

## تأثیر روش آموزش برگشتی (Teach Back) بر میزان اضطراب زنان نخست زای داوطلب عمل جراحی سزارین

### چکیده

**مقدمه:** یکی از مهم ترین مشکلات بیماران تحت عمل جراحی، اضطراب قبل از عمل می باشد. روش آموزشی برگشتی روشی تعاملی است که می تواند منجر به افزایش درک و دانش بیماران گردد. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر روش آموزش برگشتی بر میزان اضطراب زنان نخست زای داوطلب عمل جراحی سزارین می باشد.

**روش ها:** مطالعه حاضر، کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۰ نفر از زنان داوطلب عمل جراحی سزارین انجام شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند و برنامه آموزشی طبق روش برگشتی جهت گروه مداخله انجام شد. نمره اضطراب قبل و بعد با استفاده از پرسشنامه سنجش اضطراب آشکار اشپیل برگر (State-Trait Anxiety Inventory) سنجیده و جهت تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده گردید.

**یافته ها:** آزمون تی زوجی نشان داد بین نمرات اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف آماری معنا داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ) در حالی که این مقایسه در گروه مداخله، اختلاف آماری معنا داری را نشان نمی دهد ( $P = 0/326$ ). در مقایسه دو گروه مداخله و کنترل، استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنا داری وجود دارد و میانگین اضطراب قبل از عمل در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل است ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج، می توان روش آموزش برگشتی را به عنوان یک مداخله غیر دارویی و مؤثر جهت کاهش اضطراب زنان تحت جراحی سزارین پیشنهاد نمود.

**کلید واژه ها:** آموزش برگشتی، اضطراب، عمل جراحی سزارین

نسیم هاتفی مؤدب<sup>۱</sup>، نسرین الهی<sup>۲\*</sup>،

خدیجه مرادیگی<sup>۱</sup>، محمود فخری<sup>۳</sup>،

سید محمود لطیفی<sup>۴</sup>، سعیده الهامی<sup>۱</sup>

۱. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی

آبادان، آبادان، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز،

اهواز، ایران.

۳. گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه،

ایران.

۴. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

اهواز، اهواز، ایران.

\* **عهده دار مکاتبات:** اهواز، دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور، دانشکده پرستاری و

مامایی، گروه پرستاری.

Email: elahi-n@ajums.ac.ir

### مقدمه:

واژه اضطراب به عنوان پاسخ انسان به هر گونه وضعیت ناشناخته تعریف شده است. از جمله موقعیت های اضطراب زا می توان به جراحی و محیط های نا آشنا اشاره کرد<sup>۱</sup>. در جراحی به عنوان یک تجربه استرس زا بیمار هم از لحاظ فیزیولوژیکی و هم از لحاظ روانی، کنترل کمی روی موقعیت یا نتایج آن دارد<sup>۲</sup>. اضطراب باعث تحریک پیامدهای روانی استرس شده که این امر می تواند بهبود زخم را به تعویق بیندازد<sup>۳</sup>. یافته های تحقیق Stirling و همکارانش در سال ۲۰۰۷ حاکی از آن است که اضطراب باعث افزایش نیاز به داروهای ضد درد بعد از عمل می شود که این امر می تواند روی بهبودی و ریکاوری بعد از عمل تأثیر بگذارد<sup>۴</sup>. Sjosted و همکارانش معتقدند که بیماران قبل از عمل جراحی نیاز دارند که اطلاعاتی در مورد عمل جراحی،

روش کار، داروها و طول مدت زمان جراحی دریافت نمایند تا احساس راحتی نمایند و بعد از عمل جراحی درد کمتری را تجربه کنند<sup>۵</sup>. با توجه به تحقیقات انجام شده، آموزش به بیمار می تواند موجب کاهش میزان اضطراب قبل از عمل شود اما این امر در کشور ما از وضع مطلوبی برخوردار نیست، یا اجرا نمی شود و یا اجرایی بسیار ناقص دارد<sup>۶</sup>. از طرف دیگر آخرین مطالعات حاکی از آن است که ۴۰ تا ۸۰ درصد اطلاعات پزشکی که به بیماران داده می شود سریعاً فراموش می شوند و چیزی حدود نیمی از اطلاعات باقی مانده صحیح نمی باشد<sup>۷</sup>. با توجه به اینکه کمبود آگاهی بیماران در رابطه با عمل جراحی، محیط بالینی، عوارض بعد از عمل و ... می تواند به اضطراب آنان ختم شده و در نتیجه عوارض زیادی به دنبال داشته باشد، نیاز به یک روش مناسب جهت بالا بردن سطح آگاهی افراد و در نتیجه جلوگیری

