور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شد.

زمینه. سبک زندگی عاملی تعیین‌کننده در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی‌عروقی محسوب می‌شود؛ لذا تبعیت بیمار در زمینه رعایت رژیم دارویی، غذایی، و تحرک بدنی تامین‌کننده یک شیوه زندگی سالم است.

روش کار. دراین مطالعه نیمه‌تجربی، ۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب، مراجعه‌کننده به بخش‌های قلب بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۸ به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (Health-Promoting Lifestyle Profile II) یا HPLP2 بود. پرسشنامه سبک زندگی در دو مرحله قبل و سه ماه بعد از مداخله تکمیل شد. در گروه آزمون، آموزش ارتقای سبک زندگی به صورت انفرادی به روش بازخوردمحور در چهار جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل، آموزش ارتقای سبک زندگی را به روش معمول دریافت کرد. داده‌ها در نرم افزار SPSS-22 با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای دو تحلیل شدند.

یافته‌ها. دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند. قبل از مداخله، میانگین نمره کل سبک زندگی در گروه آزمون، ۱۱۰/۸۲ با انحراف معیار ۴۸/۹۳، و در گروه کنترل، ۱۰۳/۳۸ با انحراف معیار ۳۷/۲۳ بود که نتیجه آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد (P=۰/۴۵). سه ماه بعد از مداخله، میانگین نمره کل سبک زندگی در گروه آزمون و کنترل، به ترتیب، ۱۳۷/۸۰ با انحراف معیار ۵۴/۳۶ و ۱۱۳/۲۳ با انحراف معیار ۳۷/۸۷ به دست آمد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (P≤۰/۰۰۰۱). قبل از مداخله، میانگین نمره حیطه‌های سبک زندگی دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد، اما بعد از آموزش بازخوردمحور، میانگین نمره حیطه‌های سبک زندگی گروه آزمون، به جز حیطه ارتباطات بین فردی، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری. آموزش بازخوردمحور، سبک زندگی و حیطه‌های آن را به جز حیطه ارتباطات بین فردی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بهبود بخشید. لذا به کارگیری این شیوه آموزشی توسط پرستاران برای بهبود سبک زندگی افراد دارای بیماری نارسایی قلب توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: نارسایی قلب، سبک زندگی، آموزش بازخوردمحور

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲ استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
f_kermansaravi@yahoo.com
۳ مربی ، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

نارسایی قلبی یک سندرم بالینی است که با اختلال ساختاری یا عملکردی در پر شدن بطن‌ها یا پمپ خون به خارج از قلب مشخص می‌شود و منجر به ناکافی شدن جریان خون برای برآوردن احتیاجات متابولیک بافت‌ها و اعضای بدن می‌شود (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۶). نارسایی قلبی یک نگرانی عمده در زمینه سلامت است، به گونه‌ای که شایع‌ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال و دومین علت شایع مراجعه به مطب پزشکان قلب محسوب می‌شود (جونکمن و همکاران، ۲۰۱۶). نارسایی قلبی پرهزینه‌ترین تشخیص (حدود ۳۲ میلیارد دلار در سال) محسوب می‌گردد (جانیک و همکاران، ۲۰۱۷).

بر اساس تحقیقات انجام شده در آمریکا، ۵۳ درصد از علل بیماری‌ها به سبک زندگی ارتباط دارد (ویتاکر و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران نیز که یک کشور در حال توسعه است، نارسایی قلبی در نتیجه تغییرات سبک زندگی در حال افزایش است و در حال حاضر تخمین زده می شود که ۳/۳ درصد جمعیت را تحت تاثیر قرار داده است (دهقانی و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به شواهد زیادی که نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی است، ضرورت تاکید بر تعدیل سبک زندگی، به عنوان عاملی مهم در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری، کاملا برجسته و قابل توجیه است (فرقدانی و همکاران، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به نارسایی قلب پیامدهای مختلفی از جمله کیفیت زندگی نامطلوب را تجربه می‌نمایند (بالیجانی و همکاران، ۲۰۱۲). نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده منجر به افت کیفیت زندگی، اقامت طولانی در بیمارستان و افزایش هزینه‌های درمانی می‌گردد (آگلوپولو و همکاران، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی دارای اهمیت بسیار است و کیفیت زندگی پایین منجر به کاهش مراقبت از خود و افزایش خطر عوارض بیماری می‌شود (سیفی و همکاران، ۲۰۱۷). بهبود کیفیت ارائه خدمات به افراد دچار نارسایی قلبی و توانایی خودمدیریتی در این شرایط یک ضرورت است. شواهد نشان می‌دهند که بیماران ترجیح می‌دهند از جایی خدمات بگیرند که عوامل سبک زندگی و انتخاب‌هایشان در یک رویکرد مشارکتی توسط متخصصان بهداشتی در نظر گرفته شود (بنت و همکاران، ۲۰۰۰). زمانی که فرد در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد، خودمراقبتی خوبی داشته باشد روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند؛ لذا، سبک زندگی بهتری خواهد داشت و این چرخه مثبت خودتقویت‌کننده، همچنان ادامه می‌یابد (وایت و همکاران، ۲۰۱۳).

