



## بررسی تاثیر بحث گروهی بر توانمندی مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی- درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۰

نسرین خبیر<sup>۱</sup>، صغری نیکپور<sup>۲</sup>، افتخار السادات حاجی کاظمی<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>، مریم دستورپور<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده علوم پزشکی بهبهان، ایران
۲. استادیار، عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۳. استادیار، عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۴. مربی گروه آماری زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۵. دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۲

انجام اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۰/۸

دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۰

تولید شده

**زمینه و هدف:** کنترل پرفشاری خون، مبتنی بر اصلاح سبک زندگی است. در میان روش های آموزشی، بحث گروهی می تواند روش کارآمدی برای آموزش بهداشت به شمار رود. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر بحث گروهی بر توانمندی مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی- درمانی شهر تهران انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه نیمه تجربی پیش آزمون - پس آزمون می باشد. ابتدا ۳۶ نفر از مبتلایان به پرفشاری خون اولیه در محدوده سنی ۳۰-۶۵ سال به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در چهار گروه نه نفره قرار گرفتند و با توجه به این که مقایسه گروه ها مد نظر نبود، همسان سازی صورت نگرفت. برای هر گروه، شش جلسه برنامه بحث گروهی ۹۰ دقیقه ای برگزار شد. ابزارها شامل چک لیست اطلاعات فردی و پرسشنامه توانمند سازی الحانی و همکاران با زیر مقیاس شدت درک شده، حساسیت درک شده، خودکارآمدی و محور کنترل، بود. داده ها با محاسبه آماره های توصیفی و استفاده از آزمون t زوجی تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد تحت مطالعه  $54 \pm 8/4$  سال بود و در  $34/4$  درصد افراد، سابقه ابتلا به پرفشاری خون ۵ سال گزارش شد. بحث گروهی توانست منجر به ارتقاء میانگین توانمندی افراد گردد ( $P=0/04$ ). به علاوه در میان ابعاد توانمندسازی، بحث گروهی بر بعد شدت درک شده ( $P < 0/01$ ) و حساسیت درک شده ( $P=0/02$ ) بیشترین تاثیر را داشت. در بعد محور کنترل و خودکارآمدی تاثیر به حد معنی داری نرسید. **نتیجه گیری:** در مبتلایان به پرفشاری خون، بحث گروهی می تواند منجر به افزایش شدت درک شده و حساسیت درک شده گردد و توانمندی افراد را در کنترل سبک زندگی ارتقاء دهد.

**کلمات کلیدی:** توانمندسازی، پرفشاری خون، بحث گروهی

نویسنده مسئول: صغری نیکپور

آدرس: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی ایمیل: nikiniki\_s@yahoo.com

### مقدمه

این بیماری یکی از معضلات شایع در امر سلامت به شمار می آید و علت اصلی مرگ های زودرس و ناتوانی های شدید میلیون ها انسان است (۴). این بیماری شایع ترین بیماری غیرواگیر و عامل ایجاد بیماری های قلبی- عروقی در دنیاست (۵). مطالعات بیانگر افزایش شیوع پرفشاری خون در ایران است، چنان چه شیوع پرفشاری خون در مطالعات صراف زادگان و همکاران ۱۹/۴ درصد، عزیزی و همکاران ۲۲ درصد، بهرامی و همکاران

پرفشاری خون، اولین عامل خطر منجر به مرگ در تمام جهان می باشد (۱). این بیماری مسأله بهداشتی مهمی در سراسر جهان است، چرا که از یک سو قابل پیشگیری و از دیگر سو در ارتباط با افزایش خطر بروز بیماری های قلبی- عروقی است (۲). شیوع بالای پرفشاری خون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی بر اعضای بدن، این بیماری را به مشکل عمده بهداشتی کلیه جوامع تبدیل کرده است (۳).

