مقاله مروری

اصول آموزش و مشاوره تغذیه بیماران در جلسات آموزش گروهی بر مبنای تئوری تغییر رفتار

مرتضی رفیعی*، نفیسه زاغیان، آزیتا رستمی، آزیتا توکلی، مژده غیاثی

چکیده

با گسترش علوم‌تربیتی و آموزشی و اثبات نقش تأثیرگذار تئوری‌های رفتاری در تغییر دانش، نگرش و عادات افراد، چنان که بخواهیم آموزش تغذیه به مخاطبین، بویژه در جلسات آموزش گروهی، دارای کارآیی و اثربخشی لازم باشد، ناچاریم از اصول برنامه‌ریزی آموزشی در تعیین محتوای آموزش بهره‌مند گردیم. وجود موانع و مشکلات در دسترسی به آموزش مؤثر تغذیه از جمله ناکافی بودن مدل‌ها و راهکارهای کارآمد آموزش تغذیه در واحدهایی که به آموزش تغذیه، بویژه در جلسات گروهی می‌پردازند و تنها بسنده کردن به رژیم‌های غذایی متداول، ارائه اطلاعات مختلف و...، معتبر از سوی افراد مختلف تیم درمانی و غیره ما را بر آن داشت تا با ارائه این مقاله، اولاً اصول کلی آموزش و مشاوره گروهی برای افزایش کارآیی آموزش تغذیه در این واحدها را ارائه نماییم، ثانیاً با اشاره به موضوعات ساختاری به عوامل مؤثر در کیفیت آموزش تغذیه بپردازیم و در آخر، توصیف واضح و روشنی از برخی نگرش‌های رفتاری و فعالیت‌های یادگیری مربوط به آن که در آموزش تغذیه گروهی مؤثرند، ارائه نماییم. این مجموعه بیانگر آن است که دستیابی به اهداف آموزشی مورد نظر در ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار بیماران، نتیجه تدوین و طراحی مدل و راهنمای آموزشی مناسبی است که در آن ساختار جلسات آموزش، فرایند آموزش تغذیه، محتوای آموزش تغذیه و استراتژی‌های آموزشی و فعالیت‌های یادگیری مبتنی بر اصول برنامه‌ریزی آموزشی و در نظرگیری عناصر رفتاری مورد نظر باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش تغذیه، بازتوانی قلبی، اهداف یادگیری، تئوری رفتاری، فعالیت‌های یادگیری، آموزش گروهی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهار ۱۳۸۹؛ ۱۰(۱): ۹۲ تا ۱۰۰.

مقدمه

امروزه، علوم‌تربیتی و آموزشی گسترش یافته تئوری‌های آموزشی نقش مهمی در تغییر دانش، رفتار و عادات زندگی نشان داده‌اند. آموزش تغذیه نیز در حدود کارآیی و اثربخشی مورد نظر در تغییر رفتار بیماران باشد، باید از اصول برنامه‌ریزی آموزشی در تعیین محتوای آموزش و دستیابی به اهداف رفتاری مورد نظر بهره‌مند گردد(۱).

اهمیت تأکید بر مبحث آموزش در تغذیه درمانی و

* **نویسنده مسؤول:** مرتضی رفیعی (کارشناس تحقیقات)، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان. rafiei@edc.mui.ac.ir

نفیسه زاغیان (دانشجوی دکترای تغذیه) شماره ۲۶، مشتاق دوم، خیابان سلمان فارسی، اصفهان (na_zaghian@yahoo.com)؛ آزیتا رستمی، کارشناس دفتر مجله (azita_rostami51@yahoo.com)؛ آزیتا توکلی کارشناس ارزشیابی (az.tavakoli@yahoo.com)؛ و مژده غیاثی، کارشناس مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی (ghiasil@gmail.com)، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

این مقاله در تاریخ ۸۸/۹/۱۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۸/۱۲/۲۰ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱/۳۰ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

توجه به روش‌ها و مدل‌های کارآمد و اثربخش در آموزش تغذیه‌ای بیماران، برگرفته از نتایج پژوهش‌های متعددی است که ثابت کرده‌اند تغذیه، در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های غیر واگیر نقش مهمی دارد، بویژه که نشانه‌ها و یافته‌های گوناگون بیانگر نقش تغذیه در پیشگیری اولیه از بروز این بیماری‌ها و نیز پیشگیری از برگشت دوباره آنهاست(۲تا۴). اثربخش بودن و کارآیی آموزش تغذیه در ایجاد تغییرات مثبت و مداوم در الگوهای غذایی بیمارانی که در برنامه‌های آموزش گروهی تغذیه شرکت می‌کنند به اثبات و تأیید رسیده است(۵).

