

بررسی تأثیر بحث گروهی با پسران دبیرستانی

بر کنترل پرفشاری خون والدین آنها

ابراهیم عزتی^۱، منیره انوشه^۲، عیسی محمدی^۳

چکیده

پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین علل قابل پیشگیری مرگ و میر زودرس در جهان است. با این وجود، کنترل آن حتی در افرادی که تحت درمان پزشکی و دارویی هستند در سطح مطلوبی نیست. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آموزش پسران دبیرستانی به شیوه بحث گروهی بر کنترل پرفشاری خون والدین آنهاست. مطالعه حاضر نیمه تجربی بوده، با حضور ۶۱ پسر دبیرستانی و والدین مبتلا به پرفشاری خون آنها، در دو گروه آزمون و شاهد انجام شد. دامنه سنی پسران دبیرستانی $15/2 \pm 0/40$ و والدین $50/9 \pm 6/68$ سال بود. پرفشاری خون والدین از نوع اولیه بوده، دو گروه از نظر سن و جنس با هم تطابق داشتند. برای پسران دبیرستانی گروه آزمون، هشت جلسه بحث گروهی به مدت یک ماه پیرامون پرفشاری خون و عوامل موثر بر آن طراحی و اجرا شد. فشارخون والدین به طور هفتگی به ترتیب از یک ماه قبل و حین جلسات بحث گروهی، همچنین ماههای اول و دوم بعد از اتمام جلسات بحث گروهی، اندازه گیری و ثبت گردید. میانگین میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در ماه دوم بعد از مداخله نسبت به ماه قبل از مداخله بر حسب میلی‌متر جیوه به ترتیب 163 ± 98 و 103 ± 72 در گروه آزمون و 84 ± 40 و 24 ± 63 در گروه شاهد کاهش نشان داد. آزمون آماری تی مستقل تفاوت بین دو گروه را پس از مداخله معنی دار نشان داد ($P < 0/001$). در پایان مداخله، $42/5\%$ از والدین در گروه آزمون در مقابل $16/7\%$ والدین در گروه شاهد، فشار خون کنترل شده داشتند ($P = 0/026$). با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بحث گروهی با پسران دبیرستانی در کنترل بهتر پرفشاری خون والدین آنها موثر است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که آموزش به شیوه بحث گروهی به عنوان یک استراتژی موثر آموزشی در زمینه مشارکت نوجوانان در ارتقاء سطح سلامت خود و خانواده‌هایشان به کار گرفته شود.

کلید واژگان: بحث گروهی، پسران دبیرستانی، پرفشاری خون، والدین

مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

نوبه ۱، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

مقاله اصیل پژوهشی

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس و سوپروایزر آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲- نویسنده مسؤؤل: دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

نشانی: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و دکتر چمران، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

تلفن و نمابر: ۸۲۸۸۳۸۱۳-۰۲۱

پست الکترونیکی:

anoosheh@modares.ac.ir

۳- دکتری تخصصی پرستاری، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت: ۹۰/۳/۱۰

اصلاح نهایی: ۹۰/۶/۶

پذیرش: ۹۰/۶/۱۶

مقدمه

هیپرتانسیون یا پرفشاری خون، مهم‌ترین علت قابل پیشگیری مرگ و میر زودرس در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است [۱]. این بیماری، شایع‌ترین بیماری مزمن و مهم‌ترین عامل خطر در ایجاد بیماری‌های قلبی-عروقی و آسیب اندام‌های انتهایی است [۲] و خطرناک‌ترین عامل برای ایجاد سکته مغزی، بیماری‌های عروق کرونر و نارسایی کلیوی محسوب می‌شود [۲-۶]. همچنین نابینایی یکی از عوارض پرفشاری خون است [۳]. اختلالات شناختی و دمانس نیز به طور شایعی در ابتلای به پرفشاری خون دیده می‌شوند [۷]. نسبت زیادی از مردمی که به این بیماری مبتلا هستند به طور معنی داری از افسردگی ناشی از آن رنج می‌برند [۸]. این بیماری مهلک بر عملکرد جنسی بیمار، کار و حرفه او، نقش‌های اجتماعی‌اش و بسیاری دیگر از زوایای زندگی بیمار از قبیل توان او در حفظ زندگی خانوادگی و انجام کارهای روزمره زندگی‌اش تأثیر گذاشته، زندگی وی را دچار تحولات نامطلوب می‌کند [۷]. شیوع جهانی پرفشاری خون حدود یک میلیارد نفر است و حدوداً ۷/۱ میلیون مرگ سالانه را می‌توان به پرفشاری خون نسبت داد [۹]. عبارتی این بیماری حدود ۲۰٪ از جمعیت بالغین جهان را متأثر کرده است [۱۰]. شیوع پرفشاری خون در تهران، مناطق مرکزی ایران و بوشهر به ترتیب ۲۲، ۱۸/۹ و ۲۴/۵ درصد گزارش شده است [۱۱-۱۳].