هرچند سبک زندگی صحیح باید از دوران کودکی پایه‌ریزی شود، اما برای تغییر در شیوه زندگی و ایجاد عادات سالم هیچ وقت دیر نیست. از طرفی، تطابق و سازگاری با حمله قلبی فرآیندی پویا و نیازمند تعدیل برخی رفتارها و شیوه زندگی بیمار است (دیکسون و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از برنامه‌های اساسی در سبک زندگی بیمار، وجود برنامه آموزش به بیمار است که به عنوان مهمترین جنبه مراقبت از بیمار به شمار می‌آید (محمدی و همکاران، ۲۰۱۱). برنامه‌های آموزش بهداشت می‌توانند از طریق تاثیر بر باورها و ایجاد مهارت‌های تصمیم‌گیری منجر به توانمندسازی افراد در تغییر خود و جامعه شوند. با توجه به اینکه سبک زندگی در طول زندگی ایجاد شده است و در این روند نگرش تاثیر می‌گذارد، بنابراین، آموزش سلامت در این راستا اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند (نصرآبادی و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع، پرستاران هر موقعیتی را که در برخورد با دریافت‌کنندگان خدمات سلامتی به دست می‌آورند، باید فرصتی برای آموزش سلامت تلقی نمایند. اگرچه بیمار یا مددجو در این صورت حق انتخاب دارد، اما این، از وظایف و شگردهای پرستار مطلع و متعهد است که نیاز به یادگیری و کسب اطلاعات را در بیمار بررسی نماید و به شیوه مناسب به وی آموزش دهد (امیری و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران، پژوهش‌های متعددی در زمینه تاثیر روش‌های آموزشی تغییر سبک زندگی بیماران انجام شده‌اند که غالبا در این مطالعات، به درک و فهم بیماران کمتر توجه شده است. با وجود انجام مداخلات متنوع آموزشی، گروه‌های هدف در تغییر رفتار با مشکل مواجه شده و آموزش‌ها نتوانسته‌اند در تغییر سبک زندگی موثر واقع شوند (برون و همکاران، ۲۰۱۱).

آموزش‌های سنتی ارائه شده بدون استفاده از مدل‌های آموزشی و بدون پیروی از یک رویه منطقی و منظم برای تغییر رفتار در زمینه آموزش سلامت کارآیی لازم را ندارند (دیکسون و همکاران، ۲۰۰۹). آموزش موثر بیماران مستلزم به‌کارگیری روش‌های آموزشی است که تاثیر آنها مشخص شده باشد. در این میان، یکی از امیدوارکننده‌ترین و موفقیت‌آمیزترین روش‌های آموزش به بیمار، روش آموزش بازخوردمحور (teach-back education) است. این روش آموزشی، راهبردی جامع، چندجانبه و مبتنی بر شواهد است که به منظور فهم و نگهداری اطلاعات، از آن استفاده می‌شود و یکی از روش‌های تعاملی آموزش است که در آن، یادگیرنده باید به حدی از

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

تسلط و توانایی برسد که خود، مهارت و هنر استفاده از آموخته‌ها را کسب نماید. همچنین، این روش، خطر درک اشتباه اطلاعات ضروری بیماران را در محیطهای بالینی کاهش می‌دهد (ایزدی راد و همکاران،۲۰۱۴). روش آموزشی بازخوردمحور به بیمار امکان می‌دهد با بیان مجدد آنچه آموخته است، در قالب کلمات خود، میزان درک خود را نشان دهد و از طرفی، با بیان قسمت‌های اصلی آموزشی که به صورت سئوال از بیمار پرسیده می‌شود، به مراقبین سلامتی کمک نماید تا قسمت‌هایی را که نیاز به آموزش تکمیلی دارند شناسایی نمایند و این روش را تا درک کامل مطالب از طرف بیمار با تکرار ادامه دهند (نیگرو و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه شیوه آموزش در این روش بر درخواست از بیمار برای بیان آنچه درک کرده است استوار است، به نظر می‌رسد این روش بتواند در فهم بهتر مطالب آموزشی و به کارگیری آنها، و در نهایت بهبود سبک زندگی این بیماران تاثیرگذار باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بازخورد محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (IR.ZAUMS.REC.1398.056) بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب مراجعه‌کننده به بخش‌های قلب بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. پژوهشگر آزمودنی را از همه اطلاعات مربوط به پژوهش که می‌توانستند در تصمیم‌گیری او موثر باشند، به نحو مناسبی آگاه ساخت. همچنین، این موضوع که آزمودنی می‌تواند هر لحظه که بخواهد از مطالعه خارج شود نیز به وی گفته شد. بعد از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، بیماران به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمون (۴۰ نفر) یا کنترل (۴۰ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، سنوات تحصیل، قومیت، وضعیت تاهل، سابقه مصرف دخانیات،مدت سابقه ابتلا به بیماری و شاخص توده بدنی) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (Health-Promoting Lifestyle Profile II) یا HPLP2 بود. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در دو مرحله قبل و سه ماه بعد از مداخله تکمیل شد.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دارای ۵۲ سوال در دو قسمت اصلی و شش زیرمجموعه است که رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را در شش بعد تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۶ گویه)، ورزش (الگوی ورزشی منظم با ۵ گویه)، مسئولیت-پذیری در مورد سلامت (۱۰ گویه)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۷ گویه)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۷ گویه)، و خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی با ۱۳ گویه) اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت است. هر پرسش دارای چهار گزینه "هرگز" با امتیاز ۱، "برخی اوقات" با امتیاز ۲، "اغلب" با امتیاز ۳، و "همیشه" با امتیاز ۴ است. واکر و همکاران (۲۰۱۱) برای این ابزار آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کرده است و برای شش زیرمقیاس آن طیف، آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ متغیر بود. روایی وپایایی این ابزار در ایران تایید شده است. در این مطالعه، پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ محاسبه شد.

