pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

# بررسی تاثیر به کارگیری استراتژی ارتباطی Teach Back بر ارتقاء ابعاد نگرشی بیماران دیابتی نوع ۲

مژگان جوکار[۱]، خدایار عشوندی[۲]، زهرا سیفی[۳]، **سمیه پاکی*[۴]**

۱. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش داخلی – جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، عضو مرکز تحقیقات مراقبت مادر و نوزاد دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش داخلی – جراحی)، داشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران
۴. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش سلامت جامعه)، گروه پرستاری سلامت جامعه داشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**نویسنده مسئول:** سمیه پاکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان **Somayeh.paki@nm.mui.ac.ir**

## چکیده

**مقدمه و هدف:** با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و مواجه شدن فرد مبتلا با شرایط و مشکلات روزانه در امر مراقبت تقویت نگرش بیماران دیابتی بسیار با اهمیت می باشد. لذا هدف این مطالعه بررسی تأثیر به کارگیری استراتژی ارتباطیTeach Back بر ارتقاء ابعاد نگرشی بیماران دیابتی نوع۲ بود.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی بود که بر روی ۷۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر کدام ۳۵ نفر) تقسیم شدند و برنامه آموزشی طبق روش Teach Back در ۴ جلسه برای گروه آزمون انجام شد. داده های مربوط به یک ماه قبل و یک ماه پس از اتمام مداخله با استفاده از پرسشنامه، مصاحبه و خود گزارش دهی جمع آوری و جهت تحلیل داده ها از آزمون های کای دو، تی زوجی و مستقل و SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که نگرش کلی هر دو گروه آزمون و کنترل در مرحله دوم اندازه گیری افزایش معنی‌داری داشته است. علاوه بر این آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را در نگرش کلی قبل از مداخله، در بیماران گروه آزمون و کنترل نشان نداد (۰/۰۵ <p). در حالی که همین آزمون بیان گر تفاوت معنی‌دار نگرش کلی بعد از مداخله، بین بیماران گروه آزمون و کنترل بود (۰/۰۵ >P).

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به اینکه ارتباط هدفمند بیمار و پرستار از مباحث اصلی و حرفه ای پرستاری است می توان گفت به کارگیری روش های ارتباطی بیمار محور می تواند با ارتقاء نگرش بیماران و پیامد های مثبت مراقبتی همراه باشد.

**کلید واژه ها:** دیابت نوع دو، خود مراقبتی، Teach Back

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: www.zbmu.ac.ir/jdn |
| | **How to site this article:** Jokar M, Oshvandi K, Seifi Z, Paki S. The Effect of Teach-back Communication Strategy on Improving Attitude Components of Type II Diabetic Patients: A Clinical Trial Study. J Diabetes Nurs. 2016; 4 (4) :30-42 |

**تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۱۵**
**تاریخ پذیرش:۹۵/۹/۱۶**



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

## مقدمه و هدف

با توجه به شیوع بیماری دیابت و هزینه‌هایی که این بیماری بر سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌نماید، کنترل بیماری دیابت و پیشگیری از عوارض ناتوان کننده آن و کنترل قند خون و تلاش برای حفظ آن در محدوده ی مطلوب به عنوان یک ضرورت الزامی است (۱). در همین راستا یکی از راه های دسترسی به این هدف انجام رفتارهای خود مراقبتی توسط بیمار می باشد (۳-۲). اگرچه در فرایندهای خود مراقبتی و خود مدیریتی بیماری های مزمن بیماران علاوه بر درک موقعیت خود باید آگاهی و مهارت‌های اولیه و پایه‌ی مورد نیاز راداشته باشند، اما داشتن اطلاعات و آگاهی به تنهایی برای انجام رفتارهای مراقبت از خود کافی نیست، بلکه طرز تفکر و نگرش در مورد یک بیماری عامل مهمی در انجام دادن یا ندادن یک اقدام محسوب می‌شود و این نگرش و تفکرات است که منجر به بروز عمل می‌شود (۴). چنان که در مطالعه‌ای که توسط گاگلیاردینو (Gagliardino) در ارتباط با تأثیر آموزش بر ارتقاء نگرش بیماران نسبت به بیماری انجام شد نتایج نشان داد که آموزش با ارتقاء نگرش بیماران، باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی شده است (۵). لذا ارتقاء نگرش یکی از عوامل مهم در ارتقای خود مراقبتی است که با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و مواجه شدن روزانه بیمار با شرایط و مشکلات مربوط به مراقبت از آن با اهمیت بوده و نشان دهنده‌ی رسیدن به هدف توانمند سازی بیماران در امر اجرایی رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی می‌باشد (۶). بنابراین در این مطالعه نیز سعی شده تا تاثیر به کارگیری روش TB (حلقه ی بسته) به عنوان یک روش تعاملی- آموزشی بیمار محور با تمرکز بر ویژگی های مطلوب از جمله راهکاری جهت حذف فاصله ی ارتباطی بیمار و مراقبین بهداشتی (که پیامد های منفی در روند بهبود و کنترل بیماری ها دارد)، محور قرار دادن بیمار و توانایی آن، امکان استفاده از روش ها و امکانات آموزشی مختلف و تغییر آن با توجه به بازخورد گرفته شده از بیمار در طی چند مرحله، امکان تلفیق آموزش های اصولی با تجارب بیمار به صورت مستقیم، ایجاد فرصتی برای بهبود و ارتقاء آموخته ها در کنار مراقبین بهداشتی هم چنین در نظر گرفتن سطح سواد بهداشتی بیماران بر ابعاد نگرشی بیماران دیابتی نوع ۲ مورد بررسی قرار گیرد.