توانمندسازی است که از طریق آن افراد با مشارکت فعالانه و اتخاذ تصمیم، برای ارتقاء بهداشت تلاش کنند (۱۴). در حیطه آموزش بهداشت یکی از نکاتی که حین کار مطرح می شود انتخاب روش آموزش است، در میان روش های آموزشی، بحث گروهی می تواند روش کارآمدی برای آموزش بهداشت به شمار رود (۱۹). به طوری که به کارگیری بحث گروهی در ارتقاء توانمندی، در قضاوت و در استدلال های تشخیصی افراد می تواند به عنوان یک روش آموزشی کارآمد تلقی شود (۲۰). با توجه به اینکه تغییر عادات و الگوهای زندگی ممکن و میسر است، آیا می توان امیدوار بود که از طریق مشارکت فعال مبتلایان به پرفشاری خون در جلسات بحث گروهی آنان را برای ارتقاء توانمندی آموزش داد؟ لذا هدف این پژوهش، بررسی تأثیر برنامه بحث گروهی بر توانمندی مبتلایان به پرفشاری خون جهت اصلاح سبک زندگی بوده است.

### روش بررسی:

در این مطالعه ی نیمه تجربی تک گروهی همراه با پیش آزمون و پس آزمون ۳۶ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. حجم نمونه بر مبنای مطالعه واحدیان عظیمی (۲۲) تعیین شد. نمونه ها از مراجعین مراکز بهداشتی درمانی المپیک و شهید غفاری شهر تهران بوده که معیارهای ورود به مطالعه (محدوده سنی ۶۵-۳۰ سال، ابتلای یک تا پنج سال، عدم ابتلا به عوارض پرفشاری خون از جمله نارسایی قلبی، سکت قلبی یا مغزی، اختلالات عروق چشمی، نارسایی کلیوی، سواد خواندن و نوشتن و توانایی شرکت در شش جلسه برنامه در نوبت صبح) را داشتند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. پژوهشگر برای انجام نمونه گیری به مراکز بهداشتی مذکور مراجعه و در مجموع ۱۳۸۰ پرونده متعلق به مراجعین طرح غربالگری دیابت را بررسی نمود. از بین آنها ۴۳۵ پرونده از افراد مراجعه کننده دارای پرفشاری خون بدون ابتلا به بیماری دیابت به دست آمد. در این پرونده ها مدت ابتلا قید نشده بود و چون این احتمال وجود داشت که افراد مصرف کننده رژیم تک دارویی و داروهای خط اول پرفشاری خون، سابقه ابتلای کمتری نسبت به سایرین داشته باشند، ۲۸۰ پرونده از ۴۳۵ پرونده جدا شد. پس از تماس با ۲۱۵ نفر و بررسی معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۶۸ نفر در جلسه اولیه حضور یافتند، در این جلسه روش کار، محتوی کلی برنامه و تعیین وقت کلاس ها توضیح داده شد و پس از آن رضایت شفاهی از کلیه شرکت کنندگان اخذ گردید و در صورت انصراف هر یک از افراد در طول مطالعه، کلیه خدمات معمول برای این افراد

