



Semnan University of Medical Sciences

# KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

**Volume 20, Issue 3 (Summer 2018), 417-602**

**ISSN: 1608-7046**

**Full text of all articles indexed in:**

*Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase*

---

## تأثیر بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم بر کنترل هیپرتانسیون

بهروز رضایی<sup>۱</sup> (M.Sc)، معصومه همتی مسلک پاک<sup>۲</sup> (Ph.D)، کمال خادم‌وطن<sup>۳</sup> (M.D)

۱- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲- مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

۳- گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۷/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۴۴۱۳۲۷۵۴۹۶۱ hemmatma@yahoo.com

### چکیده

هدف: سبک زندگی بر سلامت فرد تأثیرگذار است، اتخاذ سبک زندگی ناسالم می‌تواند زمینه‌ساز بروز بیماری‌های مختلف از جمله هیپرتانسیون شود. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم بر کنترل هیپرتانسیون انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کارآزمایی بالینی بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به هیپرتانسیون مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب سیدالشهدای ارومیه انجام شد. پس از انتخاب نمونه‌ها به صورت در دسترس، به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند. قبل از شروع مداخله و دو ماه بعد از مداخله در هر دو گروه فشار خون با استفاده از فشارسنج جیوه‌ای اندازه‌گیری و ثبت شد. در گروه آزمون ۱۲ جلسه بحث گروهی، در مورد سبک زندگی سالم انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همگن بودند ( $p > 0/05$ ). قبل از مداخله میانگین نمره فشار خون دیاستولیک و سیستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $p > 0/05$ ) ولی بعد از مداخله میانگین نمرات فشار خون دیاستولیک و سیستولیک بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری داشت ( $p = 0/0001$ ). نتیجه‌گیری: بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم توانست باعث کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در مددجویان مبتلا به هیپرتانسیون شود. لذا پیشنهاد می‌شود از این روش برای کاهش فشار خون بیماران با فشار خون بالا استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: پرفشاری خون، فرایندهای گروهی، سبک زندگی سالم

### مقدمه

به دنبال ایجاد فشارخون، کنترل فشارخون بالا از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد تا شانس ایجاد عوارض به واسطه فشارخون به حداقل مقدار خود برسد. علی‌رغم این که پیشگیری و درمان پرفشاری خون مورد توجه قرار گرفته و راه‌کارهای مشخص برای درمان آن ارائه گردیده [۷،۶]، اما هم‌چنان میزان‌های گزارش شده برای کنترل فشار خون نامیدکننده است [۸]. کنترل و درمان هیپرتانسیون در ایران مطلوب نیست به طوری که مطالعه طولی عزیزی و همکاران در سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ نشان داد ۶۰ درصد از افراد مبتلا به هیپرتانسیون علی‌رغم آگاهی از بیماری خود، فشارخون کنترل نشده داشته‌اند [۹]. پرفشاری خون طولانی‌مدت در نهایت به عروق خونی سراسر بدن به خصوص ارگان‌های حیاتی از قبیل قلب، کلیه‌ها و مغز آسیب می‌رساند.

امروزه افزایش فشارخون، مهم‌ترین عامل خطر بیماری قلبی، عروق کرونری، مغزی و کلیوی است [۱]. شیوع بالای هیپرتانسیون، این بیماری را به یک مشکل عمده بهداشتی در سراسر دنیا تبدیل نموده است [۲]. وجود یک بلیون فرد مبتلا به هیپرتانسیون و وقوع سالانه ۴ میلیون مرگ در جهان از نتایج مستقیم این بیماری است [۳]. در طرح کشوری بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سال ۱۳۸۳ میزان شیوع خام پرفشاری خون در جوامع شهری و روستایی ایران به ترتیب ۳۰/۵ درصد و ۲۹/۲ درصد برآورد گردید [۴]. تحقیقات نشان داده است که میزان شیوع این بیماری در تمام کشورها به ویژه ایران در حال افزایش است [۵].