## مواد و روش ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود که در بیمارستان شهید بهشتی همدان با شرکت ۷۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو (پس از کسب تأییدیه اخلاقی) انجام شد. حجم نمونه با اعتماد ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد و بر اساس مطالعات انجام شده (۷) محاسبه گردید. با استفاده از نمونه گیری در دسترس، و بر اساس معیارهای ورود (برای اولین بار تحت درمان با انسولین قرار گرفته و با توجه به فرم نیاز سنجی اورم نیاز به مداخله‌ی پرستاری حداقل در ۳ مورد از نیازهای خود مراقبتی داشته‌اند) و معیارهای خروج (وجود سابقه‌ی بیماریهای از قبیل سکته مغزی، سکته قلبی و تومورهای بدخیم، مصرف مواد روان گردان، اختلالات گفتاری و شنوایی)، و پس از توضیحات کلی در مورد مطالعه و اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از بیماران جهت شرکت در پژوهش؛ افراد مورد مطالعه به دو گروه آزمون (n=۳۵) و کنترل (n=۳۵) تقسیم شدند. پس از تصویب طرح در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و کمیته اخلاق، نمونه گیری انجام شد. جهت جداسازی بیماران دو گروه از یکدیگر و پیشگیری از نشت داده‌ها ابتدا افراد گروه آزمون انتخاب شدند و هر بیماری که تازه بستری می‌شد و معیارهای ورود به مطالعه را داشت وارد گروه آزمون می‌شد تا زمانی که حجم مورد نظر (۳۵ نفر) انتخاب شد. سپس به همین ترتیب افراد گروه کنترل انتخاب شدند.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

**روش و مراحل مداخله**

۱- مرحله‌ی اول: بررسی و شناخت نیازهای خودمراقبتی که توسط فرم بررسی پرستاری براساس الگوی اورم، پرسشنامه آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت انجام گردید. پرسشنامه نیاز سنجی بر اساس چهارچوب طراحی شده فرم نیاز سنجی که اورم توسط معماریان (۹) طراحی شده است و شامل سوالاتی در شش حیطه‌ی اطلاعات فردی، اطلاعات مربوط به بیماری، تاریخچه بیماری‌های قبلی، نیازهای مراقبت از خود همگانی، الگوهای معمول بهداشتی و نیاز انحراف از سلامت می باشد.

۲- مرحله‌ی دوم شامل تعیین نیازهای خودمراقبتی و تعیین اهداف خودمراقبتی براساس نیازهای خودمراقبتی بود. در کل برای تمامی مباحث آموزشی ۱۰۵ هدف تعیین شده بود، برای جلسه‌ی اول ۳۸ هدف، جلسه ی دوم۲۳هدف، جلسه‌ی سوم ۲۳، جلسه ی چهارم ۲۱ هدف که با توجه به هر بیمار و نیاز آنها اهداف تعدیل می گردید.

۳- مرحله‌ی سوم شامل برنامه ریزی سیستم آموزشی-حمایتی (مبتنی بر الگوی پرستاری اورم) جهت ارائه مراقبت پرستاری بر اساس نیازهای آموزشی بیماران دیابتی نوع ۲ براساس مطالعات متون علمی و استانداردهای مراقبت‌های پرستاری تدوین گردید (۱۰).«برنامه خود مراقبتی کلی» تدوین شده در برگیرنده‌ی مطالب آموزشی– حمایتی بود که هم در برگیرنده مباحث تئوری (تعریف بیماری دیابت و انواع آن، آموزش در زمینه‌ی چگونگی انجام آزمایشات، چگونگی کنترل عوارض زودرس مانند هیپوگلایسمی و هیپرگلایسمی و عوارض دیررس دیابت مانند رتینوپاتی، نفروپاتی، نروپاتی عوارض قلبی عروقی، مراقبت از پاها، رعایت رژیم غذایی مناسب مانند نوع غذای مصرفی، تعدیل وزن، رعایت رژیم دارویی مانند زمان و مقدار صحیح استفاده از داروهای کاهنده‌ی قند خون، نحوه‌ی تزریق انسولین و کنترل قند خون، آموزش تغییرات لازم در سبک زندگی چون ترک سیگار و چگونگی تحرک فیزیکی مانند پیاده روی منظم، نکات قبل از انجام ورزش در افراد دیابتی) و هم مباحث عملی مانند کنترل قند خون، نحوه‌ی تزریق انسولین بود. «برنامه خود مراقبتی کلی» تدوین شده با توجه به نیازهای خودمراقبتی هر آزمودنی که از مرحله ی نیازسنجی استخراج شده بود، تبدیل به «برنامه‌ی خود مراقبتی تعدیل شده» گردید.

۴- مرحله‌ی چهارم شامل اجرای برنامه خود مراقبتی تعدیل شده بود که طی چهار جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای تدریس شد. در جلسه‌ی اول بیماران در مورد دیابت، انواع و عوارض آن آموزش می‌دیدند. جلسه‌ی دوم در مورد ورزش و تاثیر آن بر دیابت و هم چنین مهارت‌های تغذیه‌ای، در جلسه‌ی سوم در مورد داروها و رژیم دارویی و چگونگی مراقبت از پاها و آزمایشات مربوط به دیابت و در جلسه‌ی آخر در مورد مهارت‌هایی چون چگونگی تزریق انسولین و نحوه‌ی کار با دستگاه‌های کنترل قند خون آموزش دریافت می‌کردند. آموزش خود مراقبتی به صورت انفرادی و چهره به چهره و به کمک تجهیزات کمک آموزشی چون فلیپ چارت، فیلم-های آموزشی، مولاژ و ماکت‌های آموزشی نظری و عملی صورت می‌گرفت. در آموزش مباحث عملی پس از دیدن فیلم آموزشی و تاکید روی موارد کلیدی ، آموزش دهنده بر روی ماکت نکات آموزشی را به بیمار انتقال می‌داد، سپس بیمار همان عمل را روی ماکت انجام می‌داد. آموزش عملی به صورت واقعی بر روی بیمار، توسط خود فرد نیز صورت پذیرفت. لازم به ذکر است که مهارت‌های عملی علاوه بر اینکه بر ماکت صورت می‌گرفت، به صورت واقعی بر بالین بیمار نیز انجام می‌شد. جهت حمایت بیشتر در فواصل بین جلسات نیز از طریق تلفن و حضور در مرکز آموزشی پیگیری گروه تجربه توسط پژوهشگر صورت می‌پذیرفت. هم چنین در پایان جلسات آموزشی دفترچه‌های آموزشی دیابت در اختیار بیماران گروه آزمون قرار می‌گرفت. آموزش در هرجلسه براساس روش TB صورت می‌پذیرفت که خود شامل (مرحله پیش آزمون، هدف گذاری، اجرای فرایند آموزش، ارزشیابی و تصمیم گیری جهت تکرار مراحل فوق



