

تاثیر مصاحبه انگیزشی بر فشار خون مراجعان مبتلا به پرفشاری خون

علی نویدیان* *PhD*، محمدرضا عابدی^۱ *PhD*، ایران باغبان^۱ *PhD*، مریم فاتحی زاده^۱ *PhD*، حمید پورشریفی^۲ *PhD*

*گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۱گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۲گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

اهداف: پرفشاری خون مهم ترین عامل قابل اصلاح بیماری های قلبی- عروقی است. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی گروهی بر میزان فشار خون افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی، پژوهشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود که در زمان های مختلف روی ۶۱ مراجع با فشار خون سیستولی بین ۱۲۵ تا ۱۶۰ میلی متر جیوه در قالب طرح غربالگری دیابت و سندروم متابولیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۸۸-۱۳۸۷ اجرا شد. ۸۰ مراجعه کننده از طریق نمونه گیری تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) قرار گرفتند. مداخله ای شامل پنج جلسه مصاحبه انگیزشی گروهی، به همراه آموزش رایج سبک زندگی به گروه آزمایش ارائه شد. داده ها با استفاده از آزمون های آماری آنالیز کوواریانس و T وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین فشار خون سیستولی ($p=0/01$) و دیاستولی ($p=0/05$) به طور معنی داری پس از مداخله در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل پایین تر بود. با وجود این که تفاوت معنی داری در فشار خون سیستولی در مرحله پیگیری وجود نداشت، تاثیر مصاحبه انگیزشی بر فشار خون دیاستولی همچنان پایدار گزارش گردید.

نتیجه گیری: افزودن مصاحبه انگیزشی به آموزش های معمول سبک زندگی سالم در کنترل و پیشگیری پرفشاری خون، روشی موثر در کاهش فشار خون و در نهایت، کاهش عوامل خطرزای بیماری های قلبی- عروقی است.

کلیدواژه ها: مصاحبه انگیزشی گروهی، پرفشاری خون، سبک زندگی

Effect of motivational interviewing on blood pressure of referents suffering from hypertension

Navidian A.* *PhD*, Abedi M. R.¹ *PhD*, Baghban I.¹ *PhD*, Fatehizadeh M.¹ *PhD*, Poursharifi H.² *PhD*

*Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

¹Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

²Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Abstract

Aims: Hypertension is the most important modifiable factor in the cardiovascular diseases. The aim of this study was to determine the effectiveness of group motivational interviewing on the blood pressure of people suffering from hypertension.

Materials & Methods: This research is a quasi-experimental study with the pre-test, post-test and a control group which was conducted at different time intervals on 61 patients suffering from systolic blood pressure from 125 to 160 mm Hg in the Isfahan medical sciences university in a project for screening diabetes and metabolic syndrome in 2009. 80 subjects were selected by random sampling and were randomly divided into the experimental group (N=40) and the control group (N=40). An intervention consists of five sessions of group motivational interviewing and common lifestyle training was provided for the experimental group. The data was analyzed using statistical covariance analysis and dependent T-test.

Results: The mean of the systolic blood pressure ($p=0.01$) and diastolic blood pressure ($p=0.05$) were significantly lower in the group receiving the motivational interview than the control group after the intervention. Despite the fact that there was no significant difference in systolic blood pressure in the follow-up stage, the effect of the motivational interviewing on diastolic blood pressure was reported to be persistent.

Conclusion: Including motivational interview in the health lifestyle trainings for controlling and preventing high-blood pressure is an effective way for decreasing blood pressure and consequently decreasing dangerous factors in cardiovascular diseases.

Keywords: Group Motivational Interviewing, Hypertension, Lifestyle

مقدمه

مشاوره انگیزشی، روشی مراجع محور و رهنمودی به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییر، از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی است [۱]. مدل مفهومی مصاحبه انگیزشی بر پایه مفاهیمی از فرآیند تغییر پروچسکا و دیکلمنته، دوسوگرایی و تردید، باورهای بهداشتی نظریه حفاظتی راجرز، موازنه تصمیم گیری جانیس و مان، نظریه واکنشی عمل کردن برهم، نظریه ادراک خویشتن بیم، نظریه خودسامان دهی کانفر و نظریه ارزش های راکچ شکل گرفته است [۲].