در تمام بیماران بود [۲۳]. مطالعه‌ای تحت عنوان آموزش گروهی و برنامه آموزشی برای مددجویان میان‌سال مبتلا به پرفشاری خون در سال ۲۰۱۰ توسط Song و همکاران در شهر سئول کره جنوبی انجام شد. از نتایج این مطالعه می‌توان تاثیر بحث گروهی و ورزش گروهی در کاهش فشار خون سیستمیک و تمایل به سبک زندگی سالم و تمایل به ورزش را اشاره کرد [۲۴]. با توجه به اهمیت تاثیر سبک زندگی بر شیوع هیپرتانسیون و با اهتمام به اهمیت تاثیر بحث گروهی در تغییر رفتار، پژوهشگران با اشراف به اهمیت ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی در تغییر رفتار و عادات مربوط به سبک زندگی، مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم بر کنترل پرفشاری خون در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی و درمانی تخصصی قلب سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام دادند.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی با کد IRCT2015122317059N4 می‌باشد که با مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به شماره ۱۳۹۴۰۲۷۵ IR.umsu.irc به صورت قبل و بعد انجام شد. ۵۰ نفر با هیپرتانسیون از مراجعین به درمانگاه قلب سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۳۹۵ به صورت در دسترس انتخاب شدند و پس از آن به صورت تصادفی در دو گروه ۲۵ نفره کنترل و آزمون تخصیص داده شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعه صادقی و همکاران [۲۵]، با توجه به  $\alpha=0/05$  و توان آزمون ۸۰ درصد با استفاده از نرم‌افزار Power SSC تعیین شد. نمونه‌ها از بین افرادی که معیارهای ورود به مطالعه شامل توانایی و تمایل فرد برای شرکت در مطالعه، سن بین ۶۰-۳۰ سال، امکان و توانایی برقراری تماس تلفنی، نداشتن بیماری زمینه‌ای سخت مثل سرطان و دیابت و غیره، نداشتن سابقه اعتیاد به مواد مخدر، سکونت در شهر ارومیه، گذشتن حداقل یک سال از تشخیص قطعی هیپرتانسیون در فرد (فشارخون سیستمیک بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون دیاستولیک بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه)، استفاده از داروهای کنترل‌کننده فشار توسط بیمار و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی مشابه را داشتند، انتخاب شدند. در ابتدای کار به بیماران در مورد اهمیت انجام پژوهش و روند پیگیری برنامه آموزشی و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات آموزش کافی داده شد. پس از کسب رضایت‌نامه از بیماران، مشخصات جمعیت‌شناختی آن‌ها توسط پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی در ارتباط با سن، جنس، کفایت درآمد، وضعیت

عواقب معمول هیپرتانسیون کنترل نشده عبارت از سکتة قلبی، نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی و اختلال بینایی است [۱۰]. امروزه اکثر مشکلات بهداشتی سلامتی مانند چاقی، انواع سرطان‌ها و هیپرتانسیون و مرگ و میر ناشی از آن‌ها با دگرگونی سبک‌های زندگی ارتباط دارد و نتیجه رفتارهای افراد و شیوه زندگی آن‌ها است [۱۱، ۱۲]. سازمان جهانی بهداشت اصطلاح سبک زندگی را بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهم‌کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی حاصل می‌شود [۱۳]. سبک زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کارها و عادت‌های رفتاری در افراد و گروه‌ها به‌خصوص با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی - اقتصادی، روابط اجتماعی و شخصیت آن‌ها مورد توجه قرار گیرد [۱۴]. رفتار و سبک زندگی ناسالم در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی بیش‌تر از شرایط طبی و استعداد ژنتیکی نقش دارد [۱۷-۱۵]. در حیطه آموزش بهداشت یکی از نکاتی که حین کار مطرح می‌شود انتخاب روش آموزشی مناسب برای اصلاح سبک زندگی است و در میان روش‌های آموزشی بحث گروهی می‌تواند روش کارآمدی برای آموزش بهداشت به شمار رود بحث گروهی یکی از روش‌های فعال و نوین و از مفیدترین و معتبرترین روش‌های آموزشی به بیماران مزمن می‌باشد [۱۸].

روش تدریس بحث گروهی، یکی از انواع روش‌های سنتی است که در بیش‌تر مراکز آموزشی دنیا در طول تاریخ آموزش و پرورش از آن استفاده کرده‌اند و امروزه نیز یکی از متداول‌ترین روش‌های حاکم است [۱۹]. بحث گروهی روشی است سنجیده و منظم که به افراد فرصت می‌دهد تا نظرات، عقاید و تجربیات خود را در مورد مسائل مشترکشان به بحث بگذارند. روش بحث گروهی با ایجاد وابستگی در اعضای گروه، بارش افکار، تکاپوی دسته جمعی و تلاش در انطباق با گروه میزان قدرت تجزیه و تحلیل و قضاوت در بین گروه را برمی‌انگیزد. بدین شکل بیماران در تعامل با یک‌دیگر از تجارب و نظرات یک‌دیگر استفاده می‌کنند [۲۰، ۲۱]. به طوری که به کارگیری بحث گروهی در ارتقاء توانمندی، در قضاوت و در استدلال‌های تشخیصی افراد می‌تواند به عنوان یک روش آموزشی کارآمد تلقی شود [۲۲]. مطالعه‌ای تحت عنوان فرایند پیگیری و بحث پیرامون تغییرات سبک زندگی در افراد با هیپرتانسیون در سال ۲۰۰۵ توسط Drevenhorn و همکاران انجام شد، از نتایج این مطالعه کاهش فشار خون سیستمیک