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

براساس یادگیری بیمار و اهداف آموزشی تدوین شده) بود. مرحله پیش آزمون TB از سوالات باز براساس اهداف هر جلسه و چک لیست‌های مشاهده مهارت خود مراقبتی (تزریق انسولین و کار با گلوکومتر) استفاده گردید. چک لیست مشاهده‌ای مهارت تزریق انسولین شامل: مراحل آماده کردن تجهیزات لازم، شستن دستها، کشیدن صحیح دوز مناسب، انتخاب مکان صحیح، تزریق صحیح و خارج سازی سرنگ و دفع صحیح آن بود. چک لیست مشاهده ای مهارت کنترل قند خون نیز شامل مراحل آماده کردن تجهیزات لازم، شستن دستها، نحوه‌ی راه اندازی گلوکومتر، آماده کردن نوار و قلم انسولین، انتخاب مکان صحیح، گرفتن نمونه صحیح، درست خواندن و یادداشت کردن میزان قند خون و تمیز سازی دستگاه بود. پژوهشگر در این مرحله از TB برای هر بیمار وضعیت موجود نیازهای خودمراقبتی و میزان نیاز به آموزش نظری عملی را مشخص می‌کرد. مدت زمان این مرحله ۱۰ دقیقه طول می‌کشید. به طور مثال یکی از اهداف تعیین شده در آموزش تئوری در جلسه‌ی اول این بود که مددجو بتواند علائم افزایش قند خون را نام ببرد. اگر از بیمار در مرحله‌ی پیش آزمون TB با استفاده از سئوال باز طراحی شده که در راستای اهداف تعیین شده در مرحله‌ی دوم می‌باشد سئوال شود که: (چگونه متوجه بالا رفتن قند خون خود می‌شوید؟) در صورتی که بیمار در بین گفته‌های خود به علائم هایپرگلایسمی اشاره نکرد مرحله‌ی دوم TB صورت می پذیرد. در مرحله هدف گذاری TB، برای هر بیمار، براساس پیش آزمون، اهداف رفتاری در حیطه‌های شناختی و روانی- حرکتی برای هرجلسه تعیین می‌شد. مثلاً بیمار بتواند حداقل ۳ مورد از مهم ترین علائم افزایش قند خون را بشناسد و یا در آموزش عملی، بیمار بتواند به مدت ۲ دقیقه یک تزریق با دوز صحیح (۶ واحد) در مکان صحیح (شکم) بر روی ماکت را نشان دهد. در مرحله ارزشیابی TB پس از آموزش، با استفاده از سوالات باز طراحی شده از بیمار بازخورد گرفته شد و میزان مهارت فرد با همان چک لیست‌های مشاهده‌ای مهارت سنجش می‌شد. در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده عدم دستیابی به اهداف رفتاری تعیین شده برای وی بود، TB وارد مرحله بعدی می‌شد. مرحله بعدی TB شامل تصمیم گیری جهت تکرار مراحل فوق براساس یادگیری بیمار و اهداف آموزشی تدوین شده بود. در این مرحله آموزش با توجه به آنچه که بیمار بیان نکرده یا نشان نداده است، دوباره تکرار می‌شد. تمام مراحل در هر جلسه تکرار می‌شد. ضمناً در هر جلسه، قبل از شروع آموزش با استفاده از سؤالات باز و چک لیست‌های مربوط به جلسه‌ی قبل، مطالب آموزشی قبلی به صورت مختصر توسط فرد آموزش دهنده و بیمار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت لزوم با تمرکز بر نکات مهم ، مرور آگاهی و مهارت عملکردی مورد نظر انجام می‌پذیرفت.

۵- مرحله‌ی پنجم ارزشیابی براساس پرسشنامه‌های آگاهی و نگرش افراد مبتلا به دیابت مجدد انجام گردید. لازم به ذکر است که آموزش عملی به صورت واقعی بر روی بیمار، توسط خود فرد نیز در طی مدت بستری انجام شد. به منظور هدایت و حمایت بیشتر، در فواصل بین جلسات و بعد از ترخیص نیز پیگیری گروه آزمون توسط پژوهشگر از طریق حضور در مرکز آموزشی، تماس تلفنی، دادن کتابچه های آموزشی انجام گردید. افراد گروه کنترل تحت آموزش معمول قرار داشتند که عبارت بود از ۲۰ دقیقه آموزش در مورد نحوه ی تزریق انسولین، عوارض زودرس دیابت، زمان-های کنترل قند خون، توسط پرستاران و ۱۵-۲۰ دقیقه مشاوره‌ی تغذیه‌ای توسط کارشناس تغذیه به همراه ارایه یک پمفلت آموزشی قبل از ترخیص به بیماران داده می شد. بعد از انجام پس آزمون و جمع آوری داده ها به تمامی افراد گروه کنترل کتابچه‌ی و سی دی آموزشی تدوین شده داده شد هم چنین ۲ جلسه‌ی آموزشی نیز برای این گروه در کلاس آموزشی بخش غدد بیمارستان برگزار گردید. آگاهی با استفاده از پرسشنامه‌ی خود ساخته‌ی محمودی (۱۱) سنجش گردید که شامل ۲۴ سوال با گزینه های بله، خیر و نمی‌دانم می‌باشد. نحوه نمره دهی بدین صورت بود