۳۲/۵ درصد و دمیچی و مهربانی ۳۵/۴ درصد روند رو به رشدی را نشان می دهند (۷، ۶). مهم ترین عوامل پرفشاری خون، سن بالای ۶۰ سال، شاخص توده بدنی بالا، عدم تحرک فیزیکی و نسبت بالای دور شکم به دور باسن، چاقی (۹، ۸)، افزایش کلسترول خون، استعمال دخانیات، فعالیت جسمانی پایین، دریافت کم میوه و سبزیجات تازه (۱۰)، مصرف بالای نمک، استرس و مصرف بالای چربی های اشباع شده می باشد (۱۱). در رابطه با عوامل خطر مؤثر در پرفشاری خون به جز سن و جنس، سایر موارد قابل تعدیل می باشند. چنین شرایطی، ضرورت مداخله جهت تعدیل عوامل خطر را، هم در جمعیت عمومی و هم در مبتلایان به پرفشاری خون، ایجاب می نماید. در کنترل پرفشاری خون تمرکز بر موارد قابل تعدیل می باشد، چرا که با مداخله در این عوامل می توان مصرف دارو را به حداقل رسانده و از پیامدهای پرفشاری خون و پیشرفت بیماری جلوگیری نمود. همچنین سلامتی عمومی فرد را نیز افزایش داد (۱۲). برای افرادی که در معرض خطر بالای بیماری قلبی قرار دارند، علاوه بر استفاده از دارو، تغییر سبک زندگی بخصوص در مورد افرادی که دارای فشار خون، چربی و قند بالا هستند، صدق می کند (۱۳). آموزش بهداشت در زمینه عوامل خطر قابل تعدیل، سبک زندگی و نیز تغییر نگرش بیماران نسبت به وضعیت خود برای اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، ضروری به نظر می رسد. پژوهش ها نشان می دهند مداخلات متمرکز بر پیشگیری سطح اول با هدف تشویق افراد جهت اتخاذ سبک زندگی سالم برای بیماران فواید اندکی دارد (۱۴) Bernstein و Wallerstein بیان می کنند که حیطه های توانمندی بسیار بیشتر از حیطه های اعتماد به نفس یا خودکارآمدی در افراد است. از دیدگاه آنان توانمندی در برگیرنده تغییرات محیطی، افزایش توانایی و انگیزش فرد برای توسعه و استفاده بهینه از استعداد و تجربیات می باشد (۱۵). Rogers توانمندی را قبول مسئولیت مراقبت از خود و توانایی اخذ تصمیمات آگاهانه برای مدیریت روزانه بیماری تعریف می کند (۱۶). الحانی مفاهیم الگوی توانمندسازی را تهدید درک شده، احساس خودکارآمدی، عزت نفس و خودکنترلی می داند (۱۷). آموزش، محور توانمندسازی می باشد چون ارتقاء دانش و آگاهی اساساً یکی از اهداف آموزش است. آموزش با هدف توانمندسازی، ابزاری است که توانایی بسیار بالایی دارد، چرا که دسترسی به افکار و نظریات جدید، همچنین شیوه های اندیشیدن را ایجاد می کند و تقاضا برای تغییر را بوجود می آورد (۱۸). در واقع یکی از اهداف قابل دسترس از نظر بهداشت برای مردم

دارای حداقل ۱۳ و حداکثر ۹۱ امتیاز و ۳- بعد محور کنترل (۳ سوال) با حداقل نمره ۳ و حداکثر ۶ بوده است. مجموع ابعاد سه گانه توانمندی دارای حداقل و حداکثر نمره ۵۱ و ۳۰۷ امتیاز است و بر اساس مجموع به چهار دسته توانمندی کم (نمرات ۵۱-۱۱۵)، توانمندی متوسط (نمرات ۱۱۶-۱۷۹)، توانمندی زیاد (نمرات ۲۴۳-۱۸۰) و توانمندی خیلی زیاد (نمرات ۳۰۷-۲۴۴) طبقه بندی می شود (۲۱). برای دستیابی به اهداف، فرضیه ها و نیز پاسخگویی به سوالات پژوهش، از آمار توصیفی از جمله؛ توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی، شامل آزمون آماری تی زوجی، برای بررسی مقایسه متغیرهای اصلی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله استفاده شد. در این پژوهش داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته ها:

میانگین سنی مبتلایان به پرفشاری خون در این مطالعه  $54 \pm 8/41$  سال و بیشترین فراوانی ابتلا به بیماری مذکور در زیر گروه سنی ۶۵-۵۶ سال (۵۰ درصد) بود. ۸۷/۱ درصد از شرکت کنندگان مونث، ۸۲/۲ درصد متأهل، ۷۸/۸ دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم و ۵۶/۲ درصد خانه دار بودند. ۳۴/۴ درصد افراد تحت مطالعه سابقه ابتلا به پرفشاری خون ۵ سال را گزارش کردند و در ۵۹/۴ درصد، کنترل دوره ای فشارخون توسط افراد صورت گرفته است و ۸۷/۱ درصد افراد مصرف به موقع دارو را ذکر کردند. نتایج نشان داد که نمره میانگین توانمندی کل مبتلایان به پرفشاری خون، قبل و بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری دارد، به عبارتی دیگر به نظر می رسد برنامه بحث گروهی بر ارتقاء میانگین توانمندی کل مبتلایان به پرفشاری خون مؤثر بوده است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات توانمندی کل در افراد قبل و بعد از مداخله