در این مطالعه، ابتدا پرسشنامه سبک زندگی در مرحله قبل از مداخله برای هر بیمار تکمیل شد. برای افراد گروه آزمون، طی روزهای بستری، بعد از بررسی بیمار از نظر داشتن آمادگی لازم برای مشارکت در جلسات، آموزش به روش بازخوردمحور در قالب چهار جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی ارائه شد. اولین جلسه آموزش در دومین روز بستری در صورت مناسب بودن شرایط بیمار انجام شد. در این روش، مطالب، به طور آهسته و واضح با زبان ساده و قابل فهم بدون استفاده از اصطلاحات پزشکی با جملات کوتاه توسط پژوهشگر به بیمار آموزش داده شد و بعد از پایان آموزش، از بیمار خواسته شد مطالب را آن گونه که درک کرده است با زبان خودش بازگو نماید. در صورتی که بیمار مطالب را به خوبی درک نکرده بود، مطالب آموزشی تا درک کامل بیمار توسط پژوهشگر تکرار می‌شد. محتوای آموزشی شامل اهمیت اصلاح سبک زندگی، رژیم غذایی، ترک دخانیات، رژیم دارویی، فعالیت‌های جسمی، کنترل وزن، میزان مصرف مایعات، علایم هشداردهنده و نشانه‌های تشدید بیماری، خواب و استراحت، و روش‌های آرمیدگی عضلانی بود. در گروه کنترل، محتوای آموزشی در قالب چهار جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای انفرادی به شیوه معمول آموزش داده شد. در پایان، کتابچه اموزشی منطبق با سئوالات جلسات آموزشی به بیماران گروه آزمون و کنترل داده شد. سه ماه بعد از ترخیص، پرسشنامه

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

سبک زندگی، دوباره توسط دو گروه تکمیل شد، به این صورت که با بیمار در خصوص مراجعه به بیمارستان جهت تکمیل پرسشنامه تماس گرفته شد و در صورت عدم مراجعه، از طریق هماهنگی با بیمار، پرسشنامه در منزل بیمار تکمیل شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS-22 با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای دو تحلیل شدند. بر اساس راهنمای عمومی اخلاق، در این پژوهش، سلامت و ایمنی آزمودنی‌ها در طول پژوهش و بعد از اجرای آن، بر همه مصالح دیگر اولویت داشت و اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و حریم خصوصی آنها در طول پژوهش رعایت گردید. همچنین، به همه سئوالات و دغدغه‌های آزمودنی‌ها، با حوصله و دقت پاسخ داده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه، بیشترین درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه، زن، از قومیت بلوچ، و دارای سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن بودند. میانگین سن بیماران گروه آزمون، ۶۴/۰۵ سال با انحراف معیار ۱۲/۹۷ و میانگین سن بیماران گروه کنترل، ۶۳/۷۵ سال با انحراف معیار ۱۱/۲۹ بود. همچنین، میانگین مدت ابتلا به بیماری برای بیماران گروه آزمون و کنترل، به ترتیب، ۵/۷۲ سال با انحراف معیار ۵/۵۶ و ۵/۳۰ سال با انحراف معیار ۴/۶۴ بود. میانگین سنوات تحصیل بیماران گروه آزمون، ۶/۳۰ سال با انحراف معیار ۳/۱۸ و میانگین سنوات تحصیل بیماران گروه کنترل، ۵/۶۵ سال با انحراف معیار۲/۵۲ بود. دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای مطالعه به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
جنس			
مرد	۱۷ (۴۲/۵)	۱۶ (۴۰/۰)	df=۱, χ^2=۰/۵۰, P=۰/۸۲
زن	۲۳ (۵۷/۵)	۲۴ (۶۰/۰)	
قومیت			
بلوچ	۱۹ (۴۷/۵)	۲۵ (۶۲/۵)	df=۱, χ^2=۱/۸۱, P=۰/۱۷
سیستانی	۲۱ (۵۲/۵)	۱۵ (۳۷/۵)	
سابقه مصرف دخانیات			
دارد	۲۱ (۵۲/۵)	۲۰ (۵۰/۰)	df=۲, χ^2=۱/۰۲, P=۰/۵۹
ندارد	۱۹ (۴۷/۵)	۲۰ (۵۰/۰)	
سابقه ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن			
دارد	۲۴ (۶۰/۰)	۲۶ (۶۵/۰)	df=۲, χ^2=۱/۷۹, P=۰/۷۷
ندارد	۱۶ (۴۰/۰)	۱۴ (۳۵/۰)	

قبل از مداخله، میانگین نمره کل سبک زندگی در گروه آزمون، ۱۱۰/۸۲ با انحراف معیار ۴۸/۹۳، و در گروه کنترل، ۱۰۳/۳۸ با انحراف معیار ۳۷/۲۳ بود که نتیجه آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد (P=۰/۴۵). سه ماه بعد از مداخله، میانگین نمره کل سبک زندگی در گروه آزمون و کنترل، به ترتیب، ۱۳۷/۸۰ با انحراف معیار ۵۴/۳۶ و ۱۱۳/۲۳ با انحراف معیار ۳۷/۸۷ به دست آمد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (P≤۰/۰۰۰۱). قبل از مداخله، میانگین نمره حیطه‌های سبک زندگی دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد، اما بعد از آموزش بازخوردمحور، میانگین نمره حیطه‌های سبک زندگی گروه آزمون، به جز حیطه ارتباطات بین فردی، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (جدول شماره ۲).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب، قبل و بعد از آموزش بازخوردمحور به تفکیک گروه