بطور کلی دو رویکرد عملی در مبحث تغذیه درمانی وجود دارد: یکی رژیم درمانی و مشاوره فردی که مبحثی بالینی و مبتنی بر مهارت‌های علمی و مهارت‌های بالینی متخصص تغذیه می‌باشد، و دیگری آموزش گروهی بیماران که بویژه در مراکز پیشگیری اولیه و پیشگیری سطح سوم (مراکز بازتوانی) کاربرد مهمی دارد. تجارب عملی گویای وجود موانع و مشکلاتی در دسترسی به آموزش مؤثر تغذیه در آموزش گروهی به بیماران است(۶). مهم‌ترین این مشکلات و موانع عبارتند از ناکافی بودن مهارت و دانسته‌های کارشناسان تغذیه درخصوص مدل‌ها و طرح‌های آموزش تغذیه به گروه‌های بیماران و پرداختن به تجویز رژیم‌های غذایی بجای آموزش تغذیه(۶تا۸).

با توجه به مطالب پیش‌گفت، مهم‌ترین اهداف نگارش این نوشتار عبارتند از ارائه مبانی و اصولی که کارشناسان و متخصصین تغذیه باید در طراحی ساختار جلسات آموزش تغذیه بیماران و نیز در تدوین محتوای آموزش، در نظر بگیرند و همچنین اشاره نمودن به موضوعات ساختاری و عواملی که کیفیت آموزش تغذیه گروهی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

پایه اصلی این نوشتار، تئوری تغییر رفتار می‌باشد که یکی از مباحث اصلی و روشن علوم‌تربیتی و آموزشی است. نظریه شناختی- اجتماعی (Social Cognitive Theory) یکی از چند نوع تئوری تغییر رفتار می‌باشد که در این نوشتار مورد نظر قرار گرفته است. این نظریه بر مفهوم خودتأثیری (Self-Efficacy) استوار است. کاربرد مفهوم خودتأثیری در فرایند آموزش باعث می‌شود تا این فرایند از مراحل افزایش آگاهی و دانش و مهارت فراتر رفته و عوامل مهمی نظیر تصمیم به تغییر در سمت و سوی نگرشی و نیز اعتماد به نفس در اجرای رفتارهای مطلوب را در فرد آموزش‌گیرنده ایجاد و تقویت نماید. بدیهی است این نوع آموزش گروهی که در آخر به ایجاد اعتماد به نفس در اجرا و به عمل درآوردن یک رفتار خاص در مخاطبین منجر می‌گردد، در آموزش‌های تئوری دیده نمی‌شود(۹). در تهیه و تدوین این مقاله سعی شده تا از منابع اطلاعاتی شامل مقالات، کتب و پایگاه‌های اطلاع- رسانی الکترونیکی WHF (بنیاد جهانی قلب)، AHF (بنیاد قلب استرالیا) و WFME (فدراسیون جهانی آموزش پزشکی)، که تجارب علمی و عملی کاربرد مدل‌های مختلف آموزشی در آموزش بیماران را بیان نموده‌اند، استفاده شود.

با توجه به گستردگی و تنوع بیماری‌های مرتبط با تغذیه و وجود محدودیت در ارائه یک راهنمای واحد آموزش تغذیه در همه آنها، در این مقاله سعی نمودیم تا بطور نمونه بیماران قلبی- عروقی مراجعه‌کننده به واحدهای بازتوانی قلبی که نمونه مناسبی از جلسات آموزش گروهی هستند مورد نظر قرار گیرند و با ارائه مثال‌های عملی، کاربرد تئوری‌های تغییر رفتار در آنها بررسی شود. بدیهی است این اصول دارای کاربرد برای آموزش گروهی همه بیماران می‌باشد.

تعیین دانش، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای مراجعین واحد بازتوانی قلبی

آنچه روشن است، برای هرگونه تصمیم‌گیری در تعیین محتوای آموزش و یا تغییر در آن و حتی تعیین استراتژی‌های آموزشی، نیازمند دانستن میزان پایه اطلاعات تغذیه‌ای بیمار مراجعه‌کننده و در مراحل بعدی، نگرش و عملکرد او هستیم. برای تعیین این امر، می‌توان پرسشنامه‌ای طراحی نمود که سطوح سه‌گانه پیش‌گفت را بررسی نماید و کارشناس تغذیه را در تعیین سطح آموزش برای آموزش‌های انفرادی و یا در درمانگاه‌های پر مراجعه، دسته‌بندی بیماران به سطوح مختلف کمک نماید(۱۰).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

ساختار جلسات آموزش

دانستن یک سری اطلاعات کلی از علوم گسترده و پیچیده غذایی برای پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در بلندمدت، برای شرکت‌کنندگان در برنامه بازتوانی قلبی ضروری است(۱۱). شواهد موجود نشان می‌دهد که افزایش زمان تعریف شده برای آموزش تغذیه در بازتوانی قلبی و افزایش تعداد تماس‌هایی که فرد آموزش‌دهنده تغذیه با فرد آموزش‌گیرنده برقرار می‌کند، در تغییر الگوهای غذایی فراگیران تأثیر بیشتری خواهد داشت(۱۲).