| طبقات توانمندی             |  | قبل                |         | بعد                |         |
|----------------------------|--|--------------------|---------|--------------------|---------|
|                            |  | درصد               | فراوانی | درصد               | فراوانی |
| کم (۵۱-۱۱۵)                |  | ۰                  | ۰       | ۰                  | ۰       |
| متوسط (۱۱۶-۱۷۹)            |  | ۶/۲                | ۲       | ۰                  | ۰       |
| زیاد (۱۸۰-۲۴۳)             |  | ۴۰/۶               | ۱۳      | ۸                  | ۲۵      |
| خیلی زیاد (۲۴۴-۳۰۷)        |  | ۵۳/۱               | ۱۷      | ۲۴                 | ۷۵      |
| توانمندی کل                |  | $237/81 \pm 27/58$ |         | $252/25 \pm 18/02$ |         |
| انحراف معیار $\pm$ میانگین |  |                    |         |                    |         |
| P-value                    |  | ۰/۰۴               |         |                    |         |

ارائه داده می شد. از این تعداد ۳۶ نفر به قید قرعه انتخاب و از آنجا که تعداد افراد در جلسات بحث گروهی اهمیت داشته و محدودیت تعداد وجود داشت، تعداد ۹ نفر برای هر جلسه بحث گروهی مد نظر قرار گرفت و شرکت کنندگان به ۴ گروه تقسیم شدند. با توجه به این که مقایسه بین گروه ها مد نظر نبود، همسان سازی بین گروه ها انجام نشد. در طول مطالعه چهار نفر خارج شدند و تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس ۳۲ فرد باقیمانده انجام شد. مدت زمان نمونه گیری سه ماه و نیم به طول انجامید. برای هر گروه شش جلسه بحث گروهی به مدت یک ساعت و نیم برای دو بار در هفته به مدت سه هفته برگزار گردید. موضوعات مطرح شده در جلسات با محوریت ماهیت بیماری پرفشاری خون، تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی، عدم استعمال دخانیات، خواب و استراحت و کنترل استرس دنبال شد. در طی جلسات با سوالات باز، اعضا نظرات خود را بیان نموده و این نظرات به بحث گذاشته می شد، به این طریق موضوع به چالش کشیده می شد و بحث ها تا رسیدن به نتیجه مورد نظر ادامه می یافت. پژوهشگر به عنوان رهبر گروه در مواردی که اطلاعات موضوعی افراد کم بود با دادن اطلاعات روند بحث ها را فعال نگه می داشت. در ابتدای جلسه اول، چک لیست اطلاعات فردی و پرسشنامه توانمندی در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده و راهنمایی های لازم جهت تکمیل پرسشنامه ها بیان و اطلاعات جمع آوری شد. دو هفته پس از پایان دوره مداخله، مجدداً پرسشنامه مربوط به توانمندی توسط آزمودنی ها تکمیل شد. ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق چک لیست اطلاعات فردی که شامل ۸ سوال مربوط به سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، مدت ابتلا به پرفشاری خون، مصرف به موقع داروها و کنترل دوره ای فشارخون افراد تحت مطالعه و پرسشنامه توانمندی بود. این پرسشنامه در ایران توسط الحانی و همکاران (۲۲) برای مبتلایان سکنه قلبی و یکی از اعضای خانواده آنها طراحی شده است که پس از طراحی اولیه جهت تعیین روایی محتوی در اختیار ده نفر از اساتید دانشگاه تربیت مدرس و علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و همچنین از نظرات ده نفر بیمار و عضو خانواده وی، سه متخصص قلب و یک متخصص تغذیه استفاده شد و برای تعیین پایایی یا اعتماد علمی از آزمون-آزمون مجدد استفاده شد که برای پرسشنامه توانمندی، مقدار ضریب مورد نظر برابر ۸۹ صدم تعیین شد. شایان ذکر است که در این پژوهش از بخش مربوط به بیماران این ابزار، جهت انجام تحقیق استفاده شد. پرسشنامه توانمندی در سه بعد، ۱- تهدید درک شده که خود شامل شدت درک شده (۱۴ سوال) و حساسیت درک شده (۲۱ سوال)، مجموعاً حداقل ۳۵ و حداکثر ۲۱۰ امتیاز، ۲- بعد احساس خودکارآمدی (۱۳ سوال)