نداشتن سابقه جراحی، بیهوشی عمومی، داشتن نمره اضطراب متوسط (۴۰-۲۱) یا شدید (۸۰-۴۱) بر اساس پرسشنامه سنجش اضطراب آشکار اشیپیل برگر و سن بین ۳۰-۲۰ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انجام جراحی‌های همزمان، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف داروهای ضد اضطراب، سزارین اورژانس، بروز عوارض زایمانی مانند خونریزی واژینال در طی انجام تحقیق و وجود بحران‌های تأثیرگذار بر زندگی در طول ۶ ماه اخیر (مرگ همسر یا یکی از نزدیکان، بیکار شدن همسر و...) می‌باشد. جهت نمونه‌گیری، با مراجعه به محیط پژوهش و پس از مشخص شدن بیماران تحت عمل جراحی سزارین بر اساس لیست عمل روز بعد، افراد واجد شرایط بر اساس ملاک‌های ورود و به صورت در دسترس انتخاب و به روش بلوک تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. به منظور تعیین حجم نمونه پژوهش، از فرمول مقایسه میانگین در دو گروه استفاده گردید، بدین صورت که در مطالعه پایلوت بر روی ۱۵ نفر از هر گروه، میانگین گروه مداخله  $10 \pm 4/9$  و در گروه کنترل  $5.5 \pm 3$  با  $\alpha = 0.05$  و  $\beta = 0.15$ ، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر محاسبه گردید.

$$(Z_{1-\alpha/2} + Z_{2-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)$$

$n =$

$$(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2$$

در گروه مداخله پس از تعیین نیازهای آموزشی بر اساس برنامه آموزشی که مورد تأیید اساتید بود، آموزش به شیوه آموزش برگشتی توسط پژوهشگر ارائه شد، بدین صورت که پژوهشگر شب قبل از عمل به اتاق بیمار مراجعه می‌نمود و مواد آموزشی را در طی جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای به صورت چهره به چهره، به زبان ساده و قابل فهم و بدون استفاده از اصطلاحات خاص پزشکی آموزش می‌داد. پس از پایان آموزش، پژوهشگر از مددجو درخواست می‌نمود مطالب را آن گونه که درک کرده است، با زبان خودش بازگو نماید؛ چنانچه مددجو مطالب را بخوبی درک نکرده بود، پژوهشگر تا درک کامل مطالب، برای مددجو مطلب را تکرار می‌نمود. این برنامه آموزشی دارای ساختاری منظم و دربرگیرنده کلیات مربوط به جراحی سزارین شامل دلایل سزارین، مراقبت از مادر تحت سزارین، موارد قابل

از مشکلات نامبرده مطرح می‌باشد. تحقیقات نشان داده اند که یکی از مؤثرترین روش‌ها جهت بهبود درک آموزش، آموزش برگشتی می‌باشد. این روش راهبردی جامع، چند جانبه و مبتنی بر شواهد است که به منظور فهم و نگهداری اطلاعات از آن استفاده می‌گردد<sup>۱۲</sup> و از سوی سازمان‌های مراقبت بهداشتی، به عنوان یک روش مؤثر جهت اطمینان از فهم اطلاعات مراقبت بهداشتی تأیید شده است<sup>۱۳</sup>. از مزایای استفاده از این روش می‌توان به بهبود ارتباط بیمار با کادر درمان، افزایش ایمنی بیمار، ارزیابی بهتر آموزش دهنده از بیمار و قابلیت استفاده در افراد با سطح سواد پایین اشاره کرد<sup>۱۴</sup>. استفاده از این استراتژی با درگیر نمودن بیماران در فرایند یادگیری، از مراقبت بیمار محور حمایت کرده و به پرستار اجازه بازبینی دانسته‌ها به منظور اصلاح اطلاعات نادرست و تقویت مهارت‌های بالینی را می‌دهد. معمولاً در محیط‌های بالینی، ارائه اطلاعات غیر ضروری به بیماران رایج است در حالیکه آموزش باید مبتنی بر نیاز به آنچه که بیمار می‌خواهد بداند باشد و بر نکات کلیدی تکیه کند و آموزش برگشتی روشی است که این امر را محقق می‌سازد<sup>۱۵</sup>.

با توجه به نوین بودن روش آموزش برگشتی در ارتباط با موضوع آموزش به بیمار، موارد عنوان شده در ارتباط با اضطراب قبل از عمل جراحی و نظر به اینکه تا کنون مطالعه‌ای در زمینه‌ی تأثیر این روش آموزشی بر اضطراب قبل از عمل جراحی انجام نشده است، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی به روش برگشتی بر میزان اضطراب زنان نخست‌زای داوطلب عمل جراحی سزارین قبل از عمل جراحی در بیمارستان طالقانی شهرستان آبادان در سال ۱۳۹۳ را انجام دهند.

### مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر، از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی است که در سال ۱۳۹۳ در مرکز آموزشی درمانی طالقانی شهرستان آبادان انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه زنان باردار نخست‌زای تک‌قلو بودند که تحت عمل جراحی سزارین در بیمارستان طالقانی آبادان قرار می‌گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل

متوسط و ۶۱ تا ۸۰ در سطح شدید می‌باشد. ابزار سنجش اضطراب اشیپل برگر از اعتبار علمی بالایی برخوردار است و به عنوان آزمون استاندارد شناخته شده است. پایایی این پرسشنامه در تحقیق Tiedeman، ۸۷٪ در نظر گرفته شده است<sup>۱۵</sup>. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز در مطالعه طل و همکاران تأیید شده است ( $\alpha=0/97$ )<sup>۱۶</sup>. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و پیرایش ۱۹ و روش‌های آمار توصیفی (میانگین، واریانس، انحراف از معیار) و تحلیلی (تی زوجی، تی مستقل، مجذور کای و Kolmogorov-Smirnov) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری آماری ( $P<0/05$ ) در نظر گرفته شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، طرح پژوهشی حاضر با شماره IRCT2014041417270N1 در مرکز بین المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) به ثبت رسید. پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق پژوهش و شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، پژوهشگر با هماهنگی مسئولین بیمارستان طالقانی آبادان، جهت انجام مطالعه معرفی گردید. همچنین توضیحات لازم به تمامی افراد شرکت‌کننده؛ اهداف، محرمانه بودن اطلاعات، داوطلبانه بودن شرکت و نیز انصراف از پژوهش به هر دلیل، داده‌شدو رضایت کتبی آگاهانه نیز دریافت گردید.

#### یافته‌ها:

۶۰ مادر نخست‌زا در این مطالعه شرکت کردند که به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه مداخله  $25/2 \pm 2/9$  و در گروه کنترل  $25/5 \pm 2/6$  بود که استفاده از آزمون آماری مجذور کای نشان داد تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد ( $P=0/68$ ). از نظر سطح تحصیلات و وضعیت سکونت نیز، استفاده از آزمون آماری مجذور کای نشان داد که دو گروه مورد مطالعه همگن بوده و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد ( $P>0/05$ ) (جدول ۱).

انتظار در اتاق عمل و ... بوده و متناسب با نیازهای آموزشی بیمار انعطاف پذیر بوده و جهت اجرای آن از روش آموزش چهره به چهره به منظور بالا بردن سطح دانش بیمار استفاده شد. به منظور تعیین روایی، پس از مطالعه کتب و منابع علمی معتبر؛ محتوای آموزشی تهیه شده و در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری آبادان قرار گرفت و پس از اعمال نظرات و اصلاحات، روایی محتوای آن تأیید گردید. لازم به ذکر است که قبل از شروع مداخله فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه اضطراب اشیپل برگر توسط بیماران دو گروه تکمیل می‌شد. نمره Teach-Back بدین صورت تعیین می‌شد که در صورتی که بیمار به ۷۵٪ از سؤالات پرسیده شده پاسخ صحیح می‌داد، به معنای مؤثر بودن آموزش در نظر گرفته شده و در غیر این صورت آموزش ادامه پیدا می‌کرد. جهت گروه کنترل نیز به جز مراقبت‌های روتین بخش (مراقبت‌های قبل از عمل، آماده کردن بیمار جهت جراحی سزارین، بررسی علائم حیاتی و وضعیت بالینی و غیره)، هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. سپس پرسشنامه‌های مربوطه، روز عمل جراحی و ۱۵ دقیقه قبل از شروع بیهوشی در زمانی که بیماران در انتظار عمل جراحی به سر می‌بردند با مراجعه پژوهشگر به اتاق عمل توسط بیماران دو گروه تکمیل می‌گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، فرم اطلاعات دموگرافیک (سن، سطح سواد، تعداد زایمان، نوع بیهوشی و...)، پرسشنامه استاندارد سنجش اضطراب اشیپل برگر بود. پرسشنامه استاندارد سنجش اضطراب آشکار اشیپل برگر شامل ۲۰ گویه (STAI= State-Trait Anxiety Inventory) مربوط به اضطراب آشکار می‌باشد. این پرسشنامه حاوی ۲۰ سوال بوده و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (اصلاً، تا حدودی، متوسط و زیاد) بوده و هر یک از گزینه‌ها در عبارات به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ و در عبارات معکوس به ترتیب امتیاز ۴ تا ۱ را شامل می‌شود. به این ترتیب دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ خواهد بود. امتیازات ۲۰ تا ۴۰ بیانگر اضطراب در سطح خفیف، ۴۱ تا ۶۰ در سطح