آموزش تغذیه در بازتوانی قلبی تا جایی که ممکن است باید در بیش از یک جلسه برگزار شود تا فرایند یادگیری را در فرد شرکت‌کننده آسان نماید. انتظار این امر که یک رژیم غذایی روزمره (رژیم فعلی فرد شرکت-کننده که سال‌هاست به آن عادت دارد) با برگزار کردن یک جلسه آموزش تغذیه تغییر یابد، غیر واقع‌بینانه به نظر می‌رسد و از آن گذشته برای افراد شرکت‌کننده نیز این امر مشکل است، چرا که باید در یک مدت کوتاه، اطلاعات متعدد و مختلفی را درباره تغذیه دریافت نمایند(۱۳).

از آنجا که امکانات، اجازه صرف زمان بیشتر برای آموزش تغذیه را نمی‌دهد، توانایی شرکت‌کنندگان در کسب دانش و مهارت‌های لازم، با تقسیم جلسات طولانی‌تر به جلسات کوتاه‌تر، افزایش خواهد یافت. بطور مثال، بهتر است یک جلسه یک تا یک و نیم ساعته به دو یا سه جلسه کوتاه‌تر نیم ساعته تقسیم شود(۱۴).

ممکن است بعضی از مراجعین در زمینه تغذیه به اطلاعات و یا مشاوره‌ای بیشتر از آنچه که در خلال برنامه‌های گروهی و تنها با تکیه بر بحث بازتوانی دریافت کرده‌اند، نیاز داشته باشند. برای مثال، مبتلایان به دیابت شیرین، چاقی، نارسایی قلبی و ریوی و... و یا افرادی که دارای شرایط متفاوت فرهنگی و زبانی می‌باشند. این افراد ممکن است نیازمند مشاوره اضافی و یا انفرادی با یک متخصص تغذیه باشند. ارائه اطلاعات به شکل نوشته یا سمعی و بصری نیز ممکن است کارآمد باشد. روش دیگر، ارجاع این بیماران به یک گروه رژیم درمانی تخصصی‌تر است که این گروه به صورت ویژه روی رژیم‌های مختلف غذایی کار می‌کنند.

پس اصول مهمی که در ساختار جلسات آموزش باید در نظر گرفته شوند، عبارتند از: توجه به محتوای مناسب با نیاز فراگیران، افزایش تعداد جلسات، پرهیز از طولانی شدن جلسات آموزش و انجام مشاوره‌های اختصاصی با برخی بیماران که نیاز به مشاوره دارند.

فرایند آموزش تغذیه

تمام جلسات آموزش تغذیه، باید اهداف یادگیری قاعده‌مندی داشته باشد که دانش، مهارت‌ها و دیگر قابلیت‌هایی را که افراد شرکت‌کننده در نتیجه حضور در جلسات کسب خواهند کرد، تعیین نماید(۱۵). این اهداف، فرد آموزش‌دهنده تغذیه را وادار خواهد کرد که در زمان مقرر از ارائه شدن تمامی مطالب کلیدی به شکل مؤثر و کارآمد اطمینان حاصل کند. بطور مؤکد توصیه می‌شود که روش آموزش و یادگیری به شکلی انتخاب شود که اهداف یادگیری پیش‌گفت در جلسات آموزشی کاملاً پوشش داده شوند.

تمام جلسات آموزش تغذیه باید بر یک مبنای اصولی مرتب و منظم (از نظر ترتیب و تکرار جلسات)، ارزشیابی شوند تا از تحقق اهداف یادگیری اطمینان حاصل شود. بر خلاف اهداف یادگیری که در هر جلسه آموزش بررسی می‌شوند، ارزشیابی برنامه آموزش باید کمینه هر یک سال یک بار انجام شود. این نوع ارزشیابی باید در برگیرنده ارزیابی میزان رضایت بیمار باشد که دلیل و شاهدی بر میزان اثرگذاری جلسات آموزشی، یعنی قابلیت‌ها و توانمندی‌هایی که افراد شرکت‌کننده طی جلسات کسب کرده‌اند، می‌باشد(۱۶).