پرفشاری خون علاوه بر شیوع بالا و عوارض جدی که دارد، از لحاظ اقتصادی نیز هزینه‌های سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند. کل هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از پرفشاری خون در ایالات متحده سالانه بیش از ۵۰ میلیارد دلار برآورد شده است [۳]. مطالعات گوناگون صورت گرفته در دنیا نشان دهنده شکاف عمیق بین کشورهای پیشرفته با کشورهای در حال توسعه در شناخت و کنترل و درمان پرفشاری خون است. برای مثال در حالی که میزان آگاهی و درمان و کنترل در آمریکا در سال ۱۹۹۹-۲۰۰۰ برابر با ۷۰٪، ۵۹٪ و ۳۴٪ بود [۷]، کاپوکیو و همکاران در سال ۲۰۰۴ میزان شناخت، درمان و کنترل این بیماری در کشور غنا را به ترتیب ۲۲٪، ۱۱٪ و ۳٪ برآورد کردند [۵]. در ایران نیز هرچند برخی از مطالعات انجام شده در شهرهای

بزرگ کشور طی دهه اخیر افزایش قابل توجه در میزان آگاهی مردم از وجود پرفشاری خون را نشان داده اند [۱۴-۱۵]، اما نگاهی بر مطالعات انجام شده در کشور نشان می‌دهد که آگاهی و بیمار یابی پرفشاری خون در حد مطلوب نیست. حتی در موارد تحت درمان نیز، کنترل کافی و مناسب صورت نمی‌گیرد. میزان آگاهی، درمان و کنترل فشار خون بالا به ترتیب در مطالعه قلب سالم اصفهان ۴۷٪، ۲۳٪ و ۹٪ و در مطالعه قند و لیپید تهران ۵۰٪، ۳۳٪ و ۱۴٪ گزارش گردیده است [۱۱، ۱۳]. اجرای پروژه مونیکا در تهران (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease- MONICA) نیز حاکی از آن بود که تنها ۲۶/۸٪ از افرادی که از بیماری خود مطلع بوده، دارو مصرف می‌کردند فشار خون کنترل شده داشتند [۱۵]. آمارها و داده‌های ذکر شده نشان می‌دهند که تعداد کثیری از مبتلایان به پرفشاری خون در ایران از وجود این بیماری بی‌خبر بوده، موارد شناخته شده و تحت درمان نیز کنترل کافی و مناسب بر بیماری خود ندارند. کنترل و پیشگیری از پرفشاری خون در سطح وسیع اجتماعی، صرفاً از راه اتخاذ خط مشی‌های صحیح در تمام سطوح جامعه حاصل می‌شود و برای حصول این هدف می‌بایست همه اعضای جامعه شامل اعضای خانواده، نهادهای مذهبی، مدارس، کسبه‌ها و سازمان‌های بشر دوستانه، مراکز بهداشتی، داروخانه‌ها، نهادهای دولتی و بسیاری دیگر از سازمانهای اجتماعی و اشخاص صاحب نفوذ در میان مردم را در این امر مشارکت داد [۱۶]. در این میان، مدارس، بهترین مکان و دانش آموزان، بهترین افراد برای نیل به اهداف آموزش بهداشت می‌باشند [۱۷]. آموزش بهداشت می‌تواند از طریق اصلاح سبک زندگی، فشارخون افراد را کاهش داده، بر اثر بخشی داروهای ضد پرفشاری خون بیفزاید [۷]. مدارس مکان‌هایی هستند که در آن و از طریق آن می‌توان مهارت‌ها و شیوه زندگی سالم را به دانش آموزان آموخت و از مشکلات رفاهی و سلامتی همچون پرفشاری خون در حال و آینده پیشگیری کرد [۱۸]. اعتقاد بر این است که از طریق دانش آموزان به راحتی می‌توان پیامها و آموزش‌های بهداشتی را به اعضای خانواده و جامعه منتقل کرد. فرزندان بیماران مبتلا به پرفشاری خون باید در برنامه آموزشی