نتایج نشان داد که بحث گروهی بر ابعاد شدت درک شده ( $P < 0/001$ ) و حساسیت درک شده ( $P = 0/02$ ) تأثیر گذار بوده است ولی بر ابعاد خودکارآمدی و محور کنترل تأثیر به حد معنی داری نرسید (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین ابعاد توانمندی افراد مبتلا به پرفشاری خون تحت مطالعه درمانی قبل و بعد از مداخله

| P-value    | ابعاد توانمندی   |                  | تهدید            |
|------------|------------------|------------------|------------------|
|            | بعد<br>Mean ± SD | قبل<br>Mean ± SD |                  |
| $P < 0/01$ | ۷۶/۴ ± ۴/۶       | ۶۸/۶ ± ۱۰/۵      | شدت درک شده      |
| $P = 0/02$ | ۱۱۱ ± ۷/۹        | ۱۰۱/۳ ± ۱۶/۹     | حساسیت درک شده   |
| $P = 0/05$ | ۶۴/۴ ± ۷         | ۶۲/۹ ± ۸/۱       | احساس خودکارآمدی |
| $P = 0/09$ | ۵ ± ۰/۶          | ۴/۹ ± ۰/۹        | محور کنترل       |

### بحث و نتیجه گیری:

نتایج مطالعه نشان داد که توانمندی کل مبتلایان به پرفشاری خون در فاصله قبل تا بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی دار داشت، یعنی برنامه بحث گروهی توانست توانمندی مبتلایان را ارتقاء دهد. می توان یافته های پژوهش حاضر را با بررسی های انجام شده توسط Tsay و همکاران (۲۳) قیاس کرد، نتایج این مطالعه همسو با مطالعه حاضر است و در آن مداخلات توانمندسازی توانست باعث ارتقاء توانمندی مبتلایان گردد. Tsay این تغییرات را به تأثیر جلسات مشاوره فردی نسبت می دهد. در مطالعه جبار زاده و همکاران (۲۴) نیز برنامه بحث گروهی منجر به ارتقاء توانمندی مبتلایان گردید، در این مطالعه توانمندی افراد یک ماه و نیم بعد از پایان جلسات بحث گروهی بررسی گردید، ولی در مطالعه حاضر توانمندسازی دو هفته بعد از پایان جلسات بحث گروهی بررسی شد که با وجود این تفاوت، بحث گروهی توانست منجر به ارتقاء توانمندی مبتلایان گردد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Tang و همکاران (۲۵) که در آن توانمندی مبتلایان پس از پایان مداخلات تغییر نکرد، یکسان نیست. تفاوت مطالعه Tang با مطالعه حاضر در تفاوت به کارگیری روش بحث گروهی و طراحی متفاوت مطالعه می باشد. در این مطالعه که از نوع سری زمانی کنترل-آزمون بود افراد در دو دوره زمانی در گروه کنترل و آزمون قرار می گرفتند در دوره کنترل افراد ۲۴ خبرنامه به صورت هفتگی دریافت می نمودند و طی دوره آزمون ۲۴ جلسه بحث گروهی بود که