دامنه اهداف یادگیری به‌ترتیب شامل این حوزه‌هاست:

۱. دانسته‌های بیمار (بطور مثال افزایش اطلاعات بیمار در خصوص غذاهای مضر)
۲. کاربرد مهارت‌ها در بیمار (بطور مثال، مهارت یافتن بیمار در تشخیص خوراک‌ها و غذاهای مضر از روی برچسب‌های آنها)
۳. تصمیم بر تغییر
۴. سمت و سوی نگرشی (بطور مثال، ایجاد این نگرش و اعتقاد که تغییر رژیم غذایی موجب بهبود بیماری قلبی او می‌شود)

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

جدول۱: نمونه اهداف یادگیری و پرسش‌های ارزشیابی مربوط به آن

دامنه	نمونه اهداف یادگیری	نمونه پرسش‌ها
دانسته‌های بیمار	با پایان یافتن جلسات آموزش، فرد شرکت‌کننده قادر خواهد بود منابع چربی‌های اشباع را نام ببرد	«سه غذا را نام ببرید که حاوی چربی های اشباع هستند»
کاربرد مهارت‌ها / دانسته‌های بیمار	با پایان یافتن جلسات آموزش، فرد شرکت‌کننده قادر خواهد بود مفهوم مطالب‌مندرج روی برچسب محصولات غذایی را شرح دهد.	شامل ارائه تصویری از یک برچسب غذایی است: از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود ماده‌ای که بیشترین میزان وزنی را در آن محصول دارد مشخص کرده؛ و دور موادی که دارای چربی اشباع هستند خط بکشد (مثلاً روغن نخل، نارگیل خشک).
تصمیم بر تغییر	با پایان یافتن جلسات آموزش، فرد شرکت‌کننده به تغییر و اصلاح جنبه‌های عادات غذایی خود که بر کاهش خطر بیماری قلبی- عروقی اثر مثبت دارند، تمایل نشان خواهد داد.	سؤال سنجش نگرش با مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق.
سمت و سوی نگرشی	با پایان یافتن جلسات آموزش، فرد شرکت‌کننده می‌پذیرد که فراگرفتن الگوهای غذایی محافظت کننده قلب یا cardio-protective به نفع سلامتی خودش خواهد بود.	سؤال سنجش نگرش با مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق.
اعتماد به نفس در تلاش برای تغییر- خودکفایی	با پایان یافتن جلسات آموزش، فرد شرکت‌کننده اعتماد به نفس خود در توانایی‌اش در ایجاد تغییرات رژیمی را ابراز خواهد کرد	سؤال سنجش نگرش با مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق.

۵. ایجاد اعتماد به نفس در تلاش برای تغییر.

جدول یک، نمونه اهداف یادگیری و پرسش‌های ارزشیابی مربوط به آن را نشان می‌دهد.

جلسات آموزش تغذیه باید ساختاری همگون با تئوری رفتاری داشته و در برگیرنده عناصر تغییر رفتار و دیگر فعالیت‌های مربوط به یادگیری باشد. آموزش تغذیه‌ای که با هدف و با تمرکز بر اصل رفتار انجام می‌شود، در مقایسه با آموزش تغذیه که شالوده آن فقط بر انتقال اطلاعات و مهارت‌ها باشد، بیشتر موجب شکل‌گیری تغییرات درازمدت در الگوهای غذایی می‌شود(۱۷تا۱۹). این نوع آموزش (آموزش سازگار با اصول رفتاری) می‌تواند شرکت‌کنندگان را برانگیزد که خودشان مسؤولیت کنترل و رسیدگی به وضعیت یادگیری و برآوردن نیازهایشان را پس از اتمام برنامه بر عهده گیرند.

محتوای آموزش تغذیه

۱. «تغذیه در تغییر شیوه و سبک زندگی مؤثر بوده و موجب کاهش خطر بیماری‌های قلبی- عروقی می‌شود». این موضوع باید به همه شرکت‌کنندگان در جلسه آموزش گروهی آموخته شود، از جمله کسانی که تحت مراقبت و درمان کاهش چربی قرار دارند(۱۵).

۲. اطلاعات تغذیه‌ای که به شرکت‌کنندگان در جلسات آموزش گروهی بازتوانی قلبی ارائه می‌شود باید دقیق، صریح، غیر متناقض و یکسان باشد. اگر اطلاعات تغذیه‌ای توسط یک متخصص تغذیه آگاه و باتجربه تهیه و بازبینی شود و بتواند تیم بازتوانی را هم پشتیبانی کند، بسیار ایده‌آل خواهد بود.

باید توجه نمود اطلاعاتی که به شکل غیر رسمی (در زمان برنامه بازتوانی) توسط کارکنان و اعضا گروه پزشکی ارائه می‌شود، با اطلاعاتی که در طول جلسه یا جلسات آموزش به شکل رسمی ارائه می‌گردد، یکسان و سازگار باشد. سایر متخصصین و کارشناسان حاضر در تیم بازتوانی، که مستقیماً در جریان آموزش تغذیه نیستند، باید یک دانش کلی در مورد موضوعات

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

کلیدی و اصلی تغذیه داشته باشند تا هدف مورد نظر برای هماهنگی ارائه مطالب به بیماران تأمین شود. ارائه محتوای نکات کلی به اعضای تیم، به عهده کارشناس تغذیه تیم بازتوانی است. بهتر است اطلاعاتی که در جلسات بازتوانی قلبی ارائه می‌شود حاوی نکات زیر باشد:

- تأکید بر اثربخشی اندازه‌گیری‌های مربوط به رژیم غذایی (سنجش مقادیر دریافت مواد مغذی و...) در جلب توجه بیمار و هدایت او به سوی بهبود بیماری قلبی- عروقی.
- ارائه اطلاعات کاربردی و ویژه که بیماران و خانواده‌هایشان بتوانند برای ایجاد تغییرات رژیمی و حفظ این تغییرات از آن استفاده کنند(۱۷).
- اصول خودکفایی، یعنی، خود بیمار پس از آموزش، کنترل‌کننده و مسؤول رژیم خود باشد(۱۱).