دموگرافیک به وسیله پسران دبیرستانی و والدینشان، اندازه‌گیری فشارخون والدین (سیستول و دیاستول) به مدت ۴ هفته و چهار بار توسط پژوهشگر با رعایت کلیه معیارهای JNC7^۱ در اندازه‌گیری فشار خون، صورت گرفت [۷]. سپس متوسط اندازه‌گیری‌ها به عنوان فشارخون والدین در ماه قبل از آموزش ثبت شد. در اواسط ماه اول قبل از آموزش، به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی از یک طرف و آماده‌سازی دانش‌آموزان گروه آزمون برای شرکت در جلسات بحث گروهی از طرف دیگر، برای تمامی دانش‌آموزان دارای والدین مبتلا در دو گروه (شاهد و آزمون)، دو جلسه کلاس آموزشی یک ساعته به شکل سخنرانی با محتوای آموزشی کاملاً یکسان به فاصله ۳-۴ روز برگزار شد. در این جلسات آموزشی، مطالبی پیرامون سیستم قلبی-عروقی، ماهیت پرفشاری خون و عوامل موثر بر آن مطرح شدند. مرحله مداخله (آموزش به شیوه بحث گروهی) بلافاصله پس از اتمام مرحله یکماهه قبل از مداخله شروع شد. این مرحله شامل ۸ جلسه بحث گروهی ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای برای دانش‌آموزان گروه آزمون بود. این جلسات، هفته‌ای دو بار و مطابق با برنامه از پیش طراحی شده برگزار گردیدند. محتوای جلسات بحث گروهی در ارتباط با ماهیت پرفشاری خون و عوامل موثر بر آن، سبک زندگی سالم، نیازهای مراقبتی والدین مبتلا به پرفشاری خون و لزوم رعایت رژیم درمانی از سوی والدین بود. پس از پایان جلسات، دانش‌آموزان به مدت ۲ ماه، برای بارگیری آموزش‌ها و اطلاعات بدست آمده در جلسات بحث گروهی، رها شدند. در خلال دوره یک ماهه بحث گروهی و ۲ ماه بعد از آن نیز، هر هفته فشار خون (سیستول و دیاستول) والدین در گروه‌های آزمون و شاهد به وسیله پژوهشگر کنترل و ثبت می‌گردید. پژوهشگران، متوسط فشارخونهای ثبت شده در مرحله مداخله، ماه اول بعد از مداخله و ماه دوم بعد از مداخله را به ترتیب به عنوان فشارخون حین جلسات بحث گروهی، ماه اول و دوم بعد از جلسات بحث گروهی محاسبه کردند. اطلاعات بدست آمده از ابزارهای پژوهش، توسط آزمون‌های توصیفی و تحلیلی از قبیل

شرکت داده شوند تا نیازهای این بیماران را درک کرده، از رعایت برنامه درمانی بیمار حمایت و مراقبت کنند [۱۹]. امروزه آموزش به شیوه بحث گروهی، به عنوان یک استراتژی موثر در زمینه علوم بهداشتی مطرح است [۲۰]. بحث گروهی به عنوان روشی محبوب و رایج برای ارزیابی تجارب جمعی و شناسایی ایده‌های افراد جامعه در ارتباط با سلامت و رفتارهای تهدیدکننده آن، همچنین کشف درک عموم از علل بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفته است [۲۱]. این روش با توجه خصوصیات احساس تعلق به گروه، از معتبرترین روش‌های آموزشی به خصوص در سنین نوجوانی و دبیرستان به شمار می‌رود [۲۲]. در این مطالعه، پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا تأثیرات بحث گروهی با پسران دانش‌آموز دبیرستانی را بر پرفشاری خون والدین آنها مورد مطالعه قرار دهند.

روش

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی با هدف تعیین تأثیر بحث گروهی با پسران دبیرستانی بر کنترل پرفشاری خون یکی از والدین آنها بود که در سال ۱۳۸۶ در شهر سنقر (استان کرمانشاه) در غرب ایران انجام شد. انتخاب اولیه نمونه‌های پژوهش، با مراجعه به کلیه دبیرستان‌های پسرانه سطح شهر و بر اساس خود گزارش‌دهی دانش‌آموزان مبنی بر وجود والد مبتلا به فشار خون که تحت درمان با داروهای ضد فشار خون می‌باشد؛ صورت گرفت. سپس برای کلیه این والدین، دعوت نامه فرستاده شد که از مجموع ۴۴۵ والد دعوت شده به پژوهش، ۱۰۲ نفر به صورت کتبی رضایت خود را برای شرکت خود و فرزندشان در پژوهش اعلام نمودند. از این تعداد فقط ۶۹ نفر واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند (مصرف داروی ضد فشار خون داشتند و پرفشاری خون آنها از نوع اولیه بود). ۸ نفر از آنها نیز در مراحل اولیه پژوهش به دلیل عدم همکاری مناسب با فرزندانشان و انصراف خود دانش‌آموزان از طرح خارج شدند. بنابراین تعداد کل نمونه‌های پژوهش بالغ بر ۶۱ نفر شد که این تعداد در دو گروه آزمون و شاهد به صورت جفتی (paired) (۳۱ نفر آزمون، ۳۰ نفر شاهد) تقسیم شدند. در این مطالعه، دو گروه آزمون و شاهد از نظر سن و جنس با هم تطابق داشتند. پس از انتخاب نمونه‌ها و تکمیل پرسشنامه اطلاعات