استفاده از مصاحبه انگیزشی در دنیا به سرعت در حال پیشرفت است، به طوری که طی سه سال، انتشارات در این زمینه تقریباً دو برابر شده است. این رویکرد به سرعت از اعتیاد، به حوزه سیستم های سلامت، ارتقای بهداشت و اختلالات روان شناختی و اخیراً به حیطه های اصلاح و تربیت نیز سرایت کرده است [۳]. در سال های اخیر، مصاحبه انگیزشی به محدوده بیماری های مزمن راه یافته است. بیماران مزمن نیازمند تغییرات رفتاری و سبک زندگی در حد بسیار وسیعی هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ کنند. باوجود آموزش به بیماران در مورد تغییر رفتارهای بالقوه خطرناک، متأسفانه الگوهای عملی معدودی وجود دارد تا به مراجعان و افراد حرفه ای در ایجاد محیطی مناسب برای تغییر کمک نماید [۴].

پرفشاری خون از جمله بیماری های شایع، مزمن، عودکننده و زمینه ساز سایر بیماری ها و در عین حال، قابل پیشگیری در عصر حاضر بوده و به علت ایجاد تغییرات وسیع و طولانی مدت در رفتارهای مربوط به سبک زندگی، اختلالی دشوار و چالش برانگیز از نظر درمانی محسوب می شود [۵، ۶]. ۹۰ تا ۹۵٪ پرفشاری های خون از نوع اولیه است و تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک، عوامل خطر قابل اصلاح (چاقی، افزایش نمک مصرفی، الکل، سبک زندگی کم تحرک، استرس و رژیم غذایی) و عوامل خطر غیرقابل اصلاح (وراثت، سن، جنس و نژاد) است و فقط ۵ تا ۱۰٪ باقی مانده، پرفشاری خون ثانویه و ناشی از سایر اختلالات کلیوی، عروقی، غدد درون ریز، عصب شناختی، حاملگی و واکنش به داروهاست [۷].

فشار خون بالا باعث التهاب و تخریب دیواره شریان ها می شود. تخریب شریان ها باعث تجمع چربی در جدار شریان ها و تصلب شریانی و در نهایت، تخریب شریان های کوچک و شکننده اندام های داخلی و حملات قلبی، ریتینوپاتی، سکته، بیماری های محیطی و نارسایی کلیه می شود [۸].

میزان کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به این بیماری مزمن در سرتاسر جهان بسیار پایین است. برای نمونه در کشورهای کامرون، هند و چین، کمتر از ۱۰٪ مبتلایان پرفشاری خون را کنترل کرده اند [۷]. مطالعه قربانی و همکاران نشان داد که در نمونه ایرانی، میزان کنترل پرفشاری خون در زنان و مردان تقریباً مشابه و برابر ۴۱٪ است [۹]. حدود ۵۳٪ بیماران با تشخیص پرفشاری خون کنترل نشده،

باوجود آموزش های معمول کنترل مناسبی در فشار خون ندارند؛ بنابراین، ضرورت به کارگیری روش های موثرتر وجود دارد [۱۰]. افزایش و تقویت میزان پاسخ دهی به درمان های موثر فعلی، به عنوان اولویت مهم تحقیق بالینی مطرح است. امروزه این مطلب روشن است که وقتی برای میزان پاسخ بالینی، از معیاری دقیق استفاده شود، تعداد قابل توجهی از افراد به درمان های معمول از جمله درمان شناختی رفتاری یا تغییر سبک زندگی پاسخ درمانی خوبی نمی دهند [۱۱]. برای مثال، در مطالعه فراتحلیل درمان های افسردگی و اختلالات اضطرابی که توسط وستن و موریسون انجام شد، ۳۷ تا ۴۸٪ نمونه هایی که درمان را کامل کرده بودند و ۴۶ تا ۵۶٪ آنهاپی که قصد درمان داشتند، در بررسی های پس از مداخله، بهبود نشان ندادند [۱۲]؛ همچنین، بیماری تنها ۳۰٪ بیماران مبتلا به پرفشاری خون تحت کنترل است [۱۳]. ۵۰٪ افرادی که برنامه ورزش را آغاز می کنند، طی سه تا شش ماه آن را رها می نمایند یا پس از گذشت ۶ ماه، میزان پایبندی به راهبردهای کاهش وزن در آنها به کمتر از ۵۰٪ می رسد [۱۴]. فقط حدود ۲۵٪ مراجعان برای کاهش وزن، ۱۸ ماه پس از مداخله به هدف دست می یابند [۵].