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

که در صورت پاسخ صحیح شرکت کننده امتیاز یک و در صورت پاسخ نادرست و نمی‌دانم نمره صفر محاسبه می شود. در مجموع دامنه نمرات بین صفر الی ۲۴ قرار می‌گیرد. نگرش بیماران نیز با پرسشنامه نگرش نسبت به بیماری دیابت براساس پرسشنامه‌ی ایرانی نگرش دیابت که توسط مهجوری و همکارانش(۱۳۹۰) روا و پایا (۰/۷۸) شد(۱۲) ارزیابی شده است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و شامل پنج زیر مقیاس نیاز به تعلیمات یا آموزش ویژه (۵ سوال)، شدت و جدی بودن ابتلا به دیابت (۷ سوال)، ارزش کنترل شدید (۷ سوال)، تاثیر روانی-اجتماعی دیابت (۶ سوال)و خود مختاری بیمار (۸ سوال) می‌باشد. طبق راهنمای این پرسشنامه در صورتی که ۱۵ درصد آیتم‌ها (۴ سوال یا بیشتر)، بی‌جواب گذاشته شده باشند، پرسشنامه بی‌اعتبار و غیرقابل تفسیر است. نحوه نمره دهی بدین صورت انجام می گیرد: کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳ ، مخالفم = ۲، کاملاً مخالفم = ۱. سوالات شماره ۲، ۳، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۳، ۲۶، ۲۸ برعکس نمره‌گذاری می‌شوند(کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵). نمره هر زیرمقیاس از جمع نمرات سوالات همان زیرمقیاس تقسیم بر تعداد آیتم‌های پاسخ داده شده به دست می آید. پرسشنامه‌ی آگاهی و نگرش افراد دیابتی قبل و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل، از طریق مصاحبه و خود گزارش دهی در درمانگاه بیمارستان شهید بهشتی همدان تکمیل شد. روایی و پایایی پرسشنامه های آگاهی توسط محمودی (۱۱) و نگرش توسط مهجوری سنجیده شده بود.

علاوه بر این مجدداً روایی محتوا پرسشنامه از نظر مناسبت، شفافیت و جامعیت با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، یک پزشک فوق تخصص غدد و یک متخصص تغذیه تایید گردید. پایایی پرسشنامه آگاهی و نگرش افراد دیابتی به ترتیب۰/۸۴۴ و ۰/۷ کرونباخ بر آورد گردید. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و از میانگین، واریانس، نسبت و جداول توزیع فراوانی برای توصیف داده‌ها و از آنالیز کو واریانس برای مقایسه‌ی اثر آموزش در دو گروه با رویکرد تعدیل آگاهی اولیه افراد و هم چنین از آزمون تی زوجی برای مقایسه‌ی آزمون افزایش یا کاهش آگاهی و نگرش افراد قبل و بعد از مداخله، هم چنین از آزمون تی مستقل جهت مقایسه نگرش بیماران دیابتی قبل و بعد دو گروه استفاده شده است. به منظور پیشگیری از تورش در مطالعه کلیه پرسشنامه‌های توسط فرد دیگری که از گروه بندی آزمودنی ها بی اطلاع بود به کامپیوتر وارد گردید. سطح معنی داری آزمون ها کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده ها از آزمون های کای دو، تی زوجی و مستقل استفاده شد.

**یافته ها**

جدول ۱ بیانگر مشخصات دموگرفیک شرکت کنندگان در دو گروه آزمون و کنترل می‌باشد. نتایج حاصل از آزمون کای دو در این جدول نشان می دهد که دو گروه مطالعه از نظر اطلاعات فردی یکسان می باشند (p> ۰/۰۵).



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

**جدول ۱: مقایسه برخی از خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در گروه آزمون و گروه کنترل**

| گروه مطالعه<br>خصوصیات | | گروه آزمون<br>[n (%) ] | گروه کنترل<br>[n (%) ] | نتایج |
|---|---|---|---|---|
| عمومی | مرد | ۹(۲۵/۷) | ۱۰(۲۸/۶) | $\chi^2$=۰/۷۲ |
| | زن | ۲۶(۷۴/۳) | ۲۵(۷۱/۴) | ۰/۷۸۸P= |
| تحصیلات | بله | ۲۱(۶۰) | ۱۹(۳/۵۴) | $\chi^2$=۱/۸۰ |
| | خیر | ۱۴(۴۰) | ۱۶(۷/۴۵) | P=۰/۷۷۱ |
| شغل | شاغل | ۱۰(۲۸/۶) | ۱۰(۲۸/۶) | $\chi^2$=۰/۰۰ |
| | بیکار | ۲۵(۷۱/۴) | ۲۵(۷۱/۴) | P=۱/۰۰ |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۶(۱۷/۲) | ۹(۲۵/۷) | $\chi^2$=۰/۸۶۴ |
| | متأهل | ۲۹(۸۲/۹) | ۲۶(۴۷/۲) | P=۰/۸۳۴ |
| درآمد خانواده | ۳۰۰۰۰۰< | ۱(۲/۹) | ۴(۱۱/۴) | |
| | ۶۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ | ۱۳(۳۷/۱) | ۱۵(۴۲/۲ | $\chi^2$=۵/۹۷ |
| | ۹۰۰۰۰۰-۶۰۰۰۰۰ | ۱۷(۴۸/۶) | ۱۶(۴۵/۷) | P=۰/۱۱۳ |
| | ۹۰۰۰۰۰< | ۴(۱۱/۴) | -- | |
| سابقه خانوادگی دیابت | بله | ۳۴(۹۷/۱) | ۳۱(۸۸/۶) | $\chi^2$=۱/۹۳ |
| | خیر | ۱(۲/۹) | ۴(۱۱/۴) | P=۰/۱۶۴ |
| سابقه مصرف دخانیات | | ۵(۱۴/۳) | ۵ (۱۴/۳) | $\chi^2$=۰/۰۰<br>P=۱/۰۰ |
| سابقه دیابت (سال) | | SD±Mean | SD±Mean | T=۰/۳۲۹ |
| | | ۶/۴۵±۴/۱۹ | ۶/۵۴±۴/۴۴ | P=۰/۹۳۴ |
| میانگین سنی(سال) | | ۵۷/۵۱±۹/۷ | ۵۶/۶۵±۱۱/۴ | T=۰/۲۰۷<br>P=۰/۲۶۳ |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