1. Seventh report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure

ویژگی‌های دموگرافیک مورد مطالعه در والدین مبتلا به پرفشاری خون شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت بیمه، استعمال سیگار، مدت زمان مصرف داروی ضد فشار خون، شاخص توده بدنی بود که اختلاف معنی داری بین دو گروه شاهد و آزمون قبل از مطالعه مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

درصد فراوانی، کای اسکوئر، تی تست و آنالیز واریانس داده‌های تکراری با اطمینان ۹۵٪ توسط نرم افزار آماری spss14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، دامنه سنی والدین $50/9 \pm 6/68$ سال بود.

جدول ۱: بررسی وضعیت سن، شاخص توده بدنی و فشارخون والدین در گروه آزمون و شاهد (قبل از مداخله)

P-Value	انحراف از معیار	میانگین	تعداد	مقادیر مورد اندازه گیری
.۰۹۳	۶/۹۷	۵۱/۰۰	۳۱	آزمون سن
	۶/۵۰	۵۰/۸۷	۳۰	شاهد سن
.۰/۵۳	۴/۲۲	۲۷/۰۰	۳۱	آزمون شاخص توده بدنی
	۳/۸۱	۲۷/۶۴	۳۰	شاهد شاخص توده بدنی
.۰/۳۵	۱۰/۶۳	۱۵۶/۷	۳۱	آزمون فشارخون سیستولیک
	۱۰/۶۰	۱۵۴/۲	۳۰	شاهد فشارخون سیستولیک
.۰/۷۰	۷/۱۴	۹۷/۳۹	۳۱	آزمون فشارخون دیاستولیک
	۸/۱۰	۹۶/۶۳	۳۰	شاهد فشارخون دیاستولیک

بررسی رژیم دارویی آنتی هیپرتانسیو (تکی یا ترکیبی) در قبل از آنتولول به عنوان تنها داروی درمانی خود استفاده می کردند. مطالعه، در والدین گروه شاهد و مداخله نشان داد که $48/8\%$ آزمون کای اسکوئر اختلاف معنی داری را از نظر رژیم دارویی والدین گروه آزمون و $37/6\%$ والدین گروه شاهد از داروی نشان نداد (جدول شماره ۲).

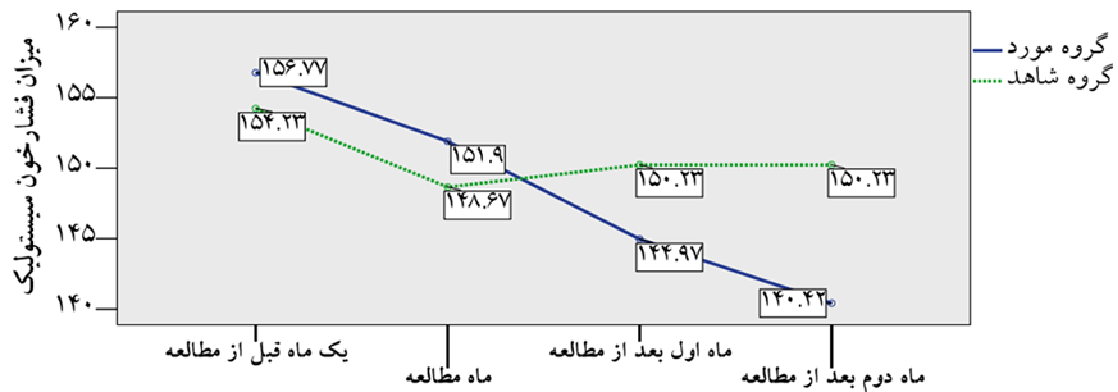
جدول ۲: توزیع فراوانی والدین برحسب رژیم دارویی (تک یا ترکیبی) در گروه آزمون و شاهد

P-Value	شاهد درصد	آزمون درصد	گروه	رژیم دارویی
.۰/۷۱	۳۶/۷	۴۸/۴	۵۸/۱	آنتولول
	۷/۶	۶/۴۵		تک دارویی های دیگر
	۴۶/۷	۴۱/۹		دو یا چند دارویی (ترکیبی)

کنترل شده به کنترل نشده) ارزیابی شد. توضیح اینکه فشار خون کنترل شده در این مطالعه فشار خون کمتر از ۱۴۰ روی ۹۰ تعریف شده بود. متوسط فشارخون سیستولیک بر حسب میلی‌متر جیوه (mmhg) در ماه‌های قبل از مداخله، ماه مداخله (آموزش)، ماه اول و دوم بعد از مداخله در نمودار شماره ۱ قابل مشاهده است.