افراد خود با توجه به نیازی که احساس می کردند در جلسات شرکت می کردند. عدم پیوستگی و انسجام شرکت کنندگان در جلسات، علت عدم موثر بودن مداخله عنوان شد، چرا که شرکت کنندگان این اختیار را داشتند که آزادانه در جلسات شرکت کنند. ولی در مطالعه حاضر جلسات بحث گروهی به صورت منسجم و پیوسته برگزار گردید، گروه از نظر تعداد اعضا بسته بود و داوطلبان تمامی جلسات را شرکت کردند. در رابطه با سوال پژوهش یعنی «بحث گروهی بر کدام یک از ابعاد توانمندی تأثیر بیشتری دارد؟» طبق نتایج، بحث گروهی بر بعد شدت درک شده و بعد از آن بر حساسیت درک شده بیشترین تأثیر را داشته است ولی بر خودکارآمدی و محور کنترل تأثیر به حد معنی داری نرسید. Adalfsson و همکاران (۲۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی مبتنی بر توانمندسازی و خودکارآمدی بر نگرش افراد مبتلا به دیابت نسبت به بیماری تأثیر داشته است. در مطالعه Faller و همکاران (۲۷) نیز برنامه بحث گروهی باعث ارتقاء انگیزش برای تغییر سبک زندگی خصوصاً ابعاد تغذیه و ورزش گردید. از آنجایی که شدت درک شده به میزان شناخت فرد از عوارض و خطرات بیماری بستگی دارد، ریشه در آگاهی و شناخت فرد نسبت به بیماری مورد نظر داشته و حساسیت درک شده ریشه در نگرش فرد نسبت به ابتلاء خودش به آن بیماری دارد، پس برای افزایش سطح تهدید درک شده یک فرد نسبت به بیماری مورد نظر باید میزان دانش و نگرش او نسبت به بیماری، عوارض و میزان ابتلایش به آن افزایش یابد (۲۸). دانش و نگرش بهداشتی آموختنی و اکتسابی است (۲۹)، 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 جرح و 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 ناهمسان با خود قرار گیرند و امکان مقایسه و تجدید نظر در رفتار و نگرش خود را بیابند (۳۰). بعد محور کنترل در بررسی های پایه نمره بالا کسب نموده و تأثیر مداخله نامشخص است. بعد محور کنترل با سه سوال سنجیده شد که طی آن از افراد خواسته شد عامل موثر بر بیماری، کنترل و پیشگیری از آن را مشخص کنند. این سوالات دو حالت بود یعنی با انتخاب یکی از دو گزینه خدا و خودم امتیاز دو کسب می شد، با انتخاب یکی از سایر گزینه ها امتیاز یک کسب می نمود، مجموع

## References:

1. WHO. Global Health Risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2012, available in: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
2. World Health Organization, a global brief on hypertension, Silent killer, global public health crisis. 2013. 7-16, available in: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)
3. Rajaei S, Esmaeilzadeh A. The relationship between the consumption of beverages with hypertension and serum uric acid level: a review of epidemiological evidence. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2010; 10: 13-27 (Persian).
4. Potter P. A, Perry A. G. Fundamentals of nursing, St. Louis, MO, Mosby Elsevier. 2008
5. Kearne P. M, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whlton P. K. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365, 217-223.
6. Demirchi A, Mehrbani J. Prevalence of obesity, overweight and hypertension and association risk factors in Iranian men population. Olempic journal, 2010; 3, 87-103 (Persian).
7. Bahraminejad N, Hanifi N, Mooavinasab N. comparing the effect of two family and individual based interventions on blood pressure and lifestyle. Journal of Qazvin Univ. of med sci, 2008;12, 62-68 (Persian).
8. Ansari R, Khosravi A, Khosravi E. Blood pressure levels and obesity trends in hypertensive patients and healthy people in Isfahan, 1380-1370 Quarterly brings knowledge Armaghane-danesh, 2003: 30, 1-13 (Persian).
9. Chaman R, Yunesyan M, Haji Mohammadi A, Gholami T. M. The prevalence of hypertension and some risk factors in different ethnic groups in rural. Danesh and Salamat, 2008.: 42, 33-39 (Persian).
10. WHO. Strategic priorities of the WHO cardiovascular disease programme. 2010. Available in: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/priorities/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/)
11. Baqyany Moghadam M. H, Ayuzi S, Mazloomi Mahmud Abadi S, Fallah-zadeh H. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city Journal of Birjand University of Medical Sciences, 2008 :15, 78-87 (Persian).
12. Woods S. L, Sivarajan Froelicher E. S, Motzer S. A, Bridges E. Jcardiac nursing, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
13. Monahan F. Phipps medical surgical nursing, Philadelphia, Mosby. 2007.
14. Ahmadvand A, Jamshidi H. Global health report 2002, risk reduction, improving healthy life. Tehran: Ibne Sina. 2002 (Persian).
15. Lee H, Song R, Cho Y. S, Lee G. Z. Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. Journal of Advanced Nursing, 2003: 44, 534-545.
16. Rogers, J. Adopting an empowerment approach in diabetes consultations. Primary Health Care, 2004: 14, 35-37.
17. Alhani, F. Design and evaluation of family-centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia. Ph D, tarbiat modares. 2003 (Persian).
18. Mohamadi N, Rafiei far S, Aghamolaei T, Akbari M, Aminshokravi F. Comprehensive Health Education Program (with practical implications), Tehran, Mehrravash. 2007 (Persian).
19. Asadpoor M. The effect of education to group discussion mode on cigarette smoking among high school students in rafsanjan city. MS, Tarbiat Modares University. 1998 (Persian).