از گذشت دو ماه از بحث گروهی فشار خون هر بیمار چهار مرتبه اندازه‌گیری و میانگین آن به عنوان فشار خون بیمار پس از مداخله ثبت شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. پس از اطمینان از طبیعی بودن توزیع متغیرها (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف) از آزمون تی مستقل برای مقایسه میان نمره فشارخون بین دو گروه استفاده شد. از آزمون آماری کای دو برای مقایسه علایم فیزیولوژیک فشارخون بین دو گروه استفاده شد. ( $p < 0.05$ ) به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### نتایج

نتایج آزمون آماری کای دو و تی مستقل نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای جمعیت شناختی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۱).

طبق نتایج به دست آمده از آزمون تی مستقل، قبل از مداخله، میانگین نمرات فشار خون سیستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P = 0.862$ )، ولی بعد از مداخله، در میانگین نمرات فشارخون سیستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P = 0.001$ ). آزمون آماری تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله، در میانگین نمرات فشارخون دیاستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P = 0.115$ ). ولی بعد از مداخله، در میانگین نمرات فشارخون دیاستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P = 0.001$ ) (جدول ۲).

آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمرات فشارخون سیستولیک و دیاستولیک ابتدا و انتهای مطالعه درون گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت ( $p < 0.05$ )، که این تفاوت به علت افزایش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران در این گروه در انتهای مطالعه بود. ولی در گروه آزمون، میانگین نمرات فشارخون سیستولیک و دیاستولیک قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری به علت کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران در این گروه بعد از مداخله داشت ( $P = 0.001$ ) (جدول ۳).

نتایج آزمون آماری کای دو نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر علایم فیزیولوژیک قبل از مداخله در سردرد، سرگیجه، خستگی زودرس، شب‌اداری، تپش قلب و ایمنوتانس تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0.05$ )، ولی بعد از مداخله در علایم فیزیولوژیک سردرد، سرگیجه، خستگی زودرس، تپش قلب و ایمنوتانس تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p < 0.05$ ) (جدول ۴).

ناهل، تحصیلات و شغل تکمیل گردید. قد بیماران با استفاده از متر نواری بر حسب سانتی‌متر در حالی که بیمار بدون کفش و پشت به دیوار ایستاده بود، اندازه‌گیری شد. وزن بیمار بدون کفش و با حداقل لباس با استفاده از ترازوی پزشکی بر حسب کیلوگرم اندازه‌گیری شد. فشار خون آنان قبل از مداخله در چهار نوبت به فاصله پنج دقیقه با استفاده از فشارسنج جیوه‌ای کالیبر شده توسط پژوهشگر اول مطالعه اندازه‌گیری و ثبت شد، و میانگین این چهار نوبت به عنوان فشارخون قبل از مداخله در نظر گرفته شد. قابل ذکر است که نیم‌ساعت قبل از اندازه‌گیری اطمینان حاصل شد بیماران از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و مثانه خود را خالی کردند. هم‌چنین تمام بیماران ۵ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشار خون استراحت کرده و بدون اضطراب، هیجان و درد بودند. محل اندازه‌گیری فشار خون اتاقی بود به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب بود. برای بررسی علایم فیزیولوژیک هیپرتانسیون از چک‌لیست حاوی ۶ سوال استفاده شد. برای تعیین اعتبار فشارسنج از فشارسنج جیوه‌ای "یاماسو" استفاده شد و برای تمام واحدهای پژوهش از یک دستگاه فشارسنج واحد استفاده گردید. برای تعیین اعتبار علمی فشارسنج، فشار خون ۱۰ نفر توسط یک نفر در دو مرحله اندازه‌گیری شد. سوالات چک‌لیست علایم فیزیولوژیک هیپرتانسیون از کتاب‌های معتبر استخراج شده و روایی آن توسط ۵ نفر از پزشکان متخصص قلب تایید شد.

سپس بیماران به روش تخصیص تصادفی و با استفاده از کارت‌هایی با دو رنگ متفاوت که داخل پاکت مخصوص قرار داده شده بودند به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند. به طوری که بیماران به صورت بی‌اطلاع از مفهوم رنگ‌ها گروه خود را انتخاب کردند. قابل ذکر است جهت کنترل و مفید واقع شدن بحث گروهی، گروه آزمون به دو زیر گروه ۱۲ و ۱۳ نفره تقسیم شد. برای هر زیر گروه آزمون ۱۲ جلسه بحث گروهی (۳ جلسه‌ی یک ساعته در هر هفته و به مدت ۴ هفته) در درمانگاه مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه با رهبری پژوهشگر برگزار شد. موضوعات مطرح شده در جلسات بحث گروهی با محوریت ماهیت هیپرتانسیون، بود. هیپرتانسیون و عوارض، تغذیه سالم، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی، عدم استعمال دخانیات، کنترل استرس، مصرف منظم داروها و مراجعه منظم به درمانگاه جهت کنترل و ثبت فشار خون موضوعات بحث گروهی بود. در طول جلسات با سوالات باز اعضای گروه نظرات خود را بیان نموده و این نظرات به بحث گذاشته می‌شد. پس از اجرای مداخله (بحث گروهی) به فاصله هر ۱۵ روز فشار خون بیماران کنترل شد و به این ترتیب پس