به علاوه آموزش تغذیه در بازتوانی قلبی باید بر جنبه‌های مثبت شیوه زندگی سالم تاکید داشته باشد و توجه به این نکته ضروری است که لذت بخش بودن غذای مورد استفاده و تنوع آن، از بخش های اصلی و عمده تغییرات رژیمی مطلوب، صحیح و بلند مدت است.

۳. اولویت‌بندی توصیه‌های مربوط به محتوای آموزش که در جدول دو آمده است، با در نظر گرفتن این واقعیت انجام شود که بسیاری از برنامه‌های بازتوانی از لحاظ امکانات، ساختار و سازماندهی، گاهی با محدودیت‌های شدیدی همراه هستند. عناوین و پیام‌های کلیدی که در طبقه «ضروری» گنجانده می‌شوند، همگی باید تحت پوشش برنامه‌های آموزش قرار گیرند، حتی چنان که از نظر زمان، محدودیت و تنگنا وجود داشته باشد. بقیه مطالب به‌ترتیب اولویت به صورت «اولویت بالا» و «اولویت متوسط» قرار می‌گیرند و باید توسط کارشناس تغذیه تیم تنظیم و ارائه گردد.

۴. در برنامه‌ریزی آموزش تغذیه با هدف پیشگیری از ابتلا به بیماری قلبی- عروقی، باید به کل غذای مصرفی توجه شود و نه فقط مقدار مصرف چربی. شرکت‌کنندگان در برنامه بازتوانی قلبی باید به در نظر گرفتن کل غذای مصرفی خود توصیه و تشویق شوند تا مطمئن شوند که با استفاده از یک الگوی غذای گوناگون و سرشار از مواد مغذی، میزان متعادل و درستی از چربی را نیز دریافت می‌کنند.

۵. با توجه به اینکه بعضی از گزینه‌های غذاهای سالم‌تر (مثلاً سبزی‌ها و میوه‌های تازه، محصولات لبنی کم‌چرب، محصولات کم‌نمک) در برخی مناطق، به راحتی و آسانی مناطق دیگر قابل دسترسی نیست، در این موارد باید شرکت‌کنندگان در برنامه بازتوانی قلبی را به استفاده از محصولات مشابه تشویق نمود. برای مثال، میوه‌ها و سبزی‌های یخ زده یا کنسرو شده، و یا بررسی این که در صورت عدم دسترسی به مواد غذایی مورد نیازشان چه تغییرات دیگری را می‌توانند به وجود بیاورند که به سود آنها باشد؟ یا این که به سوپر مارکت یا فروشگاه مواد غذایی محلی خود بروند و مواد غذایی مطمئن و مناسب را انتخاب کنند. شرایط جغرافیایی محلی، تعیین‌کننده این امر است که چه امکاناتی در اختیار فرد قرار دارد. بنابراین، باید شرکت‌کنندگان در برنامه بازتوانی قلبی را به یافتن راهی برای پیروزی بر این موانع تشویق نمود.

۶. برنامه‌های بازتوانی که در آنها بر آموزش تغذیه تأکید بسیار شده و چندین ساعت را به این امر تغذیه اختصاص داده‌اند، ممکن است قادر نباشند به پرسش‌ها و نگرانی‌ها و موارد مورد نظر همه افراد شرکت‌کننده رسیدگی کنند. به همین علت، بسیار مهم است که افراد شرکت کننده، به متخصصین مربوطه ارجاع شوند تا در مواقع لازم، مشاوره انفرادی دریافت کرده و این انگیزه و توانایی در آنها برانگیخته شود که خودشان می‌توانند به وضعیت تغذیه خود رسیدگی کنند و آن را کنترل نمایند. یکی از گزینه‌ها این است که منابعی به بیماران معرفی شود که اطلاعات تغذیه‌ای دقیق و صحیحی را ارائه دهند، از جمله تارنماهای تغذیه‌ای و یا کتاب‌ها و منابع معتبر آموزش تغذیه.