امتیازات ۶ می شد. به احتمال قوی این دو حالت به بودن گزینه ها و در کنار آن تعداد کم سوالات، باعث تنوع کم پاسخ ها گردید. با این سوالات منبع کنترل سنجیده می شد که در هر دو مرحله چه قبل و چه پس از مداخله درونی بود، یعنی افراد خود را مسئول سلامتی و مراقبت از خود می دانستند. میانگین نمره خودکارآمدی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش داشت، ولی معنی دار نبود. در مدل اعتقاد بهداشتی خودکارآمدی آخرین مرحله در فرایند تغییر می باشد (۳۱). با توجه به این که توانمندی مبتلایان دو هفته بعد از پایان جلسات بحث گروهی بررسی شد، این امکان وجود دارد که افراد فرصت کافی برای اجرا و بکارگیری برنامه توانمندسازی را نداشته اند و نیز ممکن است تعداد ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای بحث گروهی برای رسیدن فرد به خودکارآمدی کافی نباشد. در حالی که در مطالعه جبارزاده تعداد ۶ جلسه ۱ ساعته برنامه بحث گروهی توانست باعث ارتقاء خودکارآمدی گردد، در مطالعه Faller (۲۷) تعداد ۵ جلسه ۵۰ دقیقه ای برای تغییر سبک زندگی ناکافی بود. در نهایت می توان گفت که اجرای برنامه توانمندسازی به روش بحث گروهی بر توانمندی مبتلایان به پرفشاری خون موثر است. در مجموع و با در نظر گرفتن یافته های پژوهش حاضر چنین نتیجه گیری می شود که بحث گروهی می تواند برای مبتلایان به پرفشاری خون با فراهم کردن شرایطی مانند فرصت اظهار نظر و کسب اطلاعات، بیان تجارب و دیدگاه ها و تخلیه هیجانات و تنش ها، به چالش کشیده شدن باورها و نگرش ها، کسب حمایت در گروه، یافتن منابع اطلاعاتی و افزایش حس مسئولیت و توان مدیریت خود، می تواند منجر به افزایش دانش و نگرش بیمار گردد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی مطالعه به صورت دو گروهی کنترل- آزمون انجام گیرد و روش بحث گروهی در قیاس با سایر شیوه های آموزشی سنجیده شود، همچنین می توان این مطالعه را در افراد بی سواد و کم سواد نیز بررسی نمود.

## تقدیر و تشکر:

پژوهشگران بر خود واجب می دانند که از همکاران مراکز بهداشتی- درمانی المپیک و شهید غفاری تهران و تمامی بیماران شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند. این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد کارآزمایی بالینی IRCT۲۰۱۱۰۴۲۹۱۶۹۳Nv و طرح تحقیقاتی با کد ۱۲۳۲۶/م ت می باشد.