**جدول ۲: مقایسه نمره آگاهی و نگرش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و گروه کنترل**

| Self-care behavior | گروه مداخله SD±Mean | کروه کنترل SD±Mean | Reduced variance test P-Value | |
|---|---|---|---|---|
| آگاهی بیماران | | | | |
| قبل از مداخله | ۸/۵۴±۴/۵۶ | ۱۱/۰۰±۵/۰۴ | P<۰/۰۰۱ | |
| بعد از مداخله | ۱۷/۹۷±۲/۶۷ | ۱۳/۴۸±۳/۱۹ | | |
| Test T | P<۰/۰۰۱ | P<۰/۰۰۱ | | |
| نیاز آموزشی | | | Independent t-tests | P-Value |
| قبل از مداخله | ۴/۱۲±۰/۴۵ | ۳/۸۲±۰/۵۰ | T=۲/۵۶ | P=۰/۰۱۲ |
| بعد از مداخله | | | T=۳/۰۹ | P=۰/۰۰۳ |
| Test T | P=۰/۰۰۹ | P<۰/۰۰۱ | | |
| شدت و جدی بودن خطر | | | | |
| قبل از مداخله | ۳/۱۲±۰/۲۹ | ۳/۱۲±۰/۲۴ | T=۰ | P=۱/۰۰ |
| بعد از مداخله | ۳/۱۷۸±۰/۲۴ | ۳/۰۸±۰/۲۲ | T=۱/۲۵ | P=۰/۲۳۱ |
| Test T | P=۰/۳۶۴ | P=۰/۳۲۴ | | |
| میزان قند خون | | | | |
| قبل از مداخله | ۳/۴۸±۰/۴۳ | ۳/۱۶±۰/۳۷ | T=۳/۳۴ | P=۰/۰۰۱ |
| بعد از مداخله | ۳/۹۴±۰/۳۵ | ۳/۳۲±۰/۳۷ | T=۷/۱۵ | P<۰/۰۰۱ |
| Test T | P<۰/۰۰۱ | P<۰/۰۰۳ | | |
| تاثیر روانی اجتماعی دیابت | | | | |
| قبل از مداخله | ۳/۵۶±۰/۳۹ | ۳/۴۳±۰/۴۶ | ۱/۲۴T= | ۰/۲۱۸P= |
| بعد از مداخله | ۳/۳۵±۰/۴۰ | ۳/۶۹±۰/۵۱ | =-۳/۰۳T | =۰/۰۰۳P |
| Test T | P=۰/۰۰۹ | P=۰/۰۰۱ | | |
| خود مدیریتی دیابت: | | | | |
| قبل از مداخله | ۳/۳۴±۰/۳۵ | ۳/۵۱±۰/۹۲ | =-۰/۹۹۸T | ۰/۳۲۲P= |
| بعد از مداخله | ۳/۳۵±۰/۴۰ | ۳/۴۸±۰/۳۸ | ۷/۱۵T= | =۰/۱۰۹P |
| Test T | P=۰/۰۱۲ | P=۰/۰۰۱ | | |
| نگرش کلی | | | | |
| قبل از مداخله | ۱۱۵/۰۸±۸/۶۸ | ۱۱۱/۸۸±۱۱/۰۹ | ۱/۳۴T= | =۰/۱۸۴P |
| بعد از مداخله | ۱۲۲/۱۱±۹/۴۳ | ۱۱۵/۶۵±۶/۷۵ | ۳/۲۹T= | ۰/۰۰۲P= |
| Test T | ۰/۰۲۱P= | <۰/۰۰۱P | | |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد نتیجه آزمون تی زوجی نشان داد که نگرش کلی هر دو گروه آزمون و کنترل در مرحله دوم اندازه گیری افزایش معنی‌داری داشته است که این افزایش در گروه آزمون بیشتر می‌باشد. علاوه بر این آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را در نگرش کلی قبل از مداخله، در بیماران گروه ازمون و کنترل نشان نمی‌دهد (p>۰/۰۵). در حالی که همین آزمون بیانگر تفاوت معنی‌دار نگرش کلی بعد از مداخله بین بیماران گروه آزمون و کنترل می باشد(P< ۰/۰۵).

## بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که به کارگیری استراتژی ارتباطی Teach Back توانسته است باعث افزایش آگاهی و نگرش بیماران دیابتی نوع دو گردد. آگاهی بیماران گروه آزمون علاوه بر افزایش معنی داری در قبل و بعد از مداخله در همان گروه، نسبت به گروه کنترل نیز بعد از پیگیری یک ماهه افزایش معنی داری را داشته است. که این نتیجه بیانگر آموزش موثر به روش TB بر روی حفظ و پایداری اطلاعات تا یک ماه پس از مطالعه می‌باشد. برای آنکه یک فرد دیابتی در مراقبت از خود موفق باشد باید آگاهی لازم در خصوص رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی را داشته باشد. مطالعه‌ی دبرا در سال (۲۰۱۰) سودمندی به کارگیری روش TB را بر آموزش بیماران قلبی و کاهش بستری مجدد آنها بیان می‌کند (۱۳) در مطالعه کاندولا و همکاران (۲۰۱۱) بعد از اجرای روش TB برروی بیماران دیابتی نوع۲ دریافتند که حفظ و ماندگاری اطلاعات، برای گروهی که بعد از آموزش الکترونیک، روش TB را نیز دریافت کرده‌اند افزایش معنی داری دیده نشده است (۱۴).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نگرش کلی بیماران در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشته است و آموزش به روش TB توانسته با افزایش نمره‌ی نگرش در مقیاس‌های فرعی نیاز به تعلیمات ویژه، ارزش کنترل شدید و تاثیر روانی اجتماعی دیابت باعث ارتقاء نگرش کلی بیماران در گروه آزمون گردد.

در مطالعه ایمانی که به بررسی تاثیر برنامه توانمند سازی بر نگرش نسبت به بیماری دیابت نوع ۱ در ۴۰ نفر از بیماران مبتلا در دو گروه آزمون و کنترل پرداخته است بیان شده که برنامه آموزشی توانمند سازی در ۶ جلسه توانسته است موجب تغییرات مثبت در مقیاس کلی نگرش نسبت به بیماری و مقیاس های فرعی ارزشمند بودن کنترل شدید، تاثیرات روانی اجتماعی و خود مختاری در دیابت در ۱/۵ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون گردد (۱۵). در برنامه توانمند سازی نیز مانند روش TBدر کنار سهیم کردن بیمار در امر مراقبت و درمان، محور بودن بیمار و نیازهای آن مورد تاکید می‌باشد و خودکارآمدی بیمار مرکز توجه قرار می‌گیرد (۱۴). در مطالعه‌ای که توسط گاگلیاردینو و همکارانش در ارتباط با تاثیر آموزش بر ارتقاء نگرش بیماران نسبت به بیماری انجام شد نشان داد که آموزش منجر به ارتقاء نگرش بیماران و بالطبع ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۵). نتایج تحقیقات بدرو الدین، غضنفری، رخشنده‌رو و حیدری نیز همسو با یافته‌های این مطالعه می‌باشند (۱۶، ۱۷،۱۸). نتایج بعضی مطالعات تأثیر آموزش بر تغییر نگرش بیماران بعد از اتمام برنامه‌ی آموزشی را نشان نداده‌اند. در مطالعه‌ی نازلی اتک و همکارانش (۲۰۰۸) پس از آموزش بیماران در ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بر روی ۴۰ بیمار دیابتی نوع ۲ در گروه‌های ۷ تا ۱۲ نفره و پیگیری نگرش کلی بیماران با استفاده از پرسشنامه داس (Diabetes Attitude Scale(DAS)) در ۳ ماه بعد از آموزش مشخص گردید که تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله دیده نشده است (۱۹).