در ارتباط با دانش آموزان دارای والدین مبتلا به پرفشاری خون، بیش از ۷۵٪ از دانش آموزان گروه شاهد و آزمون، دانش آموز سال اول دبیرستان و پانزده ساله با دامنه سنی $15/2 \pm 0/40$ بودند. آزمون کای اسکوئر نیز تفاوت معنی داری بین دانش آموزان دو گروه به لحاظ سن و پایه تحصیلی نشان نداد.

فشارخون والدین مبتلا به پرفشاری خون در هر یک از گروه‌ها به صورت کمی و کیفی (نسبت پرفشاری خون



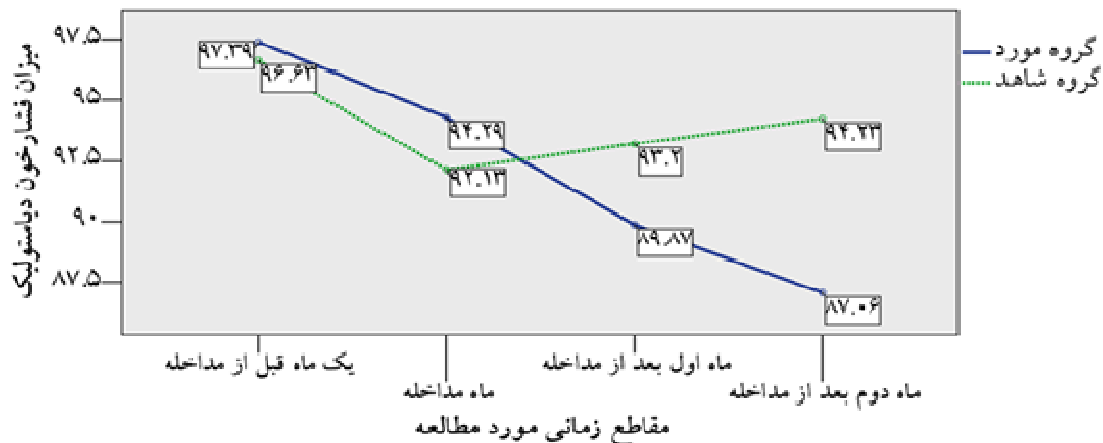
مقاطع زمانی مورد مطالعه

نمودار ۱- وضعیت فشار خون سیستولیک در والدین مبتلا به پرفشاری خون طی ۴ ماه پیگیری در قبل و بعد از مداخله

اول و دوم بعد از مداخله در نمودار شماره ۲ نمایش داده شده اند. در تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با توجه به معنی دار بودن آزمون کرویت مخلی ($P < 0.001$) و عدم احراز پذیره تقارن مرکب، نتایج آزمون تک متغیره گرین هاوس گایزر استفاده شد. این آزمون نشان دهنده کاهش معنی‌دار کلی در میانگین فشارخون دیاستولیک در دو گروه شاهد و مداخله در طول مطالعه بود ($P < 0.001$) $f_{27/18} df = 2/26$.

در تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با توجه به معنی دار بودن آزمون کرویت مخلی ($P < 0.001$) و عدم احراز پذیره تقارن مرکب، نتایج آزمون تک متغیره گرین هاوس گایزر استفاده شد. این آزمون نشان دهنده کاهش معنی‌دار کلی در میانگین فشارخون سیستولیک دو گروه شاهد و مداخله در طول مطالعه است ($P < 0.001$) $f = 43/28 df = 2/26$.

متوسط فشارخون دیاستولیک بر حسب میلی‌متر جیوه (mmHg) در ماه‌های قبل از مداخله، ماه مداخله (آموزش)، ماه



نمودار ۲- وضعیت فشار خون دیاستولیک در والدین مبتلا به پرفشاری خون طی ۴ ماه پیگیری در قبل و بعد از مداخله

گروه آزمون و $8/4 \pm 4$ و $6/27 \pm 2/4$ در گروه شاهد کاهش نشان داد. آزمون آماری تی مستقل تفاوت بین دو گروه را پس از مداخله معنی‌دار نشان داد ($P < 0.001$) (جدول شماره ۳).