جدول ۱. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین دو گروه کنترل و آزمون

| نتیجه آزمون | گروه کنترل   |              | متغیر  |
|-------------|--------------|--------------|--|
|             | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |  |
| P**=۰/۲۸۵   | ۱۴ (۵۶)      | ۱۵ (۶۰)      | زن   |
|             | ۱۱ (۴۴)      | ۱۰ (۴۰)      | مرد  |
| P**=۰/۳۱۲   | ۰ (۰)        | ۱ (۴)        | مجرد   |
|             | ۲۵ (۱۰۰)     | ۲۴ (۹۶)      | متاهل  |
| P**=۰/۴۲۶   | ۱ (۴)        | ۰ (۰)        | بیکار  |
|             | ۱۸ (۷۲)      | ۱۶ (۶۴)      | شاغل   |
|             | ۴ (۱۶)       | ۸ (۳۲)       | خانه دار   |
|             | ۲ (۸)        | ۱ (۴)        | بازنشسته   |
| P**=۰/۰۵۹   | ۰ (۰)        | ۰ (۰)        | بیسواد   |
|             | ۲۱ (۸۴)      | ۲۳ (۹۲)      | زیر دیپلم  |
|             | ۴ (۱۶)       | ۲ (۸)        | دیپلم و بالاتر                                   |
| P=۰/۲۰۰     | ۰ (۰)        | ۳ (۱۲)       | بله  |
|             | ۲۲ (۸۸)      | ۱۹ (۷۶)      | تا حدودی   |
|             | ۳ (۱۲)       | ۳ (۱۲)       | خیر  |
| P**=۰/۵۳۲   | ۵۴/۲۸±۸/۸۲   | ۵۳/۲۰±۱۰/۰۵  | میانگین و انحراف معیار سن (سال)                  |
| P**=۰/۰۷۷   | ۲۴/۱۰±۲/۱۰   | ۲۴/۷۷±۲/۹۰   | (کیلوگرم بر متر مربع) BMI میانگین و انحراف معیار |

آزمون تی مستقل P\* آزمون کای دو P\*\*

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره های فشارخون سیستولیک و دیاستولیک قبل و بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و آزمون

| نتیجه آزمون تی مستقل | آزمون                  | کنترل                  | فشارخون میلی متر بر جیوه        |
|----------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
|                      | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار |                                 |
| P=۰/۸۶۲              | ۱۴۶/۸۰±۱۴/۱۸           | ۱۵۲/۴۸±۱۳/۲۸           | فشارخون سیستولیک قبل از مداخله  |
| P=۰/۰۰۰۱             | ۱۳۸/۴۰±۱۱/۴۳           | ۱۵۴/۶۸±۱۳/۲۷           | فشارخون سیستولیک بعد از مداخله  |
| P=۰/۵۵۲              | ۸۳/۹۶±۱۰/۲۴            | ۸۵/۴۸±۷/۵۱             | فشارخون دیاستولیک قبل از مداخله |
| P=۰/۰۰۰۱             | ۷۵/۲۰±۸/۳۵             | ۸۶/۸۸±۸/۰۰             | فشارخون دیاستولیک بعد از مداخله |

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره های فشارخون سیستولیک و دیاستولیک قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

| نتیجه آزمون تی زوجی | میانگین و انحراف معیار |              | گروه              |               |
|---------------------|------------------------|--------------|-------------------|---------------|
|                     | آزمون                  | کنترل        | قبل از مداخله     | بعد از مداخله |
| P=۰/۰۰۰۱            | ۱۴۶/۸۰±۱۴/۱۸           | ۱۵۲/۴۸±۱۳/۲۸ | فشارخون سیستولیک  | کنترل         |
|                     | ۱۳۸/۴۰±۱۱/۴۳           | ۱۵۴/۶۸±۱۳/۲۷ | فشارخون سیستولیک  |               |
| P=۰/۰۰۳             | ۸۳/۹۶±۱۰/۲۴            | ۸۵/۴۸±۷/۵۱   | فشارخون دیاستولیک | آزمون         |
|                     | ۷۵/۲۰±۸/۳۵             | ۸۶/۸۸±۸/۰۰   | فشارخون دیاستولیک |               |