نتایج حاصل از مطالعات فوق با مطالعه‌ی شب بیدار و فتحی همسو (۲۰-۲۱) و با مطالعه‌ی حاضر متفاوت می‌باشد. یکی از علل این امر را می‌توان به دشوار بودن ایجاد تغییر نگرش



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

و عوامل موثر دیگر بر آن همچون شخصیت، محیط، تجربه، خود انگاره نسبت داد (۲۲).

در ارتباط با مقیاس‌های فرعی جدیت و ارزش کنترل شدید دیابت چنین به نظر می‌رسد که در صورت کنترل بیشتر بر بیماری و تلاش در جهت رعایت موارد مرتبط با خود مراقبتی، بیمار خود را در این امر توانمند احساس کرده و لذا می‌تواند بر احساس خود کار آمدی تاثیر مثبت بگذارد (۲۳). از جمله موارد مطرح دیگر در مورد جدیت و ارزش کنترل شدید، آگاهی و ترس از عوارض دیابت می‌باشد که باعث اندازه گیری و کنترل بیشتر قند در بیماران و تاخیر و عدم بروز عوارض دیابت (جسمی، روانی، اجتماعی) می‌شود. این مسئله منجر به ایجاد نگرش مثبت در مورد ارزش کنترل شدید دیابت، ارتقاء فواید درک شده کنترل دیابت و هدایت افراد به سمت برنامه‌های آموزشی و پیگیری دیابت می‌گردد (۲۴).

مطالعات دیگری نیز نشان دادند که باورهای بیماران در مورد جدیت بیماری با واکنش، اقدام به عمل و پایبندی به درمان مرتبط است. به نحوی که با افزایش باور به جدیت بیماری پایبندی فرد به انجام رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء می‌یابد (۲۵). در راستای مطالب فوق نتایج مطالعه ما بیانگر این است که تفاوت معنی داری از نظر معیار شدت و جدی بودن ابتلا در قبل و بعد مداخله در دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد. هم چنین تفاوت معنا داری بین معیار شدت و جدی بودن ابتلا به دیابت قبل از مداخله و یک ماه پس از آن در بیماران گروه آزمون و کنترل نشان نمی‌دهد.

همچنین یافته‌ها نشان داد در دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد مداخله، از نظر ارزش کنترل شدید دیابت تفاوت معنی داری وجود دارد و متوسط نمره‌ی مقیاس فرعی ارزش کنترل شدید دیابت شرکت کنندگان بعد از مداخله در دو گروه یکسان نمی باشد. این یافته نشان دهنده‌ی تاثیر مثبت آموزش به روش TB بر روی این مقیاس فرعی نگرش می‌باشد.

در ارتباط با مقیاس‌های فرعی تاثیر روانی اجتماعی دیابت باید اظهار داشت که تاثیر بیماری دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپوگلسیمی، عوارض عروق بزرگ و کوچک و غیره نمی‌شود، بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش‌های متعددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی، مراقبتهای پیچیده و پرهزینه، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده بیماری و احتمال ابتلا فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی، اختلال در کار و... روبرو می‌کند. به عبارتی این بیماری می‌تواند بر روی توسعه عوارض ایجاد شده، وضعیت روحی روانی و ارتباطات فردی و خانوادگی و اجتماعی تأثیرات منفی داشته باشد (۲۶).

نتایج نشان داد که دو گروه بعد از مداخله تفاوت معنا داری از نظر زیر مقیاس تاثیر روانی اجتماعی دیابت دارند. در صورتی که این تفاوت در قبل مداخله معنی دار نبوده است. علاوه بر این از نظر زیر مقیاس تاثیر روانی اجتماعی دیابت قبل و بعد از مداخله در هر گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. چندرا بیان می‌کند که برنامه‌های کارآمد آموزشی بر توانمند سازی بیماران و غلبه بر مشکلات روانی اجتماعی کمک می‌کند (۲۷, ۲۸). علاوه بر این همراهی و ارتباط مراقبین بهداشتی با بیماران و سهیم کردن بیماران در امر مراقبت از خود و یافتن افرادی که مشکلات مشابهی با بیمار دارند به وی کمک می‌کند به آرامش بیشتری دست یابد (۲۹). بالطبع اجرای برنامه‌های آموزشی با استفاده از روش‌هایی که بتواند موارد ذکر شده را در بگیرد مانند روش TB، می‌تواند موجب ارتقاء این مقیاس فرعی گردد که نتیجه‌ی فوق موید آن است.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

تحقیقات نشان داده‌اند که نگرش بیماران مبتلا به دیابت خصوصاً در بعد استقلال بیمار پایین می‌باشد. به عنوان مثال گاگلیاردینو و همکاران جهت بررسی کادر درمان و بیماران مبتلا به دیابت در ارتباط با این بیماری مطالعه‌ای انجام دادند که نتایج حاصل از آن نشان دهنده‌ی پایین بودن نگرش بیماران نسبت به بیماری و مراقبت از آن خصوصاً در بعد مربوط به استقلال بیمار می‌باشد (۳۰). ارتقاء در این بعد باعث ارتقاء قدرت تصمیم گیری و پذیرش مسئولیت خود مراقبتی در بیمار می‌شود. فانل و همکاران در این زمینه معتقدند که برای مدیریت موفق دیابت، بیماران بایستی قادر به تنظیم اهداف و تصمیم گیری مداوم روزانه بوده و این اهداف بایستی موثر و متناسب با شیوه‌ی زندگی فرد باشد (۳۱)