استراتژی‌های آموزشی و فعالیت‌های یادگیری (Teaching Strategy and Learning Activity)

عناوین استراتژی‌های آموزشی و فعالیت‌های یادگیری که به استفاده از آنها در جلسات آموزشی توصیه می‌شود.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

جدول۲: توصیه‌هایی درباره انواع محتوای آموزش تغذیه در برنامه‌های بازتوانی قلبی

اولویت	عنوان	پیام یا پیام‌های آموزشی کلیدی
محتوای ضروری	تاثیر سودمند دخالت تغذیه در کاهش خطر CVD	– شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که رابطه بین الگوهای غذایی (برای مثال، میزان مصرف چربی رژیمی) و مراحل نهایی CVD (یعنی، لخته شدن و وقفه جریان خون در رگ‌های عضله‌ی قلب یا سکته یا Myocardial Infarction، مرگ ناشی از بیماری قلبی- عروقی و حمله قلبی) را نشان می‌دهد. – اصلاح و تعدیل تغذیه و شیوه زندگی موجب کاهش خطر CVD برای همه شرکت‌کنندگان در برنامه بازتوانی می‌شود، از جمله آنهایی که تحت مراقبت و درمان کاهش لیپید قرار دارند.
محتوای ضروری	چربی رژیمی	– نقش چربی‌های مختلف در CVD یعنی اسیدهای چرب اشباع و ترانس باعث افزایش کلسترول خون شده و اسیدهای چرب غیر اشباع Poly-Unsaturated/Monounsaturated باعث کاهش کلسترول خون می‌شوند. – چربی‌های اشباع (و اسیدهای چرب ترانس) را کاهش دهید تا خطر CVD تقلیل یابد. – به جای چربی‌های اشباع و اسیدهای چرب ترانس، از اسیدهای چرب غیر اشباع PUFA (Poly-Unsaturated Fatty Acid) و همچنین MUFA (Mono-Unsaturated Fatty Acid) استفاده کنید. – غذاهایی را که منبع چربی‌های مختلف یعنی چربی‌های اشباع و اسیدهای چرب ترانس و Monoو Poly هستند را شناسایی کنید و هر هفته، دو وعده غذایی ماهی مصرف کنید. – مصرف کلسترول غذایی، کلسترول خون را افزایش می دهد ولی نه به آن حدی که چربی‌های اشباع افزایش می‌دهد. غذاهای غنی از کلسترول را محدود کنید (مثل زرده تخم مرغ، جگر، کله پاچه، دل و قلوه).
محتوای ضروری	تنوع	– تنوع غذاها از گروه‌های غذایی مختلف و در درون گروه‌های غذایی. – ترغیب به مصرف غذاهای گیاهی، سبزی‌ها، حبوبات، میوه‌ها و غذاهای غله‌ای (ترجیحاً سبوس‌دار). – ترغیب به مصرف ماهی کمینه دو وعده در هفته، تعدیل مقدار مصرف گوشت کم‌چرب و محصولات لبنی کم‌چرب و تعدیل مقادیر PUFA و MUFA.
محتوای ضروری	تعادل انرژی و وزن	– مجموع انرژی مصرفی و تأثیر آن روی وزن بدن – نقش فعالیت بدنی در کسب و حفظ تعادل وزن بدن و سلامت آن
اولویت بالا	خرید مواد غذایی سالم	– تفسیر اطلاعات تغذیه ای برچسب (روی محصولات) و بسته بندی مواد غذایی
اولویت بالا	شیوه‌های آشپزی و دستورالعمل‌ها	– سلامت غذاهایی که از اغذیه فروشی و رستوران انتخاب می شوند و شیوه‌های آشپزی – پرهیز از مصرف SFA – مصرف PUFA و MUFA به جای اسیدهای چرب اشباع
اولویت متوسط	فیبر (CHOها)	– فیبرهای رژیمی، به ویژه فیبرهای غله‌ای، خطر CVD را کاهش می‌دهند. – شناسایی غذاهایی که منبع فیبر هستند (از جمله حبوبات و غلات سبوس‌دار)
اولویت متوسط	نمک / سدیم	– نمک و فشار خون – روش‌هایی برای کاهش مصرف نمک پرهیز از غذاهایی که خیلی نمک دارند (به ویژه غذاهای کنسرو شده و غذاهای آماده در اغذیه فروشی‌ها که نمک زیادی دارند و شورند) پرهیز از اضافه کردن نمک و به جای آن، استفاده از افزودنی‌ها و طعم‌دهنده‌های دیگر (مانند سبزی‌ها و گیاهان معطر و همچنین ادویه‌ها). مصرف بیشتر میوه و سبزی – کنترل وزن و فشار خون

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

بشرح زیر است(۱۸و۱۹):