جدول ۱. توزیع فراوانی میزان اضطراب افراد مورد مطالعه در دو گروه قبل و بعد از مداخله

مشخصات دموگرافیک	گروه مداخله n=۳۰	گروه کنترل n=۳۰	کل افراد n=۶۰	p-value
* گروه سنی	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲۰-۲۵	۱۸	۶۰	۳۳	۵۵
۲۶-۳۰	۱۲	۴۰	۲۷	۵۵
* سطح تحصیلات	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر دیپلم	۱۹	۶۳	۳۵	۵۸
بالای دیپلم	۱۱	۳۶	۲۵	۴۱
* وضعیت سکونت	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شهری	۲۶	۸۶	۴۷	۷۹
روستایی	۴	۱۳	۱۲	۲۰

و بعد از مداخله در دو گروه مورد مطالعه، اختلاف آماری معناداری وجود داشته است ( $P < 0/001$ ) (جدول ۳).

بر اساس آزمون آماری تی زوجی نیز، بین سطح اضطراب قبل ( $47/03 \pm 6/64$ ) و بعد از مداخله ( $59/43 \pm 7/27$ ) در گروه کنترل، اختلاف معناداری از نظر آماری وجود دارد ( $P < 0/001$ ) و افزایش میانگین اضطراب بعد از مداخله مشهود است. با این وجود، بین سطح اضطراب قبل ( $53/2 \pm 7/75$ ) و بعد از مداخله ( $50/8 \pm 6/15$ ) در گروه آموزش برگشتی با استفاده از آزمون تی زوجی اختلاف آماری معنادار مشاهده نشد ( $P = 0/326$ ).

#### بحث:

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، در شب قبل از عمل جراحی، ۸۶/۷٪ از زنان اضطراب آشکار متوسط و ۱۳/۳٪ اضطراب آشکار شدید داشتند که با یافته‌های حاصل از مطالعات دیگر همخوانی دارد. در مطالعه Allen و همکارانش، تقریباً ۵۰٪ از بیماران قبل از عمل جراحی اضطراب آشکار بالایی داشتند<sup>۱۷</sup>. همچنین مطالعه قانعی و همکارانش در سال ۲۰۱۳ بر بالا بودن سطح اضطراب آشکار در ۴۶٪ از بیماران قبل از عمل جراحی دلالت دارد<sup>۱۸</sup>. در مطالعه قارداشی و همکارانش نیز ۳۵٪ بیماران صبح روز عمل، اضطراب آشکار متوسط داشتند<sup>۱۹</sup>.

به صورت کلی، سطح اضطراب افراد شرکت کننده قبل از انجام مداخله، در ۸۶/۷ درصد زنان متوسط و ۱۳/۳ درصد شدید بود. در گروه آموزش برگشتی میزان اضطراب متوسط و شدید به ترتیب، ۸۰ و ۲۰ درصد و در گروه کنترل، ۹۳/۳ و ۶/۷ درصد بود که این میزان بعد از انجام مداخله در گروه آموزش برگشتی به ترتیب به ۹۰ و ۱۰ درصد و در گروه کنترل، به ۵۶/۳ و ۴۳/۷ درصد رسید. استفاده از آزمون آماری مجذور کای نیز نشان می‌دهد بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ) این در حالی است که قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معنادار مشاهده نشده است ( $P = 0/13$ ) (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار سطح اضطراب نیز در روز قبل از عمل جراحی در گروه آموزش برگشتی،  $53/2 \pm 7/75$  و در گروه کنترل،  $47/03 \pm 6/64$  بوده است که این میزان بعد از انجام مداخله در گروه آموزش برگشتی به  $50/8 \pm 6/15$  و در گروه کنترل به  $59/43 \pm 7/27$  رسید. همچنین میانگین و انحراف معیار اختلاف نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه آموزش برگشتی  $2/4 \pm 11/49$  و در گروه کنترل  $12/4 \pm 7/93$  بوده است که بر اساس آزمون آماری تی مستقل، بین اختلاف نمره اضطراب قبل

جدول ۲. توزیع فراوانی میزان اضطراب افراد مورد مطالعه در دو گروه قبل و بعد از مداخله