چون اغلب، میزان ترک زودهنگام درمان، عدم پایبندی به مصرف داروها و رژیم های درمانی، فقدان مشارکت مراجعان، عدم آمادگی آنان برای تغییر، برگشت مجدد مشکل یا اختلال، عدم حضور مرتب در جلسات درمانی، انگیزه و تعهد پایین برای استمرار تغییر، سطح بالای دوسوگرایی، مقاومت، ترس و نگرانی از تکنیک های درمانی، عدم انجام تکالیف درمانی و سطح پایین انتظار موفقیت در برنامه های درمانی بالاست [۱، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] و از طرفی، میزان موفقیت روش های آموزش سنتی در خصوص موضوعات فوق چندان بالا نیست [۲۰]. لذا به استناد تحقیقات انجام شده در جهان، استفاده از مصاحبه انگیزشی گزینه مناسبی خواهد بود.

دلایل زیادی برای جذابیت مصاحبه انگیزشی و تمایل بیشتر نسبت به آن در مقایسه با روش های سنتی و معمول وجود دارد. این روش، نخست، مشکل مهم و معمول در همه درمان ها، یعنی مقاومت در برابر تغییر را به طور مستقیم مطرح و آن را برطرف می کند. دوم، روشی انعطاف پذیر است و می تواند به عنوان رویکردی "مستقل"، در ترکیب و به همراه سایر درمان ها مورد استفاده قرار گیرد. سوم، حجم قابل توجهی از شواهد تحقیقی وجود دارد که از کارآمدی و تاثیر مصاحبه انگیزشی در سوءاستفاده از مواد و مشکلات مربوط به بهداشت و سلامت جسمانی و روانی حمایت می کند. چهارم، تحقیق اثبات کرده که مصاحبه انگیزشی قابل یادگیری است و طی جلسات نسبتاً کمی به اثرات درمانی قابل توجهی می توان دست یافت [۱۵].

باوجود جذابیت و رشد بسیار سریع کاربرد مصاحبه انگیزشی در جهان و سرایت آن به حوزه های مختلف سلامت، بررسی اولیه در ایران نشان می دهد که تحقیقات انجام شده در این حوزه، بسیار اندک است. نظر به نبودن کاربرد مصاحبه انگیزشی در ایران و با توجه به شیوع پرفشاری

تاثیر مصاحبه انگیزشی بر فشار خون مراجعان مبتلا به پرفشاری خون ۱۱۷
گروه‌ها به تعداد ۲۰ نفر تعیین شده، رسید (دو گروه مردان و دو گروه زنان، مجموعاً ۸۰ نفر). در صورت عدم تمایل و نداشتن وقت حضور به‌ویژه برای مردان، نفر بعدی انتخاب شد. فرآیند انتخاب گروه مردان، زمان بیشتری را به خود اختصاص داد. هر چند در ضمن اجرای تحقیق این تعداد به‌خصوص در گروه کنترل کاهش چشمگیری یافت. به‌طوری که در پایان مطالعه اطلاعات مربوط به فقط ۳۳ نفر از گروه آزمایش و ۲۸ نفر از گروه گواه (در مجموع ۶۶ نفر) به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در دسترس قرار گرفت.