گروه	آزمون	کنترل	
سبک زندگی و ابعاد/ زمان	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون تی مستقل
مسئولیت‌های بهداشتی			
قبل از مداخله	(۸/۴۳) ۲۰/۲۷	(۶/۵۵) ۲۰/۱۷	df=۷۴, t=۰/۶۱, P=۰/۵۳
سه ماه پس از مداخله	(۹/۶۸) ۲۴/۲۲	(۶/۳۷) ۱۹/۰۷	df=۶۹, t=۲/۷۶, P=۰/۰۰۷
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۰۶	P=۰/۵۹	
فعالیت‌های جسمی			
قبل از مداخله	(۹/۰۰) ۱۵/۲۷	(۷/۲۳) ۱۴/۷۵	df=۷۴, t=۰/۲۸, P=۰/۷۷
سه ماه پس از مداخله	(۹/۷۵) ۲۰/۲۷	(۷/۰۳) ۱۵/۴۷	df=۷۰, t=۲/۵۲, P=۰/۰۱
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۰۷	P=۰/۷۰	
تغذیه			
قبل از مداخله	(۷/۸۷) ۱۹/۱۰	(۵/۶۷) ۱۷/۴۵	df=۷۳, t=۱/۱۳, P=۰/۲۶
سه ماه پس از مداخله	(۸/۳۳) ۲۲/۷۵	(۵/۶۲) ۱۹/۳۰	df=۶۸, t=۲/۱۵, P=۰/۰۳
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۱۰	P=۰/۲۳	
رشد معنوی			
قبل از مداخله	(۸/۶۸) ۱۹/۹۲	(۷/۰۶) ۱۸/۵۶	df=۷۴, t=۰/۷۶, P=۰/۴۴
سه ماه پس از مداخله	(۹/۲۵) ۲۴/۳۰	(۶/۴۸) ۲۰/۴۵	df=۶۹, t=۲/۱۵, P=۰/۰۳
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۰۸	P=۰/۲۶	
ارتباطات بین فردی			
قبل از مداخله	(۸/۴۳) ۲۰/۲۷	(۶/۵۵) ۲۰/۱۷	df=۷۳, t=۰/۵۹, P=۰/۹۵
سه ماه پس از مداخله	(۹/۱۴) ۲۴/۶۲	(۶/۴۶) ۲۱/۲۳	df=۷۰, t=۱/۹۰, P=۰/۰۶
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۰۷	P=۰/۰۶	
کنترل استرس			
قبل از مداخله	(۸/۱۷) ۱۷/۰۵	(۶/۶۱) ۱۶/۱۵	df=۷۴, t=۰/۵۴, P=۰/۵۸
سه ماه پس از مداخله	(۸/۹۹) ۲۱/۶۵	(۶/۷۹) ۱۷/۱۵	df=۷۲, t=۲/۵۲, P=۰/۰۱
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۰۶	P=۰/۵۸	
نمره کل			
قبل از مداخله	(۴۸/۹۳) ۱۱۰/۸۲	(۳۷/۲۳) ۱۰۳/۳۸	df=۷۷, t=۰/۷۵, P=۰/۴۵
سه ماه پس از مداخله	(۵۴/۳۶) ۱۳۷/۸۰	(۳۷/۸۷) ۱۱۳/۲۳	df=۷۷, t=۲/۳۲, P=۰/۰۳
نتیجه آزمون تی زوجی	P=۰/۰۷	P=۰/۳۱	

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بازخوردمحور بر سبک زندگی در افراد مبتلا به نارسایی قلب انجام شد. طبق نتایج این مطالعه، سه ماه پس از اجرای آموزش بازخوردمحور در گروه آزمون، سبک زندگی و حیطه‌های آن، به جز حیطه ارتباطات بین فردی، بهبود می‌یابد که با مطالعه صلواتی و همکاران (۲۰۱۷) در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد و مطالعه نصرآبادی و همکاران (۲۰۱۰) در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی همخوانی دارد. در مطالعه نصرآبادی، گروه آزمون، برنامه آموزشی را در چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی در گروه‌های ۱۰ نفره دریافت نمودند، و نتایج، بهبودی معنی‌داری را در آگاهی و سبک زندگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل نشان داد. در مطالعه کودیات و همکاران (۲۰۰۵)، مداخله آموزشی شیوه

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

زندگی سالم در افراد مبتلا به نارسایی قلبی منجر به کاهش علایم پیش‌رونده بیماری و بهبود کیفیت زندگی شد. آقامحمدی و همکاران (۲۰۱۱) نیز تاثیر آموزش بازخوردمحور بر بهبود کیفیت زندگی را مثبت گزارش کردند. مطالعه زراعتکار و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داد که ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی–رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب تاثیر دارد؛ اگرچه در این مطالعه، شیوه آموزش با مطالعه حاضر تفاوت دارد، اما هر دو شیوه آموزشی بر بهبود سبک زندگی بیماران با نارسایی قلبی تاثیر مثبت داشتند. همچنین، می‌توان به تاثیر آموزش بر بهبود و ارتقای سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۶) و رضایی لویه و همکاران (۲۰۰۹) اشاره کرد که حاکی از تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود؛ اگرچه در مطالعه آنان شیوه آموزش و ابزارهای مورد استفاده با مطالعه حاضر تفاوت دارد، اما هر دو شیوه آموزشی بر بهبود سبک زندگی بیماران با نارسایی قلبی تاثیر مثبت داشتند.

نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعات انجام شده برای بررسی تاثیر شیوه‌های مختلف آموزشی نیز هم‌راستا است، که از جمله می‌توان به مطالعه بکلمن و همکاران (۲۰۱۴) در زمینه آموزش مبتنی بر نیاز بیمار همراه با تغییرات شیوه زندگی در بیماران نارسایی قلبی، مطالعه مرقاتی و همکاران (۲۰۱۶) بر اساس الگوی بزنف درباره عوامل قادرکننده مربوط به سبک زندگی سالم در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و مطالعه زوازاگویلیا و همکاران (۲۰۱۰) در خصوص ارائه برنامه ورزشی اشاره کرد که نتایج مطالعات فوق نشان داد آموزش در بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران موثر بوده است.

در برخی مطالعات نتایج متفاوتی با نتیجه مطالعه حاضر گزارش شده است. در پژوهش کاندولا و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزش بازخوردمحور بر حفظ و ماندگاری اطلاعات در بیماران دیابتی انجام شد، در گروه آموزش بازخوردمحور، تفاوت معنی‌داری در حفظ و ماندگاری اطلاعات ایجاد نشده بود. در مطالعات نیوآل و همکاران (۲۰۰۷) و اسمارتزیس و همکاران (۲۰۱۳)، گزارش شده است که آموزش شیوه سبک زندگی و مهارت‌های غلبه بر استرس نتوانست تفاوت بارزی در بیماران ایجاد کند. در این زمینه می‌توان استدلال کرد که روش مطالعه، جامعه مورد نظر و شیوه‌های متنوع آموزشی می‌توانند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشند. با توجه به وابسته بودن مفهوم سبک زندگی به فرهنگ، نتایج متفاوت مطالعات را می‌توان به این عامل نیز نسبت داد. مطالعه همتی پاک مسلک و همکاران (۱۳۹۶) که با هدف بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی بزنف بر سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد، بعد از مداخله، میانگین نمره کلی سبک زندگی بین دو گروه متفاوت نبود، به عبارتی این آموزش بر سبک زندگی بیماران موثر نبود. همچنین، مطالعه یزدان‌پرست و همکاران (۲۰۱۸) که تاثیر آموزش بازخوردمحور را بر درک از بیماری، آگاهی تغذیه‌ای و تبعیت از رژیم غذایی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بررسی نمودند، تفاوت معناداری در تبعیت از رژیم درمانی بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد.

بوید و همکاران (۲۰۱۸) معتقد است آموزش خودمراقبتی به صورت چندرسانه‌ای می‌تواند در بهبود سبک زندگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی موثر باشد. به عبارتی، استفاده از ابزار و روش‌های ساده و قابل فهم در ارائه آموزش، که منجر به تسهیل فهم و درک بیمار در زمینه خودمراقبتی شود می‌تواند سبب ارتقای سبک زندگی شود. در مطالعه حاضر نیز برنامه آموزشی با تاکید بر نکات ضروری و آموزش بازخوردمحور به طور قابل فهم برای بیماران اجرا شد. در مطالعه حاضر، سه ماه پس از مداخله، نمرات ابعاد سبک زندگی در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌داری داشت، و در بررسی ابعاد شش‌گانه سبک زندگی، به ترتیب حیطه‌های رشد معنوی، فعالیت جسمی، کنترل استرس، ارتباطات بین فردی، مسئولیت‌های بهداشتی، و تغذیه بیشترین بهبودی را داشته است، که نشان‌دهنده تاثیر آموزش بازخوردمحور بر بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است.

یافته‌های این مطالعه با یافته‌های سایر مطالعات نیز هم‌راستا است. مطالعه زینی و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف تعیین تاثیر مدل مراقبت مداوم بر سبک زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام شد و مطالعه فارسی و همکاران (۲۰۱۹) که با هدف تعیین تاثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر مدل پندر بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفت، نشان دادند که استفاده از مدل‌ها و برنامه‌های مراقبتی می‌تواند سبک زندگی را اصلاح کند و منجر به بهبود تمام جنبه‌های سبک زندگی (مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی، تغذیه، فعالیت جسمی، و مسئولیت‌های سلامتی) شود. یافته‌های مطالعه سول و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان‌دهنده تاثیر ارتقای خودکارآمدی بر فعالیت جسمی و رژیم غذایی بیماران قلبی‌عروقی است. نتایج پژوهش دهقانی و همکاران (۲۰۱۵) و کول و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که مداخله آموزشی و حمایتی و مداخلات سبک زندگی می‌تواند بر بعضی از جنبه‌های سبک زندگی، از جمله تقویت فعالیت جسمی، کاهش فشار خون و همچنین، کاهش شاخص چربی و