P-value	کنترل		مداخله		اضطراب قبل از مداخله
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۱۳	۹۳/۳	۲۸	۲۴	۸۰	متوسط (۶۰-۴۱)
	۶/۷	۲	۶	۲۰	شدید (۸۰-۶۱)
P<۰/۰۰۱	تعداد		درصد		اضطراب بعد از مداخله
	۵۶/۳	۱۶	۲۷	۹۰	متوسط (۶۰-۴۱)
	۴۳/۷	۱۴	۳	۱۰	شدید (۸۰-۶۱)

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سطح اضطراب افراد مورد مطالعه در دو گروه قبل و بعد از مداخله

P-value	اختلاف نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله		قبل از مداخله		بعد از مداخله		گروه‌های مورد مطالعه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
P<۰/۰۰۱	۲/۴	۵۰/۸	۵۳/۲	۷/۷۵	۴۷/۰۳	۶/۶۴	مداخله
	۱۱/۴۹	۶/۱۵	۵۹/۴۳	۷/۷۵	۴۷/۰۳	۶/۶۴	انحراف معیار
	-۱۲/۴	۵۹/۴۳	۴۷/۰۳	۷/۷۵	۴۷/۰۳	۶/۶۴	کنترل
	۷/۹۳	۷/۲۷	۴۷/۰۳	۷/۷۵	۴۷/۰۳	۶/۶۴	انحراف معیار

مداخله تفاوت آماری آشکاری وجود داشته است که با نتایج مطالعه حاضر هم سونیست ( $P>۰/۰۵$ )<sup>۳۳</sup>.

در مطالعه حاضر، با این که در شب قبل از عمل جراحی (قبل از مداخله)، تعداد افرادی که اضطراب شدید داشتند در گروه مداخله ۳ برابر گروه کنترل بوده اند پس از مداخله این میزان از ۶ نفر به ۳ نفر تقلیل یافت، در حالی که در گروه کنترل از ۲ نفر به ۱۴ نفر افزایش یافته است (جدول ۲). مقایسه میانگین اختلاف نمرات اضطراب در دو گروه مورد مطالعه نیز نشان می‌دهد که در گروه آموزش برگشتی اختلاف نمره اضطراب ۲/۴ نمره افزایش داشته در حالی که در گروه کنترل این میزان، ۱۲/۴ نمره کاهش داشته است که این امر بیانگر افزایش قابل توجه میزان اضطراب در گروه کنترل در مقایسه با گروه مداخله است ( $P<۰/۰۰۱$ ). بنابراین با توجه به یافته‌های مطالعه، می‌توان این گونه بیان کرد آموزش برگشتی تا حدودی توانسته است باعث

بر اساس نتایج مطالعات مختلف، سطح اضطراب بیمار در ۲۴ ساعت قبل از عمل جراحی به اوج خود می‌رسد<sup>۲۰</sup>، و حتی ممکن است منجر به بروز تغییرات رفتاری پس از عمل در آن‌ها شود<sup>۲۱</sup>. به طور کلی پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که بدون ارایه مداخلات پرستاری مناسب جهت کاهش اضطراب هر چه به زمان انجام عمل جراحی نزدیک می‌شویم اضطراب بیماران افزایش می‌یابد که نشان دهنده ضرورت استفاده از روش‌های غیر دارویی کاهش اضطراب است.

در مقایسه سطح اضطراب دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله، یافته‌ها بیانگر عدم اختلاف آماری معنا دار بین دو گروه می‌باشد ( $P=۰/۱۳$ ) که با نتایج مطالعات ذاکری مقدم و همکارانش در سال ۲۰۰۹<sup>۲۰</sup>، بهرامی و همکارانش در سال ۲۰۱۲<sup>۲۱</sup> و همخوانی دارد<sup>۲۲</sup>، این در حالی است که در مطالعه هاشمی و همکارانش، بین سطح اضطراب دو گروه مورد مطالعه قبل از

را بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، بررسی نمودند و نشان دادند که آموزش خود مراقبتی به شیوه برگشتی با افزایش مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود و پیگیری آن باعث افزایش دانش و عملکرد خود مراقبتی بیماران در ابعاد نیازهای تغذیه‌ای، انجام فعالیت‌های جسمانی، مراقبت از پا، مصرف داروها، کنترل قند خون و ترک سیگار بیماران دیابتی نوع ۲ در طول یک ماه پس از مداخله می‌شود.<sup>۲۹</sup> با توجه به اینکه این مطالعه، نخستین تحقیقی است که در آن، تأثیر آموزش به روش برگشتی بر سطح اضطراب بیماران قبل از جراحی مورد بررسی قرار گرفته است و مطالعات انجام شده، تأثیر این روش را در تنها در موارد مزمن سنجیده بودند، لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری در آینده بر روی نقش آموزش برگشتی در موارد حاد صورت گیرد. امید است استفاده از این روش، به عنوان گامی موثر در راستای کاهش اضطراب بیماران و در نتیجه کاهش عوارض بعد از عمل جراحی مطرح گردد.