در این پژوهش از دستگاه فشارسنج به‌منظور ارزیابی فشار خون استفاده شد. فشار خون افراد توسط کارشناس پرستاری آموزش دیده ساکن در درمانگاه و با رعایت دستورالعمل بین‌المللی اندازه‌گیری فشار خون با استفاده از فشارسنج واحد استاندارد که با چند فشارسنج جیوه‌ای دیگر به‌منظور اطمینان از صحت آن، کنترل شده بود مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. تشخیص پرفشاری خون شدیداً به اندازه‌گیری دقیق فشار خون بستگی دارد [۲۳]. به‌منظور اندازه‌گیری دقیق فشار خون علاوه بر صحت و دقت دستگاه اندازه‌گیری (استاندارد کردن و انتخاب اندازه کافی و مناسب) به شرایط محیطی و روانی حاکم از جمله راحتی بیمار، عدم صحبت در هنگام اندازه‌گیری فشار خون، عدم مصرف قهوه، سیگار و چای نیم ساعت قبل از اندازه‌گیری، عدم قرارگرفتن پاها روی هم، برداشتن لباس از روی بازو، محیط آرام، توضیح تکنیک به بیمار، کنترل فشار از هر دو دست نیز توجه شد [۷، ۲۴]. شیوه عمل بدین‌گونه بود که ۱۵ دقیقه بعد از این که فرد مورد مطالعه در وضعیت نشسته و تکیه‌زده قرار داشت، بازوی فرد در سطح قلب روی تکیه‌گاه سخت (صندلی دسته‌دار) قرار گرفت. فشار خون به فاصله چند دقیقه دو بار از بازوی راست اندازه‌گیری و میانگین آن به‌عنوان فشار خون فرد در نظر گرفته و ثبت شد.

ساختار جلسات مصاحبه انگیزشی از کتاب کار مداخله گروهی مصاحبه انگیزشی با ساختار پنج‌جلسه‌ای [۱] استخراج و با تجربه بالینی چندساله پژوهشگر به‌صورت گروه‌های کوچک ۱۰ نفره مورد استفاده قرار گرفت. ساختار جلسات و محتوای هر جلسه در جدول ۱ آمده است. چون بسیاری از راهبردهای مداخله‌ای موثر در مراکز بهداشتی-درمانی در قالب گروهی بهتر ارایه می‌شود، اجرای مصاحبه انگیزشی به شکل گروهی توجیه بالینی بهتری دارد [۱]. از همین رو، برای استفاده از فنون آن در موقعیت‌های بالینی، کتابچه‌های راهنمای گروهی تدوین شده است [۲۵].

معمولاً تشخیص پرفشاری خون فقط براساس یک نوبت اندازه‌گیری انجام نمی‌شود [۲۶]. بنابراین، برای این که فرد واجد شرایط شرکت شناخته شود، فشار خون در سه نوبت (هنگام مراجعه به طرح غربالگری، مراجعه دوم به‌منظور پیگیری و نوبت سوم در شروع مداخله) اندازه‌گیری و میانگین به‌عنوان فشار خون پیش‌آزمون ثبت و مبنای ابتلا به پیش‌پرفشاری یا پرفشاری مرحله یک محسوب شد. مداخله گروه آزمایش در قالب سه جلسه آموزش سبک زندگی دو

خون، به‌عنوان بیماری مزمن، ناتوان‌کننده و وابسته به سبک زندگی [۲۱]، تحقیق حاضر سعی داشت تا تاثیر افزودن مصاحبه انگیزشی به درمان‌های غیردارویی را بر کاهش فشار خون مورد مطالعه قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل و در زمان‌های مختلف اجرا شد. کلیه افرادی که به‌خاطر طرح غربالگری سندروم متابولیک معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مرکز بهداشتی-درمانی کوی امیریه مراجعه کرده بودند و براساس طبقه‌بندی پرفشاری خون "کمیته ملی پیشگیری، غربالگری، ارزیابی و درمان پرفشاری خون"، در طبقه پیش‌پرفشاری خون یا پرفشاری خون درجه یک قرار داشتند [۲۲] و برای شرکت در مطالعه و پیگیری‌های بعدی تمایل داشتند، جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه عدم نیاز به دارودرمانی بنا به‌نظریه پزشک درمانگاه، حداقل طی ۶ ماه از آغاز مطالعه، برخورداری از حداقل سواد نوشتن و خواندن به‌منظور تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ابتلا به پرفشاری خون از نوع اولیه، برخورداری از فشار خون سیستولی ۱۲۰ تا ۱۶۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولی ۸۰ تا ۱۰۰ میلی‌متر جیوه در سه نوبت اندازه‌گیری بود. داوطلبانی که داروهای پایین‌آورنده فشار خون مصرف می‌کردند، سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی پرفشاری خون یا بیماری‌های قلبی-عروقی یا برنامه کاهش وزن داشتند، سن آنها بالاتر از ۵۵ سال یا کمتر از ۱۸ سال بود و فقط در یک نوبت اندازه‌گیری، فشار خون بالاتر از طبیعی داشتند، از مطالعه خارج شدند.