20. Safari M, Salsali M, Granipour F. The effect of group discussion on the quality of nursing education, nursing care of patients with myocardial infarction Journal of Medical Sciences, Iran's Army, 2005: 4, 437-442 (Persian).
21. Alhani F, Vahedian azimi A, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2009: 2, 135-140 (Persian).
22. Vahedian azimi A. The effect of family-centered empowering model on the lifestyle of patients with myocardial infarction. MS, Tarbiat Modares. 2010 (Persian).
23. Tsay S. L, Hung L.O. Empowerment of patients with end-stage renal disease -a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 2004: 41, 59
24. Jabarzadeh tabrizi F, Saied rasooli E, Zamanzadeh V. The Effect of Empowering Program Education on Management of Psychosocial Aspect of Diabetic patient journal of caring Sciences, 2009: 11, 25-32 (Persian).
25. Tang T.S, Funnell M.M, Brown M.B, Kurlander J.E. Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention. Patient Education and Counseling, 2010: 79, 178-184.
26. Adolfsson E.T, Starrinc B, Smidea B, Wikblad K. Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study. International Journal of Nursing Studies, 2008: 45, 986-994.
27. Faller H, Reusch A, Ellgring H. Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A prospective controlled trial of rehabilitation inpatients. Patient Education and Counseling. 2011: 82, 186-192.
28. Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-Regulation Behaviors of Hypertension and Related Factors Among Hypertensive Patients. JFUMS. 2011; 1 (3) :116-122 (Persian).
29. Nazari M, Niknam S, Heidarnia A, Babaei R. G. Evaluation of health education on the feeding behaviors of elementary school girls Tarbiatmodares university, 2005: 13, 65-70 (Persian).
30. Rahmati A, Eetemadi A. Effects of coping skills training through group discussion on students' attitudes towards drug abuse. New Psychological Research (Psychology University), 2006: 1, 117-141 (Persian).
31. Shumaker A, Ockene K, Riekert A. The Handbook of Health Behavior Change, New York, Springer Publishing Company. 2009.



## Investigation of the effects of group discussion on the empowerment of patients with hypertension who were referred to two health centers in Tehran in 1390

Nasrin Kheibar<sup>1</sup>, Soghra Nik-Pour<sup>2\*</sup>, Eftekhar- Sadat Haji-Kazemi<sup>3</sup>, Hamid Haghani<sup>4</sup>,  
Maryam Dastoorpour<sup>5</sup>

1. MS in Community Health Nursing education, Behbahan Faculty of Medical Sciences, Behbahan, Iran
2. MS in Community Health Nursing education, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. MS in Community Health Nursing education, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MS in Biostatistics, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. PhD student in Epidemiology, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Received: 2014.3.1

Revised: 2014.12.29

Accepted: 2015.1.12

Abstract

**Background & Objective:** Control of hypertension is based on lifestyle modification. Group discussion can be considered as an efficient method for health education. Therefore, this study was aimed to determine the effect of group discussion on the empowerment of patients with hypertension who were referred to two health centers in Tehran.

**Method:** This was a pretest-posttest, quasi-experimental study in a group. The convenience sampling method was used by randomly selecting 36 patients with primary hypertension, aged 30-65 years. They were divided into 4 groups of 9 people. Since the comparison of groups was not taken into consideration, they were not homogenized. For each group, six 90-minute group discussion sessions were held. The tools included demographic information checklists and verbal empowerment questionnaire of Elhani et al with the scale of perceived intensity, perceived susceptibility, efficacy, and control axis. The data were calculated and analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

**Results:** The average age of the subjects was  $54 \pm 8.4$  years and 34.4% of the participants had a history of hypertension for 5 years. Group discussions could lead to improve the average empowerment of individuals ( $P=0.04$ ). Furthermore, among all the aspects of empowerment, group discussions had the greatest impact on the perception and sensitivity levels ( $P=0.001$  and  $P=0.02$  respectively).

**Conclusion:** In patients with hypertension, group discussions can lead to increased perception and sensitivity levels and also enhance the ability of individuals to control their lifestyles.

**Keywords:** Empowerment, Hypertension, Group Discussion

Corresponding Author: Soghra Nik-Pour

Address: Tehran University of Medical Sciences, Nursing and Midwifery Department, Tehran, Iran

Email: nikiniki\_s@yahoo.com

Please cite this paper as: Kheibar N, Nik-Pour S, Haji-Kazemi E, Haghani H, Dastoorpour M. Investigation of the effects of group discussion on the empowerment of patients with hypertension who were referred to two health centers in Tehran in 1390. Hakim Jorjani J. 2015; 2(1):33-39.