جدول ۴. مقایسه علایم فیزیولوژیک فشارخون بین دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

| نتیجه آزمون کای دو | گروه کنترل   |              | گروه آزمون   |               | علایم فیزیولوژیک |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|
|                    | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد)  |                  |
| P=۰/۷۵۸            | ۱۷ (۶۸)      | ۱۸ (۷۲)      | بله          | قبل از مداخله | سردرد            |
|                    | ۸ (۳۲)       | ۷ (۲۸)       | خیر          | بعد از مداخله |                  |
| P=۰/۰۰۰۱           | ۲ (۸)        | ۱۷ (۶۸)      | بله          | قبل از مداخله | سرگیجه           |
|                    | ۲۳ (۹۲)      | ۸ (۳۲)       | خیر          | بعد از مداخله |                  |
| P=۰/۱۲۴            | ۱۵ (۶۰)      | ۲۲ (۸۸)      | بله          | قبل از مداخله | خستگی زودرس      |
|                    | ۱۰ (۴۰)      | ۳ (۱۲)       | خیر          | بعد از مداخله |                  |
| P=۰/۰۰۰۱           | ۱ (۴)        | ۲۰ (۸۰)      | بله          | قبل از مداخله | خستگی زودرس      |
|                    | ۲۴ (۹۶)      | ۵ (۲۰)       | خیر          | بعد از مداخله |                  |
| P=۰/۱۵۲            | ۱۲ (۴۸)      | ۱۷ (۶۸)      | بله          | قبل از مداخله | خستگی زودرس      |
|                    | ۱۳ (۵۲)      | ۸ (۳۲)       | خیر          | بعد از مداخله |                  |
| P=۰/۰۰۰۱           | ۰ (۰)        | ۱۹ (۷۶)      | بله          | قبل از مداخله | خستگی زودرس      |
|                    | ۲۵ (۱۰۰)     | ۶ (۲۴)       | خیر          | بعد از مداخله |                  |

| نتیجه آزمون کای دو | گروه کنترل   |              | علایم فیزیولوژیک |               |           |
|--------------------|--------------|--------------|------------------|---------------|-----------|
|                    | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |                  |               |           |
| P=۰/۴۸۰            | ۴(۳۲)        | ۶(۲۴)        | بله              | قبل از مداخله | شب ادراری |
|                    | ۲۱(۶۸)       | ۱۹(۷۶)       | خیر              |               |           |
| P=۰/۰۲۱            | ۱(۴)         | ۷(۲۸)        | بله              | بعد از مداخله |           |
|                    | ۲۴(۹۶)       | ۱۸(۷۲)       | خیر              |               |           |
| P=۰/۳۹۰            | ۹(۳۶)        | ۱۲(۴۸)       | بله              | قبل از مداخله | تپش قلب   |
|                    | ۱۶(۵۶)       | ۱۳(۵۲)       | خیر              |               |           |
| P=۰/۰۰۰۱           | ۱(۴)         | ۱۳(۵۲)       | بله              | بعد از مداخله |           |
|                    | ۲۴(۹۶)       | ۱۲(۴۸)       | خیر              |               |           |
| P=۰/۰۶۹            | ۵(۲۰)        | ۱۱(۴۴)       | بله              | قبل از مداخله | ایمپوتانس |
|                    | ۲۰(۸۰)       | ۱۴(۵۶)       | خیر              |               |           |
| P=۰/۰۰۰۱           | ۰(۰)         | ۱۱(۴۴)       | بله              | بعد از مداخله |           |
|                    | ۲۵(۱۰۰)      | ۱۴(۵۶)       | خیر              |               |           |

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، میانگین سن گروه آزمون، ۵۴/۲۸ سال و میانگین سن گروه کنترل، ۵۳/۲۰ سال بود. که این میزان نشان دهنده افزایش شیوع فشار خون بالا، با افزایش سن می باشد. این یافته با یافته های مطالعه فتاحی و همکاران همخوانی دارد [۲۶]. نتایج این تحقیق نشان داد که بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم در کاهش فشار خون سیستول و دیاستول مددجویان موثر است. نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله، میانگین نمرات فشارخون سیستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ولی بعد از مداخله، در میانگین نمرات فشارخون سیستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت. هم چنین قبل از مداخله، در میانگین نمرات فشارخون دیاستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود نداشت، ولی بعد از مداخله، در میانگین نمرات فشارخون دیاستولیک بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت. با کاهش فشار سیستولیک و دیاستولیک خون در گروه آزمون درصد فراوانی علایم فیزیولوژیک هم در گروه آزمون کم تر شده بود. نتایج مطالعه Elmer و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که تغییر رفتار بیماران بر مبنای آموزش سبک زندگی به مدت ۱۸ ماه توانسته است در کنترل فشار خون این بیماران موثر باشد [۲۳] که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. هم چنین نتایج مطالعه Lochner و همکاران (۲۰۰۵) در پورتلند نشان داد که دارو درمانی به همراه تدابیر آموزشی به کار گرفته شده در زمینه سبک زندگی سالم توانسته است منجر به کاهش ۳ تا ۱۱ میلی متر جیوه در فشار سیستولیک و ۲/۵ تا ۵/۵ در فشار خون دیاستولیک شود [۲۴]. Sheu و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی با هدف تعیین تاثیر آرام سازی پیش رونده عضلانی بر فشار خون و حالات