#### محدودیت‌ها:

نمی‌توان با اطمینان خاطر بیان کرد تبادل اطلاعات بین دو گروه مورد مطالعه صورت نگرفته است؛ چرا که به علت محدودیت‌های فیزیکی موجود در بخش و عدم امکان حضور پژوهشگر بر بالین افراد تا زمان انجام عمل جراحی امکان تبادل اطلاعات بدون آگاهی پژوهشگر بین دو گروه مورد مطالعه وجود داشته و این امر خارج از کنترل بوده است. همچنین لازم به ذکر است که نتایج این مطالعه، محدود به عمل جراحی سزارین بوده و نتایج آن قابل تعمیم به سایر انواع جراحی نمی‌باشد.

#### نتیجه‌گیری:

با توجه به موارد عنوان شده، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که احتمالاً روش آموزش برگشتی (Teach Back) می‌تواند به عنوان یک روش غیردارویی در کاهش اضطراب زنان قبل از عمل جراحی سزارین نقش داشته باشد. بنابراین، می‌توان از این روش، به عنوان یک شیوه نوین آموزشی کم‌هزینه، ساده و بدون عارضه پس از اجرای مطالعات بالینی وسیع‌تر و جامع‌تر در محیط‌های

کاهش اضطراب قبل از عمل در زنان داوطلب عمل جراحی سزارین در مقایسه با گروه کنترل شود و اثر آرام‌بخش و ضد تنش ایجاد نماید که این امر نوید روشی در استفاده از روش‌های غیر دارویی تسکین‌دهنده اضطراب می‌باشد. در راستای این نتایج، مطالعه Saisto و همکارانش نشان می‌دهد که شیوه‌های روان‌شناختی تأثیری مثبت بر کاهش اضطراب زایمان دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.<sup>۳۴</sup> در مطالعه Pinedo و همکارانش گزارش شده است که مادران در این آموزش‌ها، شیوه حل مسئله را می‌آموزند و با زایمان به عنوان یک مسئله قابل حل برخورد می‌کنند. همچنین روابط اجتماعی سالم نیز در این کلاس‌ها افزایش می‌یابد.<sup>۳۵</sup> با این وجود، در تحقیقی که Asilioglu در مورد تأثیر آموزش قبل از عمل بر اضطراب بیماران تحت عمل جراحی قلب باز، در ترکیه انجام داد، یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین نمرات اضطراب دو گروه آزمون و شاهد وجود ندارد.<sup>۳۶</sup>

در ارتباط با نوع روش آموزشی به کار برده شده در این مطالعه، لازم به ذکر است با توجه به نوین بودن این روش آموزشی و این که تاکنون مطالعه‌ای که تأثیر این روش آموزشی را بر اضطراب قبل از عمل جراحی بررسی کرده باشد انجام نشده است، نمی‌توان به مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر پرداخت. لذا به مطالعاتی اشاره شده است که به بررسی تأثیر این روش آموزشی در موارد دیگر پرداخته‌اند. Peter در سال ۲۰۱۲ سودمندی این روش آموزشی را بر آموزش بیماران قلبی و کاهش بستری مجدد آن‌ها بیان نموده است.<sup>۳۷</sup> مطالعه حاضر نیز بیانگر تفاوت معنادار میانگین نمره کل اضطراب قبل از عمل در بین بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل می‌باشد ( $P < 0/001$ ). این یافته توسط مطالعه نوحی و همکارانش که در سال ۲۰۱۱ انجام شد تأیید می‌گردد. در این مطالعه استفاده از آموزش به شیوه برگشتی منجر به افزایش نمره عملکرد بیماران از  $1/7 \pm 1/24$  به  $5/9 \pm 2/32$  شده بود و چنین نتیجه‌گیری شد که احتمالاً با افزایش نقش فعال بیماران در امر مراقبت، ارتقاء عملکرد آنان در امر مراقبت از خود، میسر می‌گردد.<sup>۳۸</sup> خطیبان و همکارانش، تأثیر این روش آموزشی

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و همچنین از امور پژوهشی دانشکده پرستاری آبادان و مسئولین محترم بیمارستان آیت اله طالقانی آبادان جهت حمایتشان سپاس گزاری می شود.