با اطلاع از اجرای طرح غربالگری دیابت و سندروم متابولیک و با معرفی‌نامه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و معاونت بهداشتی استان به مرکز بهداشتی درمانی کوی امیرحمزه که یکی از دو مرکز فعال این طرح در سطح شهر اصفهان بود، مراجعه شد. به‌طور معمول براساس فرم‌های مرکز بهداشتی-درمانی، در جریان اجرای طرح لیست کاملی از مراجعان به طرح، شامل نام و نام‌خانوادگی، تاریخ تولد، میزان قند خون ناشتا و غیرناشتا، فشار خون، قد، وزن، نمایه توده بدنی و آدرس و تلفن تهیه شده بود که مبنای کار این بخش پژوهش قرار گرفت. فشار خون‌های هدف براساس این لیست مشخص شد. وقتی بیماران برای کنترل نوبت دوم توسط رابط بهداشت مراجعه کردند، پژوهشگر در کنار پزشک درمانگاه حضور یافت و در صورتی که فشار خون همچنان بالاتر از حد طبیعی بود، با در نظر داشتن سایر ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، در خصوص طرح پژوهشی و کلاس آموزش گروهی کنترل پرفشاری خون با آنان هماهنگی به‌عمل آمد و افراد داوطلب شرکت، ثبت نام شدند و مقرر شد زمان آغاز برنامه آموزشی که در محل کلاس درمانگاه تشکیل شد، از طریق رابطین مرکز به اطلاع آنان برسد. با افزایش تعداد لیست، به‌طور تصادفی و به تفکیک زن و مرد یک نفر به گروه کنترل و نفر بعدی به گروه آزمایش اختصاص یافت تا هر یک از

به صورت شش جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای و طی سه هفته توسط کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیات علمی (گرایش داخلی و جراحی) برگزار شد.

در مرحله دوم اجرا، هشت هفته پس از اتمام مداخله مجدداً فشار خون سیستولی و دیاستولی به شیوه استاندارد اندازه‌گیری شد و در مرحله سوم اجرا، سنجش نوبت سوم در پایان هفته شانزدهم انجام شد.

ساعتی، به علاوه پنج جلسه مشاوره انگیزشی، مجموعاً هشت جلسه دو ساعته و طی چهار هفته ارائه شد.

ابتدا جلسات مصاحبه انگیزشی گروهی و در ادامه جلسات آموزش سبک زندگی تشکیل شد. گروه کنترل در این پژوهش فقط مداخله آموزش سبک زندگی معمول را دریافت کردند. به منظور کنترل نسبی تاثیر جلسات در دو گروه، آموزش سبک زندگی در گروه کنترل

جدول (۱) ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی

| جلسه | محتوی |
|-------|---|
| اول | آشنایی: معرفی، هنجارها و فرآیند گروه، فلسفه تسهیل‌گر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تاثیر رفتار، تمرین چرخه، تغییرارزیابی تعهد و اطمینان. |
| دوم | احساسات: تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تاثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی. |
| سوم | ابعاد مثبت و منفی رفتار و تغییر: تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول، ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین. |
| چهارم | ارزش‌ها: تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تعریف ارزش‌ها، و تمرین تطابق ارزش و رفتار. |
| پنجم | چشم‌انداز و سنجش پایانی: خلاصه و جمع‌بندی تمرین‌های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم‌انداز و آمادگی شروع برنامه تغییر رفتار. |

پس از مومن و پیگیری به ترتیب ۸۶/۴۶، ۸۳/۳۲ و ۸۲/۷۱ میلی‌متر جیوه و در گروه آزمایش به ترتیب ۸۶، ۸۱/۷۲ و ۸۰/۶۹ میلی‌متر جیوه بود (جدول ۳).