در ارتباط با مقیاس فرعی خود مختاری در دیابت نتایج نشان داد که یک ماه پس از اجرای مداخله اختلاف آماری معناداری بین دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد. اما بین نمرات استقلال و خود مختاری قبل و بعد در گروه آزمون تفاوت معنی داری وجود داشت. که این تفاوت در گروه کنترل دیده نمی‌شود. شاید به دلیل متفاوت بودن این شیوه آموزشی و نحوه‌ی اجرای آن با تاکید بر محور بودن بیمار و نیازهای آنان این تفاوت معنی دار گردیده است.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که به کارگیری استراتژی ارتباطی شیوه‌ی TB با افزایش مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود و پیگیری آن باعث ارتقاء دانش ونگرش بیماران دیابتی می گردد. با توجه به اینکه ارتباط هدفمند بیمار و پرستار از مباحث اصلی حرفه‌ی پرستاری است، مربیان پرستاری می‌توانند روش TB را به عنوان یک روش تعاملی و موثر جهت آموزش بیماران به ویژه به بیماران مزمن مانند دیابتی‌های نوع ۲ به دانشجویان پرستاری آموزش دهند تا دانشجویان بتوانند از آن به عنوان ابزاری برای بهبود ارتباط خود با بیماران استفاده نمایند. هم چنین پرستاران می‌توانند با نیاز سنجی از بیماران در زمان بستری و اولویت بندی نیازها در هنگام ترخیص، در طی مدت بستری(حتی در زمان کوتاه)، از این روش برای آموزش بیماران استفاده کنند.

درباره محدودیت های مطالعه می‌توان گفت که از آنجا که نگرش یماران توسط پرسشنامه تکمیل می شود ممکن است دارای خطای یادآوری باشد که از کنترل محقق خارج می باشد. علاوه بر این در این مطالعه به علت محدودیت زمانی فاصله ارزیابی بعد از مداخله یک ماه در نظر گرفته شده است که توصیه می شود در مطالعات بعدی این فاصله بیشتر در نظر گرفته شود تا نتایج بدست آمده دقیقتر باشد همچنین از انجائیکه بیماران در یک بخش بستری بودن به خاطر جداسازی بیماران دو گروه از یکدیگر و پیشگیری از نشت داده‌ها ابتدا افراد گروه آزمون انتخاب شدند و سپس افراد گروه کنترل انتخاب شدند. پیشنهاد می‌شود در شهرهای بزرگتر که در دو بیمارستان مجزا دو بخش غدد وجود دارد به خاطر دقت بیشتر و کنترل عوامل احتمالی مداخله گر مانند اثر زمان مطالعه‌ای مشابه با انتخاب همزمان گروه کنترل و گروه آزمون انجام گردد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری است که در تاریخ ۹۲/۸/۹ با شماره۹۱۰۸۰۹۲۸۰۸ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و همچنین با کد IRCT2012090710770N1 در سایت کار آزمایی بالینی ایران ثبت گردیده است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت حمایت مالی پروژه، شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، هم چنین مسئولین و پرستاران بیمارستان شهید بهشتی همدان و بیمارانی که در این پژوهش همکاری نموده اند صمیمانه قدردانی می گردد.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

## References


**1.** Lee Rl, Kim Sa, Yoo JW. The Present Status Of Diabetes Education And The Role Recognition As A Diabetes Educator Of Nurses In Korea. Diabetes Res Clin Pract. 2007; 77(1): 199-204.

**2.** Mahmoudi A. Effects Of Self Care Planning On Reduction Of A1c Hemoglobin In Adults With Diabetes Mellitus. Medical Science Journal Of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2006; 16(1): 171-6. [Persian]

**3.** Baraz SH, Mohammadi E, Broumand B. The Effect Of Self- Care Educational Program On Decreasing The Problems And Improving The Quality Of Life Of Dialysis Patients. Journal of Kordestan University Of Medical Sciences. 2006; 10(4): 69-79. [Persian]

**4.** Asadzandi M, Farsi Z, Mehri SN, Karimizarchi AA. Educational Intervention Focusing On Health Belief Model In Health Beliefs, Awareness And Behavior Of Diabetic Patients. Iranian Journal Of Diabetes And Lipid Disorders. 2006; 6(2): 7. [Persian]

**5.** Gagliardino JJ, Jadzinsky MN, Alvariñas JH, Fabiano A, Sereday MD, Sinay IR. Training Program For General Practitioners:Preliminary Results. Diabetes Research Clinical Practice. 2000; 50(1): 304-7.

**6.** Morovati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. The Relationship Between Perceived Benefits/Barriers Of Self-Care Behaviors And Self Management In Diabetic Patients. Hayat. 2007; 13(1): 17-27. [Persian]

**7.** Oshvandi KH, Jokar M, Khatiban M, Kiani J, Yusefzadeh M, Sultanian A. The effect of self care education based on Teach Back method on promotion of self care behaviors in type II diabetic patients: A clinical trial study. Iranian Journal Of Diabetes And Lipid Disorders. 2013; 13(2): 131-43. [Persian]

**8.** World Health Organization. Chronic Diseases And Health Promotion, 10 January 2007. Available From: Http://Www.Who.Int/Chp/En./

**9.** International diabetesfederation(Idf). Diabetes Atlas, Prevalence Estimates Of Diabetes20-70Years. 2007. AvailableFrom: Http//:Www.Eatlas.Idf.Org/Atlasff5d.Html

**10.** Larijani B, Zahedi F. Epidemiology Of Diabetes Mellitus In Iran. Iranian Journal Of Diabetes And Lipid Disorders. 2002; 1(1): 1-8. [Persian]

**11**. Kara M, van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM, Asti T, Erguney S. Cross-Cultural Adaptation Of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale For Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Scale Development. International Journal Of Nursing Studies. 2006; 43(5): 611-21.