مختلف پژوهشی، جهت کنترل غیر دارویی اضطراب قبل از عمل جراحی بهره برد.

### تقدیر و تشکر:

از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته اند، خصوصاً از معاونت محترم آموزشی و

### References:

1. Asghari K, Lotfi M, Aghazade A, Abdollah Zade F. Effect of Preoperative Nursing Visit on Serum Cortisol Levels in Patients Waiting for Operation :A Randomized Study With Control Group. *Med J Tabriz Univ Med Sci.* 2008; 30(4):13-6. [Persian]
2. Rohy G. Effect of Music on Pre-Operative Anxiety and Their Physiological Responses of Patients. *J Gorgan Uni Med Sci.* 2006; 7(1):17-20. [Persian]
3. Potter PA, Perry AG. *Fundamental of Nursing Concept Process and Practice.* Fifth Ed. St. Louis: Mosby; 2008.
4. Zakerimoghadam M, Shaban M, Mehran A, Hashemi S. The Effect of Benson Muscle Relaxation on Anxiety Level of Patients Awaiting For Cardiac Catheterization. *Hayat.* 2009; 16(2):66. [Persian]
5. Grieve RJ. Day Surgery Preoperative Anxiety Reduction and Coping Strategies. *BRIT J NURS.* 2002; 12; 11(10):670-8.
6. Stirling L, Raab G, Alder EM, Robertson F. Randomized Trial of Essential Oils to Reduce Perioperative Patient Anxiety: Feasibility Study. *J ADV NURS.* 2007; 60(5):494-501.
7. Sjosted L, Hellstrom R, Stomberg MW. Patients Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Gastroenterol Nurs.* 2011; 34(5):390-7.
8. Zakerimoghadam M, Aliasgharpoor M, Mehran A, Mohammadi S. Effect of Patient Education About Pain Control on Patients' Anxiety Prior To Abdominal Surgery. *Hayat.* 2009; 15(4):13-22. [Persian]
9. Mardanian Dehkordi L, Salahshorian A, Mohammad Alayha J, Hosseini F. Nurses' Perception of Patient Teaching, Enhancing And Inhibiting Factors. *Iran J Nurs Res.* 2004; 40(17): 18-27. [Persian]
10. Wilson FL, Baker LM, Nordstrom CK, Legwand C. Using The Teach-Back And Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Increase Childhood Immunization Communication Among Low-Income Mothers. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2008; 31 (1): 7-22.
11. Howie-Esquivel J, White M, Carroll M, Brinker E. Teach-Back Is An Effective Strategy For Educating Older Heart Failure Patients. *J Card Fail.* 2011; 17 (8): 103.
12. Kornburger C, Gibson C, Sadowski S, Maletta K, Klingbeil C. Using "Teach-Back" To Promote A Safe Transition From Hospital To Home: An Evidence Based Approach To Improving The Discharge Process. *J Pediatric Nurs.* 2013; 28: 282-291.
13. Tziallas V, Tziallas D. Support of Family Afterwards From Infarction of Myocardium. *Health Sci J.* 2010; 4(4):217-24.
14. Adibi P, Enjavian M, Alizadeh R, Omid A. The Effect of Ward Round Teaching on Patients: The Health Team and the Patients' Perspectives. *J Educ Health Promot.* 2013; 31(2):35. [Persian]
15. Tiedeman ME, Clatworthy S. Anxiety Responses of 5 to 11-Year-Old Children during and After Hospitalization. *J Pediatric Nurs.* 1990; 5:334-43.
16. Tol A, Pourreza A. Study of Pre And Post Anxiety of Coronary Artery Bypass Graft Surgery Inpatients In Hospitals Affiliated With Tehran University of Medical Sciences. *Hospital.* 2010; 8(3, 4): 43-8. [Persian]
17. Allen S, Carr E, Barrett R, Brockbank K, Cox C, North N. Prevalence And Patterns of Anxiety In Patients Undergoing Gynaecological Surgery. *J CLIN NURS.* 2006; 15(3): 341-352.
18. Ghanei R, Rezaei K, Mahmoodi R. The Relationship between Preoperative Anxiety and Postoperative Pain after Cesarean Section. *IJOGI.* 2013; 15(39):16-22. [Persian]
19. Ghardashi F. Factors Affecting Preoperative Anxiety. *Koomesh.* 2007; 8(3):123-30. [Persian]
20. Phongchawalit B. Improving The Quality of Pre-Operative Nursing Care In The Operating Room Through Participatory Action Research At The Community Hospital, Chon Buri. [A Thesis Submitted In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Master of Public Health, Health Systems Development]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
21. Erci B, Sezgin S, Kacmaz Z. The Impact of Therapeutic Relationship on Preoperative and

Postoperative Patient Anxiety. Aust J Adv Nurs. 2006; 26(1):59-66.