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

چاقی بیمار تاثیر داشته باشد. اگرچه در مطالعه آنها نحوه مداخله و شیوه آموزش و ابزارهای مورد استفاده با مطالعه حاضر تفاوت داشت، اما همه این شیوه‌های مداخله بر سبک زندگی افراد مبتلا نارسایی قلبی تاثیر مثبت داشتند. در مطالعه حاضر، بعد از اجرای مداخله، میانگین نمره بعد "مسئولیت‌های سلامتی" در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بیشتر بود که با نتایج مطالعه محمدی‌پور و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان تاثیر آموزش مبتنی بر مدل ارتقای سلامت بر شیوه زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ناهمسو است که می‌تواند به علت تفاوت در جامعه پژوهش و شیوه آموزش باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که آموزش بازخوردمحور در بهبود ابعاد کنترل استرس، رشد معنوی، فعالیت جسمی و تغذیه موثر بود که با نتایج مطالعه امیرآبادی‌زاده (۱۳۹۵) در بهبود ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان، مطالعه موسکا و همکـــاران (۲۰۰۸) در افـزایش فعالیـت ورزشی بیماران قلبی، پژوهش امینی و همکاران (۲۰۱۶) در خصوص افزایش فعالیت‌های جسمی، ارتقای رشد معنوی و کنترل استرس در بیماران ایسکمیک قلبی و مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۱۱) در زمینه تاثیر برنامه طراحی‌شده ارتقای سلامت بر مدیریت استرس زنان میانسال همسو است. واحـدیان و همکـــاران (۲۰۱۰) نیز با اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در بیماران مبتلا به سکته قلبی، بهبود سبک زندگی بیماران را در ابعاد تغذیه، خواب، فعالیـت جسمی، توقـف اسـتعمال سیگار و کنترل استرس گزارش کردند، اما رادمهر و همکاران (۲۰۱۲) با بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزشی بر ارتقای سلامت بیماران وسواس جبری گزارش نمودند که دو گروه آزمون و کنترل در دو حیطه رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری تفاوت معنی داری نداشتند. در مطالعه حاضر، در حیطه ارتباطات بین فردی، مداخله موثر نبود که با نتیجه مطالعه بابایی و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی ندارد؛ شاید نوع مداخله آموزشی و طول مدت پیگیری دلیل این تفاوت باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بازخوردمحور برای بیماران مبتلا به نارسایی قلب، سبک زندگی و حیطه‌های آن را به جز حیطه ارتباطات بین فردی بهبود بخشید، به طوری که بعد از بررسی در بازه زمانی سه ماهه، افزایش چشمگیر بهبود سبک زندگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل مشاهده شد. بنابراین، ارایه روش‌های آموزشی مناسب جهت افراد مبتلا به نارسایی قلب علاوه بر بهبود سبک زندگی آنها می‌تواند منجر به ارتقای سطح سلامتی بیماران گردد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده تاثیر سایر روش‌های آموزشی و مقایسه آنها با روش آموزشی بازخوردمحور در بیماران مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، بیماران در بازه زمانی طولانی‌تر تحت نظر قرار گرفته و برنامه آموزشی بر اساس نیازهای هر بیمار تدوین و ارایه گردد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدین وسیله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری وکمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان برای تصویب و اجرای طرح، مدیریت محترم دفتر پرستاری بیمارستان خاتم الانبیاء و امام علی (ع) زاهدان و همکاری صمیمانه افراد مبتلابه نارسایی قلب تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع فارسی

امیرآبادی زاده،زهرا؛شریف زاده، غلامرضا؛مودی، میترا.(۱۳۹۴). کیفیت زندگی زنان میانسال و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت.مجله مراقبت مدرن،۱۳(۳).

امیری،امین؛رخشانی،فاطمه؛ فرمانبر، ربیع اله.(۱۳۹۲). تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی شهر لنگرود. فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه،۱(۴)،۵۴-۴۵.

امینی،رویا؛رجبی،مریم؛امیدی،افسر؛سلطانیان،علیرضا؛اسماعیلی،مهدی.(۱۳۹۵). تاثیر برنامه خود مدیریتی سبک زندگی سالمت محور بر رفتارهای ارتقاء دهنده سالمت مبتالیان به بیماری ایسکمیک قلبی. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان،۲۴(۳)،۱۸۳-۱۷۴.

ایزدی راد،حسین؛مسعودی،غلام رضا؛زارعبان،ایرج.(۱۳۹۴). بررسی اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر مدل بازنف بر رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به فشار خون بالا. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل.۱(۶)،۵۱-۴۲

بابائی،سهراب؛شکیبازاده،الهام؛شجاعی زاده،داوود؛یاسری،مهدی؛محمدزاده،علیرضا.(۱۳۹۸).ارزشیابی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

بهداشتی بر رفتارهای ارتقادهنده سبک زندگی سالم در افراد مستعد بیماری قلبی-عروقی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. ۸(۳) ۲۳۹-۲۲۴.

بالجانی،اسفندیار؛رحیمی،ژاله؛حیدری،شیوا؛افسانه عظیم پور،افسانه.(۱۳۹۱). تاثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی- عروقی. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان.۲۰(۳)،۶۷-۵۸.

حیدری،فاطمه؛ کرمانشاهی، سید محمدخان ؛وانکی، زهرا ؛ کاظم نژاد، علی.(۱۳۹۰). بررسی تأثیر برنامه ارتقای سلامت بر مدیریت استرس در زنان میانسال. مجله پژوهش پرستاری ایران.۶(۲۲)،۲۳-۱۶.

دهقانی،روح الله؛ یونسیان،مسعود؛صحرائیان،محمدعلی؛گیلاسی،حمیدرضا؛کاظمی مقدم،وحید.(۱۳۹۴). بررسی میزان پراکنده سازی مولتیپل اسکلروزیس در ایران و ارتباط آن با شهرنشینی، سبک زندگی و صنعت. مجله ایرانی بهداشت عمومی.۴۴(۶)،۸۳۸-۸۳۰.