میانگین میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در ماه دوم بعد از مداخله نسبت به ماه قبل مداخله بر حسب میلی‌متر جیوه (mmHg) به ترتیب $9/8 \pm 16/3$ و $7/2 \pm 10/3$

جدول ۳: مقایسه کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بین گروه‌های شاهد و مداخله در طول مداخله

زمان		ماه مداخله از ماه قبل مداخله		ماه اول بعد از مداخله از قبل مداخله		ماه دوم بعد از مداخله از قبل مداخله	
کاهش فشارخون	گروه	آزمون	شاهد	آزمون	شاهد	آزمون	شاهد
	(میانگین)	-۴/۸۷۱	-۵/۵۶۶	-۱۱/۸۰	-۴/۰۰	-۱۶/۳۵	-۴/۰۰
	انحراف معیار	۳/۷۹۲	۶/۵۲۶	۷/۲۳۱	۷/۸۸	۹/۸۶	۸/۴۸
	P-Value	۰/۶۱۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
کاهش فشارخون	گروه	آزمون	شاهد	آزمون	شاهد	آزمون	شاهد
	(میانگین)	-۳/۰۹	-۴/۵۰	-۷/۵۱	-۳/۴۳	-۱۰/۳۲	-۲/۴۰
	انحراف معیار	۴/۱۰۹	۴/۷۱۰	۶/۵۷۷	۵/۴۰۵	۷/۲۹۵	۶/۲۷
	P-Value	۰/۲۲۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۰	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

براساس جدول فوق، اختلاف میانگین کاهش فشارخون

سیستولیک و دیاستولیک بین گروه های شاهد و مداخله در ماه اول و دوم بعد از مداخله نسبت به ماه قبل از مداخله معنی دار است ($P < 0/001$). در خصوص درصد فشار خون کنترل شده در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از ماه مداخله (آموزش)، بیش از ۹۰٪ والدین در دو گروه آزمون و شاهد از قبل از مداخله، فشارخون کنترل نشده داشتند. به این معنی که فشار خون آنها علی رغم مصرف داروهای ضد فشار خون، بیشتر از ۱۴۰ روی ۹۰ بود. آزمون کای اسکور با استفاده از تست فیشر تفاوت معنی داری بین دو گروه در قبل از مداخله نشان نمی دهد ($p = 0/345$). در پایان مطالعه (دو ماه بعد از مداخله)، ۴۲/۵٪ والدین در گروه آزمون در مقابل ۱۶/۷٪ والدین در گروه شاهد فشارخون کنترل شده داشتند. آزمون آماری کای اسکور تفاوت معنی داری بین گروه شاهد و آزمون در پایان مطالعه نشان داد ($p = 0/026$) (نمودار ۳).

نتایج حاصله از نمودارها و جداول فوق نشان داد که بحث گروهی با پسران دبیرستانی به عنوان عضوی از خانواده‌ها پیرامون مسائل بهداشتی و درمانی والدین مبتلا به پرفشاری خون آنها، در کاهش فشارخون و کنترل پرفشاری خون والدین آنها موثر بود. صاحب نظران معتقدند بالا بردن دانش اعضای خانواده و وارد کردن اعضای خانواده در اعمال مراقبت‌های بهداشتی از راه ارتقاء رفتارهای بهداشتی سالم از قبیل حفظ دیدارهای درمانی و قبول درمان، به کنترل بهتر فشار خون کمک می کند [۲۳]. هفتمین کمیته مشترک ملی در ارتباط کنترل و درمان پرفشاری خون نیز بر درگیری اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به پرفشاری خون و حمایت‌های اجتماعی تاکید می کند و حمایت‌های اجتماعی می تواند در کنترل پرفشاری خون نقش به سزایی داشته باشد [۷]. مطالعه مورسکی و همکاران نشان داد شرکت در بحث گروهی و مشارکت دادن اعضای خانواده در برنامه درمانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون طی دیدار از منازل نقش مهمی در کنترل فشار خون افراد مبتلا به پرفشاری خون خانواده و حفظ دیدارهای درمانی و تبعیت آنها از رژیم درمانی و دارویی شان دارد [۲۴]. مطالعه پنه‌آ و همکاران نیز در سال ۲۰۰۱ نشان داد، آموزش و توصیه‌های بهداشتی که در خلال دیدار خانگی و از طریق گفتگو به افراد سالخورده مبتلا به پرفشاری خون و خانواده آنها ارائه می شد، در کاهش معنی دار فشار خون این بیماران موثر بود [۲۵]. همچنین ریس و مورن