روانی اجتماعی مددجویان با پرفشاری خون اولیه، دریافتند که این تکنیک یک اثر فوری در کاهش تعداد تنفس به میزان ۲/۳۵ در دقیقه، فشار خون سیستولیک به میزان ۵/۴۴ میلی متر جیوه و فشار خون دیاستولیک به مقدار ۳/۴۸ میلی متر جیوه به وجود می آورد که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد [۲۷]. مطالعه Pena و همکاران نیز در سال ۲۰۰۱ که نشان داد، آموزش و توصیه های بهداشتی و بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم به افراد مبتلا به هیپرتانسیون در کاهش معنی دار فشار خون سیستولیک و دیاستولیک این بیماران موثر بوده است [۲۸]. نتایج مطالعه Park و همکاران (۲۰۱۱) در کره هم نشان داد که آموزش بهداشت بر مبنای سبک زندگی سالم و اجرای برنامه ورزشی در منزل بیماران مبتلا به هیپرتانسیون توانسته است منجر به کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران شود [۲۹] که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. از آنجایی که کاهش فشار خون پس از مداخله به میزان شناخت فرد از عوارض و خطرات بیماری بستگی دارد پس برای افزایش درک یک فرد نسبت به بیماری مورد نظر باید میزان دانش فرد را نسبت به بیماری و عوارض آن افزایش داد. دانش بهداشتی آموختنی است و نگرش افراد تحت تاثیر دانش آن ها است. جلسات بحث گروهی تا حد زیادی می تواند بین نگرش ها و باورهای افراد گروه درباره یک موضوع تقابل و حتی تعارض ایجاد نماید. نتیجه این وضعیت تعدیل نگرش ها و باورهای قبلی و حتی ایجاد و تقویت باورها و نگرش های متفاوت با گذشته است. بر این اساس می توان گفت که جلسات بحث گروهی فرصتی ایجاد می کند تا افراد در معرض رفتار و نگرش های متفاوت و ناهمساز با خود قرار گیرند و امکان مقایسه و تجدید نظر در رفتار و نگرش خود را بیابند. با بحث گروهی با مددجویان در ارتباط با تغییر سبک زندگی و تشویق آن ها به سبک زندگی سالم و ورزش مناسب با سن افراد مبتلا به



مراقبتی برای بیمار، بحث گروهی را برای بیماران نیز به کار گیرند تا از این طریق در ارتقاء سلامت این بیماران گام برداشت.

دوره پیگیری بیماران در مطالعه حاضر دو ماه بود مدت کوتاه این مطالعه یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود، پیشنهاد پژوهشی تحت همین عنوان با دوره پیگیری بیش‌تر از دو ماه صورت گیرد تا بتوان تاثیر ماندگاری بحث گروهی بر کاهش پرفشاری خون و شدت علائم فیزیولوژیک را سنجید. شرایط روحی و روانی بیماران در هنگام کنترل فشارخون ممکن بود، میزان فشارخون را تحت تاثیر قرار دهد، که سعی شد کنترل فشارخون در محیط آرام و خلوت صورت گرفته و معیارهای کنترل استاندارد فشارخون رعایت گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است لذا محققین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همکاران و پرستاران محترم بیمارستان قلب سیدالشهدای ارومیه و افرادی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند و هم‌چنین کلیه بیماران مبتلا به هیپرتانسیون که بدون مشارکت آنان اجرای این طرح ممکن نبود نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