دهقانی،علی؛بهاستین،سانجیو کومار؛دویودی،شریدهار؛مالهوترا،راجیو کومار.(۱۳۹۴). تأثیر مداخله جامع سبک زندگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن قلب. مجله جهانی علوم سلامت.۷(۷)،۱۲-۶.

رادمهر،مریم؛ اشک تراب،طاهره؛نیسی،لیلا.(۱۳۹۲). تأثیر اجرای برنامه آموزشی بر ارتقای سلامت بیماران وسواس جبری: بر پایه الگوی پندر. فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران.۲(۲)،۶۳-۵۶.

رضایی لویه،حبیب الله؛دالوندی،اصغر؛حسینی،محمدعلی؛رهگذر،مهدی.(۱۳۸۸).تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی.مجله توانبخشی.۱۰(۲)،۲۶-۲۱

زراعتکار،مرضیه؛رحیمیان بوگر،اسحاق؛طالع پسند،سیاوش؛امین،احمد.(۱۳۹۴).اثربخشی مداخله ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب.مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.۲۳(۱۱)،۱۱۰۷-۱۰۹۴.

زینی،مجتبی؛ فاصله جهرمی،محسن؛سبزواری،سکینه.(۱۳۹۷). تأثیر مدل مراقبت مستمر بر سبک زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی. مجله - جراحی پزشکی.۶(۲)،۸-۱.

سیفی، لیلا ؛ نجفی قزلجه، طاهره ؛حقانی، حمید.(۱۳۹۶). مقایسه تأثیر روش آرامسازی عضلانی بنسون و صدای طبیعت بر اضطراب مبتلایان به نارسایی قلب. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه.۱۵(۲)،۱۵۸-۱۴۷.

صلواتی،محسن؛ خطیبان ،مهناز؛ مقدری کوشا،بهناز؛ سلطانیان،علیرضا.(۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش به روش بازخوردمحور بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد.مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان.۲۵(۱)،۸-۱.

فارسی،زهرا؛چهری،مسعود؛زارعیان،آرمین؛سلطان نژاد،فاطمه.(۱۳۹۸). بررسی تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر مدل پندر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت و خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.۲۵(۲)،۱۲۲-۱۰۶.

فرقدانی،زهرا؛طاهری خرامه، زهرا ؛امیری مهر،علیرضا؛منتظری، علی.(۱۳۹۷). بررسی رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتال به نارسایی قلبی.مجله پژوهشکده ی علوم بهداشتی جهاددانشگاهی.۱۷(۴)،۳۷۹-۳۷۱.

کریمی،طوبی؛صفاری،محسن؛سنایی نسب،هرمز؛خلجی ،کاظم؛حسن آبادی،مهدی.(۱۳۹۴). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت.۳(۴)،۳۸۰-۳۷۰.

کریمی مونقی،حسین؛ دلیر،زهرا.(۱۳۹۵). روش بازخوردمحور در آموزش به بیمار. مجله گامهای توسعه در آموزش پزشکی.۱۳(۶)،۶۴۳-۶۴۰.

محمدی،مینا؛معماری،اشرف الملوک؛شبان،مرضیه؛مهران،عباس؛یاوری،پروانه؛سالاری فر،مجتبی.(۱۳۸۹). مقایسه تأثیر دو روش آموزش رایانه ای و چهره به چهره بر تبعیت از رژیم غذایی بیماران پس از سکته قلبی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران،۱۶(۳)،۸۵-۷۷.

محمدی پور،فاطمه؛ایزدی،احمد؛سپهوند،فریبا؛ نادری فر،مهین.(۱۳۹۳). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل ارتقاء سلامت پندر بر شیوه زندگی بیماران دیابتی نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل.۲(۴)،۳۵-۲۵.

مرقاتی،سیده زهرا؛همتی مسلک پاک، معصومه ؛ دیدارلو،علیرضا؛ قره آغاجی،رسول.(۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی بزنف بر نگرش، هنجارهای ذهنی، قصد رفتاری و عوامل قادرکننده مربوط به سبک زندگی سالم در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه.۴(۱۰)،۸۲۹-۸۲۲.

نصرآبادی،طاهره؛ گودرزی زاده،نفیسه؛ شهرجردی،علیرضا؛همتا،احمد.(۱۳۸۹).بررسی تاثیرآموزش برسبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری های ایسکیمی قلبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران.۲۰(۷۹).۷۹-۷۲.

واحدیان عظیمی،امیر؛ الحانی،فاطمه؛ گوهری مقدم ،کیوان؛ مدنی،سید جلال؛ نادری ،علی؛حاجی اسماعیلی، محمدرضا.(۱۳۹۴). تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی.مجله آموزش پرستاری.۴(۱)،۲۲-۸.

همتی پاک مسلک،معصومه؛ مرقاتی،سیده زهرا؛ دیدارلو،علیرضا.(۱۳۹۶). بررسی تاثیرمداخله آموزشی مبتنی بر الگوی بزنف بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری نارسایی قلبی. مجله پژوهشکده ی علوم بهداشتی جهاددانشگاهی.۱۶(۴)،۵۱۰-۵۰۱.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

یزدانپرست ، الناز ؛ داودی ، ملیحه؛ صفوی نژاد ،مرضیه؛ قربانی ، سید حسن؛ ندیمی ،سحر؛ رضوانی دهاقانی ، بهاره.(۱۳۹۷). تأثیر به کارگیری راهبرد آموزشی بازخوردمحور بر درک از بیماری، آگاهی تغذیه ای و تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون. نشریه پرستاری قلب و عروق.۷(۳)،۳۸-۳۰.