**12.** Mahjouri MY, Arzaghi SM, Qorbani M, Esfahani EN, Larijani B. Evaluation Of Psychometric Properties Of The Third Version Of The Iranian Diabetes Attitude Scale (Ir-Das-3). Iranian Journal Of Diabetes And Lipid Disorders. 2011; 10(1): 1-6. [Persian]

**13.** Pistoria M, Peter D, Robinson P, Jordan K, Lawrence S. Using Teach Back to Reduce Readmission Rates in Hospitalized Heart Failure Patients. Lehigh Valley




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

Health Network. 2010. Available at: http://WWW. scholarlyworks.lvhn.org/medicine

**14.** Kandula NR, Malli T, Zei CP, Larsen E, Baker DW. Literacy And Retention Of Information After A Multimedia Diabetes Education Program And Teach-Back. J Health Commun. 2011; 16(3): 89-102.

**15.** Imani G, Ryan M, Borhani F, Dortaj A. The Effect Of The Empowerment Program On Attitudes Toward The Disease In Patients With Type 1 Diabetes. Journal Of School Of Nursing And Midwifery Kerman. 2010; 10(2): 1-8. [Persian]

**16.** Ghazanfari Z, Ghofranipour F, Tavafian S, Ahmadi F, Rajab A. Lifestyle Education And Diabetes Mellitus Type 2: A Non-Randomized Control Trial. Iranian Journal Of Public Health. 2007; 36(2): 68-72. [Persian]

**17.** Badruddin N, Basit A, Hydrie MZI, Hakeem R. Knowledge, Attitude And Practices Of Patients Visiting A Diabetes Care Unit. Pakistan Journal Of Nutrition. 2002; 1(2): 99-102.

**18.** Heydari G, Moslemi S, Montazerifar F, Heydari M. Efficacy Of Education On Knowledge, Attitude & Practice Of Type Ii Diabetic Patients In Relation To Correct Nutrition. Tabib-E-Shargh. 2003; 4(4): 207-13. [Persian]

**19.** Atak N, Kose K, Gurkan T. The Impact Of Patient Education On Diabetes Empowerment Scale (Des) And Diabetes Attitude Scale (Das-3) In Patients With Type 2 Diabetes. Turkish Journal Of Medical Sciences. 2008; 38(1): 49-57.

**20.** Shabbidar S, Fathi B. Effects Of Nutrition Education On Knowledge And Attitudes Of Type 2 Diabetic Patients. Journal Of Birjand University Of Medical Sciences. 2007; 14(1): 9-15. [Persian]

**21.** Clarke J, Crawford A, Nash DB. Evaluation Of A Comprehensive Diabetes Disease Management Program: Progress In The Struggle For Sustained Behavior Change. Disease Management. 2004; 5(2): 77-86.

**22.** Maksul J. Management Attitudes. 1 sd ed. Tehran: Fara Publication; 2010. [Persian]

**23.** Baraz SH, Mohammadi E, Broumand B. The Effect Of Self- Care Educational Program On Decreasing the Problems And Improving the Quality Of Life Of Dialysis Patients. Hayat. 2005; 11(2,1): 51-62. [Persian]

**24.** Pinto SL, Lively BT, Siganga W, Holiday-Goodman M, Kamm G. Using The Health Belief Model To Test Factors Affecting Patient Retention In Diabetes-Related Pharmaceutical Care Services. Res Social Adm Pharm. 2006; 2(1): 38-58.

**25.** Heisler M, Piette JD, Spencer M, Kieffer E, Vijan S. The Relationship Between Knowledge Of Recent Hba1c Values And Diabetes Care Understanding And Self-Management. Diabetes Care. 2005; 28(4): 816-22.

**26.** Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, De Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression And Poor Glycemic Control: A Meta-Analytic Review Of The Literature. Diabetes Care. 2000; 23(7): 934-42.

**27.** Kela R, Srinivasan B, Davies M. Glycaemic Management Of Type 2 Diabetes. Medicine. 2010; 38(1): 618-25.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]

**Journal of Diabetes Nursing**
**pISSN:2345-5020**
**eISSN:2423-5571**

**Received:** 5/9/2016
**Accepted:** 6/12/2016
volume **4** number **4** **p:**30-42

# The Effect of Teach-back Communication Strategy on Improving Attitude Components of Type II Diabetic Patients: A Clinical Trial Study

Jokar Mozhgan [1], Oshvandi Khodayar[2], Seifi Zahra [3], **Paki Somayeh**[4*]

1- MSc of Nursing (Internal-Surgical Speciality), Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3- MSc of Nursing (Internal-Surgical Speciality), Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Larestan University of Medical Sciences, Larestan, Iran
4- MSc of Nursing (Community Health Speciality), Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

***Corresponding Author:** Somayeh Paki, Isfahan University of Medical Sciences E-mail: Somayeh.paki@nm.mui.ac.ir

**Abstract**

**Introduction:** Given the chronic nature of diabetes and the fact that these patients encounter care problems on a daily basis, fostering attitudes of type II diabetes patients is of paramount importance. Herein, we aimed to evaluate the effect of teach-back communication strategy on improving attitude components of type II diabetes patients.

**Materials and Methods:** This clinical trial was performed on 70 type 2 diabetic patients, who were randomly divided into experimental (n=35) and control (n=35) groups. Teach-back communication strategy was taught to patients in the intervention group during four sessions. Information was collected one month before and after the educational intervention through questionnaires, interviews, and self-report. To analyse the data, paired t-test, independent t-test, and Chi-square were run, using SPSS version 20.

**Results:** The results showed that general attitude of both experimental and control groups significantly increased in the second phase of measurement. Independent t-test did not reflect a significant difference between the two groups in terms of general attitude of the patients before the intervention ($P>0.05$). However, this test indicated a significant difference between the groups in general attitude after the intervention ($P<0.05$).

**Conclusion:** Considering the fact that the relationship between patient and caregiver is one of the most important issues of nursing profession, it can be said that the use of patient-centred communication techniques (such as teach-back) can improve patients' attitude, and in turn, result in positive outcomes of care.

**Keywords**: Type II diabetes, Self-care, Teach Back

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: www.zbmu.ac.ir/jdn |
| | **How to site this article:** Jokar M, Oshvandi K, Seifi Z, Paki S. The Effect of Teach-back Communication Strategy on Improving Attitude Components of Type II Diabetic Patients: A Clinical Trial Study. J Diabetes Nurs. 2016; 4 (4) :30-42 |

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.4.4.7 ]