مطالعه، پیشنهاد می‌شود از بحث گروهی در دبیرستان‌ها، با توجه به خصوصیات گروه‌گرایی دانش‌آموزان در سنین نوجوانی و دبیرستان به عنوان یک استراتژی موثر آموزشی در زمینه آموزش علوم بهداشتی و کنترل بیماری‌های شایع در جامعه از جمله پرفشاری خون استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بحث گروهی با پسران دبیرستانی به عنوان عضوی از خانواده پیرامون مسائل بهداشتی و درمانی والدین مبتلا به پرفشاری خون آنها، در کاهش فشارخون و کنترل پرفشاری خون والدین آنها موثر است.

تشکر و قدر دانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری نویسنده اول استحصال و با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسندگان مراتب قدرانی و تشکر خود را از همیاری دانشگاه تربیت مدرس، دانش‌آموزان عزیز، والدین گرامی آنان و اولیاء محترم مدرسه، که صبورانه ما را تا پایان این طرح یاری نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

سهم نویسندگان

ابراهیم عزتی: طراحی مطالعه و ایده؛ جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ تهیه نگارش مقاله
منیره انوشه: راهنمایی و مشاوره؛ تهیه نگارش مقاله
عیسی محمدی: مشاوره و راهنمایی

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی ندارد.

نشان دادند که قبول دارو درمانیلاً قویاً با حمایت خانوگی که برای مبتلایان به پرفشاری خون فراهم می‌شود، مرتبط است [۲۶]. مطالعه جعفری در زنجان نیز نشان داد که مشاوره با خانواده بر میزان فشارخون زنان مبتلا به پرفشاری خون موثر است [۲۷]. بررسی مدل تأثیرات اجتماعی نیز نشان می‌دهد که رفتارهای بهداشتی و تبعیت از دارو درمانی در بیماران به وسیله حمایت‌های اطرافیان (از قبیل اعضای خانواده و دوستان) تشویق می‌شوند و افزایش می‌یابند [۲۴].

در این مطالعه از بحث گروهی برای آموزش نوجوانان دبیرستانی جهت بالا بردن دانش و بهبود عملکرد والدین مبتلا به پرفشاری خون استفاده شد. بررسی مطالعات دیگری از قبیل سبحانیان و مصلی نژاد [۲۸] و ایوانس و همکاران [۲۹] نیز حاکی از تأثیر مثبت آموزش به فرزندان در ارتقاء سطح دانش و عملکرد بهداشتی والدین در خصوص مسائل بهداشتی و برخی از بیماری‌ها بود. مطالعه ما نیز نشان داد که بحث گروهی با دانش‌آموزان می‌تواند به طور مثبتی مهارت‌های بهداشتی و رفتاری والدین آنها را در مورد بیماری‌های مزمن تحت تأثیر قرار دهد. کاهش معنی‌دار فشارخون در دو گروه شاهد و مداخله می‌تواند به علت رابطه هفتگی پژوهشگر با والدین دو گروه از ابتدای مطالعه تا پایان آن برای اندازه‌گیری هفتگی فشارخون آنها و در نتیجه توجه بیشتر والدین به بیماریشان و طرح احتمالی مسائل و مشکلاتشان با پژوهشگر در ارتباط با آن باشد. در هر حال، مقایسه‌های انجام شده بین دو گروه در طول مطالعه نشان داد که میزان کاهش فشارخون در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بطور واضح معنی‌داری بود. به علاوه، ما شاهد تفاوت معنی‌داری در درصد فشارخون کنترل شده در گروه مداخله و شاهد بودیم. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه می‌توان به تفاوت انگیزه‌ها و علائق پسران و والدین آنها اشاره کرد که می‌تواند نقش مهمی در همکاری و رعایت آموخته‌های جلسات بحث گروهی داشته باشد. در پایان با توجه به نتایج این

References

- Williams B, Poulter NR, Brown MJ, et al. Guidelines for management of hypertension: Report