منابع انگلیسی

Aggelopoulou Z, Fotos NV, Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Elefsiniotis I, Brokalaki H. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. Applied Nursing Research. 2017;34:52-6.

Bekelman DB, Hooker S, Nowels CT, Main DS, Meek P, McBryde C, et al. Feasibility and acceptability of a collaborative care intervention to improve symptoms and quality of life in chronic heart failure: mixed methods pilot trial. J Palliat Med 2014; 17(2): 145-51.

Benjamin,Griggs, Wing, Fitz. Andreoli & Carpenter's , Cecil essentials of medicine - ninth edition - cardiology. 2016.

Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. Nursing research. 2000;49(3):139-45.

Boyde M, Peters R, New N, Hwang R, Ha T, Korczyk D. Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: a randomised controlled trial. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2018;17(2):178-85.

Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(12). Centrella-Nigro AM, Alexander C. Using the teach-back method in patient education to improve patient satisfaction. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2017;48(1):47-52.

Cole JA, Smith SM, Hart N, Cupples ME. Systematic review of the effect of diet and exercise lifestyle interventions in the secondary.

Dickson VV, Deatrick JA, Riegel B. A typology of heart failure self-care management in non-elders. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2008;7(3):171-81.

Dickson VV, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure selfcare. Heart & lung : the journal of critical care. 2009;38(3):253-61.

Janice LH, Kerry HC. Brunner & Suddarth's textbook Medical - Surgical Nursing 14th Adition. 2017.

Kandula NR, Malli T, Zei CP, Larsen E, Baker DW. Literacy and retention of information after a multimedia diabetes education program and teach-back. Journal of health communication. 2011;16 (sup3):89-102. DOI: 10.1080/10810730.2011.604382.

Kodiath M Kelly A,Shively M,Improving quality of life in patients with heart failure:an innovative behavioral intervention. J Cardiovasc Nurse 2005;20(1):43-8.

Mosca L, Mochari H, Liao M, Christian A H, Edelman D J, Aggarwal B. A novel familybased intervention trial to improve heart health: Fit heart results of a randomized controlled trial. Circ Cardiovasc Qual Out comes 2008; 1(2): 98– 106.

Newall EG, Lever NA, Prasad S, Hornabrook C, Larsen PD. Psychological implications of ICD implantation in a New Zealand population. Europace 2007; 9(1): 20-4.

Sol BGM, Graaf YV, Petersen RV, Visseren FLJ. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. Eur J Cardiovascular Nurs 2010; 10:1–7.

Whitaker-Brown CD, Woods SJ, Cornelius JB, Southard E, Gulati SK. Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2017;46(2):79-84.

White M, Garbez R, Carroll M, Brinker E, Howie-Esquivel J. Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? J cardiovasc Nurs 2013; 28(2): 137-146.

Walker SN,Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ (1988). Health-promoting life styles of older adulths: comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Adv Nurs Sci, 11, 76-90.

Zuazagoitia A, Grandes G, Torcal J, Lekuona I, Echevarria P, Gómez MA, et al. Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The eficar study protocol. BMC Public Health 2010; 10 (1): 33.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

Original Article

The effect of teach-back method on lifestyle of people with heart failure

Hediyeh Mesbahi[1], MSc Student
*** Fatihe Kerman Saravi[2], PhD**
Farnoosh Khojasteh[3], MSc

Abstract

Aim. This study was conducted to examine the effect of teach-back training on lifestyle of people with heart failure.

Background. Lifestyle is a determining factor in the development and progression of cardiovascular disease, so the patient's adherence to therapeutic regimen (medication, diet, and physical activity) guarantees a healthy lifestyle.

Method. This quasi-experimental study was conducted on 80 individual with heart failure who were admitted to the coronary care units (CCUs) and post coronary care units (PCCUs) of teaching hospitals affiliated to Zahedan University of Medical Sciences, Iran, in 2019. The patients were selected using the convenience sampling method and randomly placed into intervention and control groups. The tools used to collect the data included a demographic information form and Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) questionnaire (HPLP2). The lifestyle questionnaire was completed by the participants in both groups in two stages, before and three months after the intervention. In the intervention group, lifestyle promotion training was performed individually using a teach-back method in 4 sessions, each lasting 30 to 60 minutes. Participants in control group received conventionally lifestyle promotion training. The data were analyzed using SPSS-22 software via the independent samples t-test, paired samples t-test, and chi-square test.

Findings. There was no statistically significant difference between groups in terms of demographic characteristics. Before intervention, no statistically significant difference was found between the mean score of total lifestyle, in the intervention and control group (110.82±48.93 and 103.38±37.23, respectively). (P=0.45). Three months after intervention, the mean score of total lifestyle in intervention group was significantly higher than that of control group (137.80±54.36 against 113.23±37.77) ($p \leq 0.0001$). After intervention, the mean score of domains of lifestyle in the intervention group (except for interpersonal communication domain) were significantly higher than that of control group.

Conclusion. The results of the present study showed that teach-back training promoted lifestyle and its domains (except for interpersonal communication domain) in people with heart failure. It is recommended that nurses use this training method to improve lifestyle in people with heart failure.

Keywords: Heart failure, Life style, Teach-back method

1 Master of Science Student in Medical-Surgical Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2 Assistant Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
(*Corresponding Author) email: f_kermansaravi@yahoo.com
3 Instructor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]