- ارائه مطالب به صورت کنفرانس درسی با استفاده از اصول یادگیری بزرگسالان با در نظر گرفتن نکات زیر:
  ۱. تأکید بر این نکته که چگونه کسب اطلاعات باعث کاهش یافتن و به کمینه رسیدن خطر بروز حوادث قلبی بیشتر در فرد شرکت‌کننده می‌شود.
  ۲. پیش‌بینی و ایجاد فرصت‌های کافی برای این که افراد یادگیرنده سؤالات خود را مطرح کنند.
  ۳. ارائه مثال برای توضیح و تشریح هر چه بهتر مفاهیم.
- استدلال و ارائه نمونه (مثلاً با استفاده از محصولات غذایی و بسته‌بندی آنها).
- نمایش عملی مهارت‌هایی که انتظار می‌رود شرکت‌کنندگان آنها را یاد گیرند.
- جلسه تمرین مهارت‌ها (برای مثال، شرکت‌کنندگان تفسیر اطلاعات روی بر چسب محصولات را تمرین کنند).
- ایفای نقش درخصوص سمت و سوی نگرشی (برای مثال، شرکت‌کنندگان می‌توانند این نقش را بازی کنند که برای صرف غذا به بیرون رفته‌اند و منوهای رستوران در اختیار آنها قرار می‌گیرد تا انتخاب‌های صحیح و مناسب را شناسایی کنند).
- بحث گروهی در مورد اطلاعات داده شده.
- بحث گروهی در مورد عادات غذایی (مثلاً بحث در مورد روش‌های افزایش مصرف میوه‌ها، سبزی‌ها، بحث در مورد برنامه‌ها و دستورالعمل‌ها).
- آزمایش (مانند چشیدن مزه‌ها، تصمیم‌گیری در مورد منوی غذایی، آشپزی)
- ایفای نقش در مورد خودکفایی (برای مثال، افراد شرکت‌کننده می‌توانند این را تمرین کنند که هنگام برخورد با مشکلات موجود در تغییرات رژیم غذایی، خودشان راه حل را پیدا کنند).

نتیجه‌گیری

آموزش بر مبنای تئوری تغییر رفتار بر مفهوم خودتأثیری (self-efficacy) استوار است. برخلاف سایر آموزش‌های تئوری مفهوم خود تأثیری در این نوع آموزش باعث می‌گردد تا بیمار پس از مراحل افزایش آگاهی و مهارت، مصمم به تغییر در سمت و سوی نگرشی گردیده و اعتماد به نفس در اجرای رفتارهای مورد انتظار را کسب نماید.

دستیابی به اهداف آموزشی مورد نظر در ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار بیماران در جلسات آموزشی گروهی تغذیه نتیجه تدوین و طراحی مدل و راهنمای آموزشی مناسب است. این مدل و راهنما ابتدا باید بطور آسان و ملموس در اختیار کارشناس یا متخصص تغذیه تیم درمانی بوده و ثانیاً قابل کاربرد و استفاده برای سایر اعضا و تیم درمانی باشد تا این افراد، که گاهی به صورت پراکنده و غیرمستقیم اطلاعات تغذیه‌ای را در اختیار بیمار قرار می‌دهند، به اهمیت رعایت اصول در آموزش تغذیه به بیماران آگاه شوند تا از ارائه اطلاعات پراکنده و غیر منسجم به بیماران خودداری نمایند. مدل و راهنمای آموزش تغذیه باید بر اساس اصولی باشند که این اصول دربرگیرنده موضوعات ساختاری و عوامل مؤثر در کیفیت آموزش تغذیه بوده و در آن توصیف واضح و روشن نگرش‌های رفتاری و فعالیت‌های یادگیری مربوطه که در آموزش تغذیه گروهی برای بیماران کاربرد بالقوه دارد، در نظر گرفته شود. محتوای این راهنما باید شامل مباحث شامل ساختار آموزش، فرایند آموزش تغذیه، محتوای آموزش تغذیه و استراتژی‌های آموزشی و فعالیت‌های یادگیری مربوطه باشد.

منابع

1. Frame GT, Green CG, Herr DG, Taylor ML. A 2-yaer stage of change evaluation of dietary fat and fruit vegetable intake lotharios of cardiac rehabilitation patients. Am J health Promot 2003 Jul-Aug; 17(6): 361-8.
2. National Heart Foundation of Australia-position statement on dietary fats and overweight/obesity. Nutruition and Dietetics. [cited 2010 May11]. Available from: http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/Dietary%20fat%20ovob%20position%20N