- of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. *J Hum Hypertens* 2004; 18(3):139-85.
2. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Larson MG, Levy D. Treatment and control of hypertension in the community: A prospective analysis. *Hypertension* 2002; 40(5):640-6.
3. American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement. Clinical Performance Measures Hypertension Tools Developed by Physicians for Physicians. 2005. Available at URL: <http://www.ama-assn.org/go/quality>. Accessed Jan 1, 2005.
4. Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Available at URL: <http://www.healthypeople.gov>. Accessed November, 2005.
5. Cappuccio FP, Micah FB, Emmett L, et al. Prevalence, detection, management, and control of hypertension in Ashanti, West Africa. *Hypertension* 2004; 43(5):1017-22.
6. Bird A, Gage H, Owen C, Storey L. Understanding of blood pressure and behavioural risk factors amongst British adolescents. *Public health* 2005; 119(12):1069-1079.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42(6):1206-52.
8. World Health Organization. World health report 2003: Shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003.
9. Guilbert JJ. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon)* 2003; 16(2):230.
10. World Health Organisation. The World health report 1997: Executive summary. Geneva: World Health Organisation; 1997.
11. Qnbryan A, Majid M, Rahmani M, Sarrafzadeh A, Azizi F. Distribution of blood pressure in Tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2004; 5(Annex 4):425-35. [In Persian]
12. Amiri M, Amiri R, Pur IN, et al. Cardiovascular risk factors In Bushehr port based on project Monica World Health Organization; Healthy heart project of persian gulf. *Iranian South Medical Journal* 2004; 6(2):151-161. [In Persian]
13. Khosravi A, Fard NM, Shahrokhi S, Shirani S, Ansari R. Drugs consumables by high blood pressure patient in the central regions of Iran. *Journal of Isfahan Medical School* 2004; 22(74-75):100-7. [In Persian]
14. Khosravi A, Pourmoghadas M, Srafzadgan N, Ansari R, Kelishadi R, Shirani S. Ten-year trend of hypertension in people over 18 years in Esfahan. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2004; 6(4):87-94. [In Persian]
15. Fakhrzadeh H, Nouri M, Pur ER, Ghotbi S, Heshmat R, Hagh MHB. The prevalence of hypertension and associated risk factors in urban population aged 25-64 residing Tehran University population base. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2005; 1(3):37-43. [In Persian]
16. Beato CV. A health message: When it comes to hypertension, we need your help. *Journal of the National Medical Association* 2004; 96(8):1105-1106.
17. Marandi A, Azizi F, Larijani B, Jamshidi H. Health in Islamic Republic of Iran: UNICEF; 1998.
18. jeolae S, mehrdad N, Bahrani N, Moradi M. Compare the health behaviors of elementary school students with and without health instructor. *Hayat, Journal of Nursing & Midwifery* 2004; 10(21):55-62.
19. Brunner LS, Smeltzer SCOC. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
20. Masterson MM, Morgan AL. Documenting the effectiveness of an educational tool and group discussion for understanding the cardiovascular adjustments to upright posture. *Adv Physiol Educ* 2005; 29(4):211-2.
21. Wong LP. Focus group discussion: A tool for health and medical research. *Singapore Med J* 2008; 49(3):256-60.
22. Asadpour M, Ghofranipour F, Hajizadeh S. The effect of teaching method of group discussions on the rate of smoking in male students of Rafsanjan. *Daneshvar Medicine* 2002; 8(35):1-6. [In Persian]
23. Daniels PR, Kardia SL, Hanis CL, et al. Familial aggregation of hypertension treatment and control in the Genetic Epidemiology network of arteriopathy (GENOA) study. *The American Journal of Medicine* 2004; 116(10):676-81.

24. Morisky DE, Lees NB, Sharif BA, Liu KY, Ward HJ. Reducing disparities in hypertension control: A community-based hypertension control project (CHIP) for an ethnically diverse population. *Health Promot Pract* 2002; 3(2):264-75.
25. Garcia-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(6):1485-91.
26. Marin-Reyes F, Rodriguez-Moran M. Family support of treatment compliance in essential arterial hypertension. *Salud publica Mex* 2001; 43(4):336-9.
27. Jafari N, Anoosheh M, Fazlollah A, Nemdian M. The effect of family counseling on blood pressure in women with hypertension. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences & Health Services* 2005; 47:44-59. [In Persian]
28. Sobhanian S, Mosallanjad L. Effect of teaching in basics of personal hygiene to students on knowledge and practice of their family in Sajadiyeh town of Shiraz. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2004; 1(1):13-8. [In Persian]
29. Evans D CN, Levison MJ, Levin B, Mellins RB. Can children teach their parents about asthma. *Health Education Behaviour* 2001; 28(4):500-11.

Archive of SID

How to cite this article: Ezzati E, Anoosheh M, Mohammadi E. A study of the effects of group discussion with male high school students on their parents' hypertension control. *Journal of Research & Health* 2011; 1:64-72.

27. Jafari N, Anoosheh M, Fazlollah A, Nemdian M. The effect of family counseling on blood pressure in women with hypertension. *Journal of*