22. Bahrami N, Soleimani MA, Erjini Z, Shraifnia H, Masoodi R, Shahrokhi A. The Effect of Nursing Process - Based Care on Patients' Anxiety of Candidates for Women's Elective Surgery. Iran J Nurs Res. 2012; 25(12):30-39. [Persian]

23. Hashemi S, Montazerian M, Nisi L, Bahrampour E. Evaluation of Education on Patient's Anxiety Before Abdominal Surgical Operations. Mandish. 2011; 2(2-3):59. [Persian]

24. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of Childbirth Can Be Treated, And Cesarean Section on Maternal Request Avoided. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(9):1148-9.

25. Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain. Nurs Res. 2010; 59(3):194-202.

26. Asilioglu K, Celik SS. The Effect of Preoperative Education on Anxiety of Open Cardiac Surgery Patient. Patient Edu Counseling. 2004; 53: 62-70.

27. Peter D, Pistoria M, Robinson P, Jordan K, Lawrence S. Using Teach Back to Reduce Read-Mission Rates in Hospitalized Heart Failure Patients. LVHN Scholarly Works. 2012. Available from: <http://scholarlyworks.lvhn.org/medicine/62/>

28. Noohi E, Khandan M, Mirzazadeh A. Effective of Electronic Education on Knowledge Attitude And Self-Care In Patient's Diabetic Type 2 Refer To Diabetic Center of Kerman University of Medical Sciences. Iran J Nurs Res. 2011; 6:73-80. [Persian]

29. Khatiban M, Oshvandi Kh, Jokar M, Keyani J, Yousefzadeh 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. Iran J Diabetes Lipid Disord. 2014; 13(2):131-144. [Persian]



## Effect of Teach- Back Educational Method on Surgical Anxiety in Primiparous Cesarean Section Women

Nasim Hatefi Moadab<sup>1</sup>,  
Nasrin Elahi<sup>2\*</sup>, Khadijeh  
Moradbeygi<sup>1</sup>, Mahmoud  
Fakhri<sup>3</sup>, Seyed Mahmood  
Latifi<sup>4</sup>, Saeede Elhami<sup>1</sup>

1. Department of Nursing,  
Abadan School of Medical  
Sciences, Abadan, Iran.

2. Department of Nursing,  
Nursing and Midwifery  
Faculty, Ahwaz Jundishapur  
University of Medical  
Sciences, Ahwaz, Iran.

3. Department of Operating  
Room, Paramedical School,  
Kermanshah University of  
Medical Sciences,  
Kermanshah, Iran.

4. Department of  
Biostatistics, School of  
Health, Ahwaz Jundishapur  
University of Medical  
Sciences, Ahwaz, Iran.

**\*Corresponding Author:**

Ahwaz, Ahwaz Jundishapur  
University of Medical  
Sciences, School of Health,  
Department of Biostatistics.

**Email:** elahi-n@ajums.ac.ir

### Abstract

**Background:** one of the most important problems in surgical patients is anxiety before surgery. Teach-Back method is an interactive training method that can lead to increase understanding and knowledge of the patients. The aim of this study is survey the effect of teach back- method on surgical anxiety in primiparous cesarean section women.

**Methods:** this study is a randomized clinical trial that was performed on 60 primiparous cesarean section women. Participants were randomized into two groups (each group 30 person) as intervention and control group. Educational program upon on teach-back method was presented for intervention group and their anxiety scores were assessed before and after intervention by using Spiel Berger Trait Anxiety Inventory (STAI) Data was analyzed by SPSS-19 software.

**Results:** According to paired T-test, the results showed significant statistical difference between pre and post intervention mean scores anxiety in control group ( $P < 0.001$ ). Whereas, this comparison showed not significant statistical differences in experimental group ( $P = 0.326$ ). In comparison between two groups, Independent T-test results rely on that there were significant statistical differences and the mean preoperative anxiety score in the experimental group was significantly less than control group ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to the results, Teach-Back method as an effective and non-pharmaceutical intervention can be recommended for reducing anxiety and concerns of cesarean section women.

**Keywords:** Teach-Back method, Anxiety, Cesarean Section

### How to cite this article

Hatefi Moadab N, Elahi N, Moradbeygi Kh, , Fakhri M, Latifi SM, Elhami S. Effect of Teach- Back Educational Method on Surgical Anxiety in Primiparous Cesarean Section Women. J Clin Res Paramed Sci 2015; 4(2):169-177.