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

utDiet.pdf
3. Gohlke H, Winter M, Karoff M, Held K. CARRISMA: a new tool to improve risk stratification and guidance of patients in cardiovascular risk management in primary prevention. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007 Feb; 14(1): 141-8.
4. Hooper L; UK Heart Health and Thoracic Dietitians Interest Group (Specialist interest group of the British Dietetic Association). Dietetic guidelines: diet in secondary prevention of cardiovascular disease. J Hum Nutr Diet 2001 Aug; 14(4): 297-305.
5. Karvetti R, Hamalainen H. Long-term effects of nutrition education on myocardial infarction patients: a 10-year follow-up study. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease 1993; 3: 185-92.
6. Paxton F, Ball M, Bunker S, Cooper C. Nutrition education in outpatient cardiac rehabilitation programs. Aust J Nutr Diet 1999; 56: 76-80.
7. Paxton F, Ball MJ. Evaluation the short-tern impact of nutrition education in out patient cardiac rehabilitation programs. Asia Pac J Clin Nutr 2004; 13(suppl): s61.
8. McBurney H, Morrow l, Briffa T, Norton k. Performance indicators for cardiac rehabilitation in Australia. Victoria: Australian Cardiac Rehabilitation Association and National Heart Foundation of Australia. 2004.
9. Rafiei M. [Rahnamaye amouzeshe taghzieh]. Isfahan: Sepahan Danesh. 2007. [Persian]
10. Dalal HM, Evans PH. Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. BMJ 2003 Mar 1; 326(7387): 481-4.
11. Montgomery DA, Amos RJ. Nutrition information needs during cardiac rehabilitation: perceptions of the cardiac patient and spouse. J Am Diet Assoc 1991 Sep; 91(9): 1078-83.
12. Hoelscher DM, Evans A, Parcel GS, Kelder SH. Designing effective nutrition interventions for adolescents. J Am Diet Assoc 2002 Mar; 102(3 suppl): s52-63.
13. Lorig K. Patients Education: a practical approach. 3rd ed. California: Sage Publicationas Inc Thousand Oaks. 2001.
14. Dickin KL, Dollahite JS, Habicht JP. Nutrition behavior change among EFNEP participants is higher at sites that are well managed and whose front-line nutrition educators value the program. J Nutr 2005 Sep; 135(9): 2199-205.
15. Zhang H, Alexander JA, Luttrell J, O'Connor GT, Daley J, Paris M. Data feedback and clinical process improvement in acute myocardial infarction. Am Heart J 2005 May; 149(5): 856-61.
16. Stone JA, Arthur HM; Canadian Association of Cardiac Rehabilitation Guidelines Writing Group. Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention, second edition, 2004: executive summary. Can J Cardiol 2005 Oct; 21(suppl D): 3D-19D.
17. Rafiei M, Nord M, Sadeghizadeh A, Entezari MH. Assessing the internal validity of a household survey-based food security measure adapted for use in Iran. Nutr J 2009 Jun 26; 8: 28.
18. Pelletier S, Kundrat S, Hasler CM. Effects of a functional foods nutrition education program with cardiac rehabilitation patients. J Cardiopulm Rehabil 2003 Sep-Oct; 23(5): 334-40.
19. Timlin MT, Shores KV, Reicks M. Behavior change outcomes in an outpatient cardiac rehabilitation program. J Am Diet Assoc 2002 May; 102(5): 664-71.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

Principles of Nutritional Training and Counseling for Patients in Group Training Sessions Based on Behavioral Change Theory

Rafiei M, Zaghian N, Rostami A, Tavakoli A, Ghiasi M.

Abstract

The advance in educational sciences has demonstrated the effective role of behavioral theories in changing individuals' knowledge, attitude, and habits. Therefore, in order to have efficient and effective training about nutrition especially in group education sessions, applying curriculum development principles in determining educational content is inevitable

The problems and obstacles in having effective nutrition education in units dealing with nutrition education especially in group sessions includes: lack of effective models and strategies for nutrition education, relying only on routine diets and providing different and unreliable information by different members of the treatment team for the patients. These problems motivated us to present this article in order to attain three general objectives. First, introducing general principles for education and group counseling in order to enhance the efficacy of nutrition education; second, investigating factors affecting the quality of nutrition education through pointing to some important subjects; and the third, providing a clear description for some behavioral attitudes and their related learning activities which are effective in nutrition education.

This work explains that achieving educational objectives for making proper changes in patients' behavior is due to development and designing an appropriate educational model and guide. In such model, the structure of educational sessions, the procedure for nutrition education, the educational content, the educational strategies, and learning activities are based on curriculum development principles in which related behavioral elements have been considered.

Keywords: Nutrition education, Cardiac rehabilitation, Learning objectives, Behavioral theory, Learning activities, Group education.

Addresses:
Corresponding Author: Morteza Rafiei, Research Expert, Medical Education Research Center, Medical Education Development Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: rafiei@edc.mui.ac.ir
Nafiseh zaghian, PhD student of Nutrition, E-mail: na_zaghian@yahoo.com
Azitta Rostami, Education expert, Iranian Journal of Medical Education Office, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: azita_rostami51@yahoo.com
Azita Tavakoli, Evaluation expert, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: Az.tavakili@yahoo.com
Mojdeh Ghiasi, Evaluation expert, Medical Education research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: ghiai1@gmail.com

Source: Iranian Journal of Medical Education 2010 Spr; 10(1): 92-99.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]