### منابع

- [1] Mehr-Alizadeh S, Ghorbani R, Sharafi S. Prevalence of hypertension in 9-17 years old schoolchildren in Iranian population. *Koomesh* 2010; 12: 1-7. (Persian).
- [2] Grossman E, Messerli FH. Drug-induced hypertension: An unappreciated cause of secondary hypertension. *Am J Med* 2012; 125: 14-22.
- [3] Sever PS, Messerli FH. Hypertension management: optimal combination therapy. *Eur Heart J* 2011; 32: 2499-2506.
- [4] Delavari A, Horri N, Alikhani S, Gouya MM, Mahdavi. Prevalence of hypertension in Iranian urban and rural populations aged over 20 years in 2004. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2007; 17: 79-86. (Persian).
- [5] Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *J Clin Psychol* 2010; 2: 27-34. (Persian).
- [6] Dabghmanesh MH, Mostafavi H, Zare N. Blood pressure levels, risk factors and hypertension control status in adult. *J Hormozghan Univ Med Sci* 2007; 11: 41-49. (Persian).
- [7] Magid DJ, Green BB. Home blood pressure monitoring: take it to the bank. *JAMA* 2013; 310: 40-41.
- [8] Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension poor compliance is only part of the story. *J Clin Hypertens* 2001; 3: 179-182.
- [9] Azizi F, Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran Lipid and Glucose study (TLGS), 2002-1999. *J Hum Hypertens* 2002; 16: 305-312.
- [10] Alikasi H, Sarafzadegan N. Comparison of knowledge and practice of Esfahan people about the CVD risk factor. *Esfahan Cardiovascular Res Center* 2001; 22: 234-242. (Persian).
- [11] Hosseini F, Farshidi H, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. The impact of an educational intervention based on PRECEDE - PROCEED model on lifestyle changes among

پرفشاری خون، تغذیه مناسب و رعایت رژیم کم‌نمک می‌تواند در کاهش فشار خون مددجویان مبتلا به پرفشاری خون گام موثری برداشت.

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Tang و همکاران که در آن فشار خون مددجویان پس از پایان مداخله تغییر معنادار نکرد، مغایر است. تفاوت مطالعه Tang با مطالعه حاضر در تفاوت به کارگیری روش بحث گروهی و طراحی متفاوت مطالعه می‌باشد. در مطالعه تانگ عدم پیوستگی و انسجام شرکت‌کنندگان در جلسات، علت عدم موثر بودن مداخله تانگ عنوان شده بود چرا که شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که آزادانه در جلسات شرکت کنند [۳۰]. اما در مطالعه حاضر جلسات بحث گروهی به صورت منسجم و پیوسته برگزار گردید و شرکت‌کنندگان تمامی جلسات را شرکت می‌کردند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد از مداخله در علائم فیزیولوژیک سردرد، سرگیجه، خستگی زودرس، تپش قلب و ایمپوتانس بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت و در گروه آزمون این علائم کم‌تر شده بود. مطالعه ستوده اصل و همکاران هم در مددجویان مبتلا به هیپرتانسیون نشان داد که درمان‌های شناختی و آموزش بر اساس سبک زندگی سالم مددجویان می‌تواند شدت علائم فیزیولوژیک مددجویان مبتلا به هیپرتانسیون را به نسبت قبل از مداخله کم‌تر نماید که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۳۱]. مطالعه‌ای توسط Nyklíček و همکاران در هلند نشان داد که بحث گروهی در مددجویان مبتلا به پرفشاری خون جهت کاهش شدت علائم فیزیولوژیک و سایکولوژیک می‌تواند موثر باشد و نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعه حاضر بود [۳۲]. از روش‌های کارآمد در آموزش پزشکی برای آموزش مددجویان بحث گروهی می‌باشد. بحث گروهی در این مطالعه در کنترل پرفشاری خون موثر بود، فلذا به تبع کاهش فشارخون انتظار می‌رفت که علائم فیزیولوژیک فشارخون بالا نیز در گروه آزمون تعدیل گردد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بحث گروهی مبتنی بر سبک زندگی سالم روشی موثر در کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مبتلا به هیپرتانسیون می‌باشد، بنابراین توصیه می‌شود در زمینه اتخاذ سبک زندگی سالم و عادات رفتاری صحیح در بیماران مبتلا به هیپرتانسیون از روش بحث گروهی استفاده کرد. توصیه می‌شود مسئولین در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پرستاری و آموزش ضمن خدمت پرستاران، آموزش چگونگی هدایت بحث گروهی را بگنجانند، تا پرستاران در کنار برنامه‌های

control: 18-month result of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 144: 485-495.

[24] Lochner J, Rugge B, Judkins D, Saseen J. How effective are lifestyle changes for controlling hypertension. *Fam Pract* 2006; 55: 73-74.

[25] Sadeghi R, Mohseni M, Khanjani N. The effect of an educational intervention according to Hygienic Belief Model in improving care and controlling among patients with hypertension. *J Rafsanjan Uni Med Sci* 2014; 13: 383-394. (Persian).

[26] Fattahi F, kashkouli Behrouzi M, Zarrati M. Relation of body mass index, abdominal obesity, some nutritional habits and hypertension in 25-65 year old population of Tehran. *Koomesh* 2011; 12: 229-235. (Persian).

[27] Sheu S, Irvin BL, Lin HS, Mar CL. Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. *Holist Nurs Pract* 2003; 17: 41-47.

[28] Pena C, Thorogood M, Armstrong B, Reyes-Frausto S, Munoz O. Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 1485-1491.

[29] Park YH, Song M, Cho BL, Lim JY, Song W, Kim S. The effect an integrated health education program in community-dwelling old adult with hypertension: A randomized controlled trial. *PEC* 2011; 82: 133-137.

[30] Tang TS, Funnell M, Brown MA, Kurander J. Self-management support in real word setting: an empowerment-based intervention. *PEC* 2010; 79: 178-184.

[31] Sotodeh Asl N, Neshat Doost HT, Kalantari M, Talebi H, Mehrabi HA, Khosravi AR. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the reduction of Tobacco Dependency in patients with essential hypertension. *Res Behav Sci* 2010; 9: 94-103. (Persian).

[32] Nyklíček I, Vingerhoets A. Adaptive psychosocial factors in relation to home blood pressure: A study in the general population of southern Netherlands. *Int J Behav Med* 2009; 16: 212-218.

hypertension patients in Jahrom. *J Health Educ Health Prom* 2014; 2: 17-26. (Persian).

[12] Edlin G, Golanty E. *Health and Wellness*. 8th edition. Boston: Jones and Bartlet; 2004.

[13] Riemer V. Can lifestyle changes really improve people's health? In this episode we look at the evidence from new research. 2009. The WHO Bulletin is available free online at <http://www.who.int/bulletin>.

[14] Kerr J. *Community health promotion; challenges for practice*. first ed: Bailliere Tindhall; 2000.

[15] Ruixing Y, Limei Y, Yuming C, Dezhai Y, Weixiong L, Muyan L, et al. Prevalence, awareness treatment, control and risk factors of hypertension in the Guangxi Hei Yi. Zhuang and Han populations. *Hypertens Res* 2006; 29: 423-432.

[16] Rosengren A, Dotevall A, Eriksson H, Wilhsen L. Optimal risk-factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends; Data from Goteborg population studies. *Eur Hearts J* 2001; 22: 136-144.

[17] Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and non-cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA* 1999; 282: 2012-2018.

[18] Donelson F. *Group dynamic*. 3 th edition. Thompson: Belmon, Wardsworth; 1999.

[19] Ghotbi N, Khoddami M, Jalaei S. Satisfaction and learning level of university students in basic courses; comparison of lecture and group discussion teaching methods. *Educ Strat Med Sci* 2013; 6: 31-36. (Persian).

[20] Markel SM. Technology and education online discussion It's in the response. *J Distance Learn Admin* 2001; 4: 1-11.

[21] Safavi A. *Teaching methods, techniques and patterns*. 4th edition. Tehran: Entesharate samt; 2006. (Persian).

[22] Safari M, Salsali M, Granipour F. The effect of group discussion on the quality of nursing education, nursing care of patients with myocar dial infarction. *J Iranian Army Univ Med Sci* 2005; 4: 437-442. (Persian).

[23] Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR. Effect of comprehensive lifestyle modification on diet, weight physical fitness, and blood pressure



# The effect of group discussion based on healthy lifestyle on control of hypertension

Behrooz Rezaei (M.Sc)<sup>1</sup>, Masumeh Hemmati MaslakPak (Ph.D)<sup>\*2</sup>, Kamal Khademvatan (M.D)<sup>3</sup>

1 - Department of Medical Surgical Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

2 - Department of Medical Surgical Nursing, Maternal and Childhood Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

3 - Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

\* Corresponding author. +98 441 32754961 hemmatma@yahoo.com

Received: 28 Sep 2016; Accepted: 13 Jan 2018

**Introduction:** Lifestyle affects the health of the individual, and also adopting an unhealthy lifestyle can lead to various diseases, including hypertension. In this way, this study aimed to determine the effect of group discussion based on healthy lifestyle on hypertension control.

**Materials and Methods:** In the current randomized controlled trial, 50 patients of Urmia Clinical-Educational Center of Sayyed-Al Shohadain (Iran) were selected conveniently; they were then randomly allocated into two groups: the control and experimental groups. Before and two months after intervention in both groups, blood pressure was measured and recorded using mercury manometer. In the experimental group, 12 sessions of group discussion were conducted on healthy lifestyle. Relatively, data analysis was performed by using t-test and chi square tests.

**Results:** Two groups of control and experimental were homogeneous for demographic variables ( $p > 0.05$ ). Before the intervention, no significant difference in mean scores of diastolic and systolic blood pressure was found between the control and the experimental groups ( $p > 0.05$ ). Noticeably, after the intervention, the mean of diastolic and systolic blood pressure scores between intervention and control groups was statistically significant ( $p = 0.0001$ ).

**Conclusion:** Group discussion based on healthy life style could reduce systolic and diastolic blood pressure in patients with hypertension. Therefore, it is recommended that this method can be used to reduce blood pressure in hypertensive patients.

**Keywords:** Hypertension, Group Processes, Healthy Lifestyle