جدول (۲) توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در افراد مبتلا به پرفشاری خون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش (مجذور کای)

| نتیجه | آزمایش | | کنترل | | گروه متغیر ← |
|---------|--------|------|-------|------|-----------------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| جنس | ۴۵/۵ | ۱۵ | ۴۶/۴ | ۱۳ | مرد |
| | ۵۴/۵ | ۱۸ | ۵۳/۶ | ۱۵ | زن |
| تاهل | ۶/۱ | ۲ | ۷/۱ | ۲ | مجرد |
| | ۹۳/۹ | ۳۱ | ۹۲/۹ | ۲۶ | متاهل |
| تحصیلات | ۶/۱ | ۲ | ۱۰/۷ | ۳ | زیردیپلم |
| | ۴۸/۵ | ۱۶ | ۶۰/۷ | ۱۷ | دیپلم |
| | ۴۵/۵ | ۱۵ | ۲۸/۶ | ۸ | بالتر |
| شغل | ۳ | ۱ | ۷/۱ | ۲ | دانشجو |
| | ۳۶/۴ | ۱۲ | ۳۵/۷ | ۱۰ | خانه‌دار |
| | ۵۴/۵ | ۱۸ | ۵۰ | ۱۴ | کارمند |
| | ۶/۱ | ۲ | ۷/۱ | ۲ | آزاد |

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد فشار خون سیستولی و دیاستولی در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک سه مرحله سنجش

| مرحله متغیر ← | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| فشار خون سیستولی | ۱۲۸/۸۲±۶/۷۷ | ۱۲۴/۸۹±۷/۲۱ | ۱۲۶/۶۱±۶/۱۶ |
| | ۱۳۴/۵۸±۶/۸۷ | ۱۳۴/۵۸±۶/۸۷ | ۱۲۴/۹۱±۴/۲۸ |
| فشار خون دیاستولی | ۱۳۴/۷۲±۶/۹۷ | ۱۳۴/۷۲±۶/۹۷ | ۱۲۵/۶۹±۵/۲۵ |
| | ۸۶/۴۶±۴/۵۰ | ۸۶/۴۶±۴/۵۰ | ۸۲/۷۱±۳/۸۸ |
| فشار خون دیاستولی | ۸۶±۳/۹۱ | ۸۶±۳/۹۱ | ۸۰/۶۹±۲/۶۸ |
| | ۸۶/۲۱±۴/۱۶ | ۸۶/۲۱±۴/۱۶ | ۸۱/۷۲±۳/۰۵ |

گرچه برخی پزشکان و اغلب بیماران مصرف داروهای پایین‌آورنده فشار خون را برای کاهش فشار خون ترجیح می‌دهند ولی پروتکل اجرایی برای کنترل پیش‌پرفشاری خون و پرفشاری خون مرحله یک، درمان غیردارویی اصلاح سبک زندگی را حداقل به مدت شش ماه تا یک سال توصیه می‌کند. لذا از نظر اخلاق پژوهش ضمن آگاهی‌دادن مطلب فوق به بیمار توسط پزشک درمانگاه، رضایت کتبی آنان برای شرکت در برنامه درمان غیردارویی طولانی‌مدت حداقل به مدت چهار ماه اخذ شد. همچنین مقرر شد در صورتی که فشار خون به هر دلیلی در ضمن دوره مطالعه افزایش یافت یا حیانا درمان غیردارویی موثر واقع نشد، بیمار به درمانگاه قلب و عروق ارجاع گردد.

برای تجزیه و تحلیل نتایج از نرم‌افزار SPSS 16 و شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس، آزمون T وابسته و مجذور کای به منظور بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد.

نتایج

بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲). میانگین سنی گروه کنترل ۳۶/۸۹±۹/۳۶ سال (دامنه ۱۹ تا ۵۳ سال) و گروه آزمایش ۳۷/۴۸±۹/۰۲ سال (دامنه ۱۹ تا ۵۳ سال) بود. بین دو گروه از نظر متغیر سن تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (t=۲/۵۱؛ df=۵۹؛ p=۰/۸۰).

بین گروه کنترل و آزمایش از نظر میانگین فشار خون سیستولی و دیاستولی تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. میانگین فشار خون سیستولی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۳۴/۸۹، ۱۲۸/۸۲ و ۱۲۶/۶۱ میلی‌متر جیوه و در گروه آزمایش به ترتیب ۱۳۴/۵۸، ۱۲۶/۶۷ و ۱۲۴/۹۱ میلی‌متر جیوه بود. میانگین فشار خون دیاستولی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون،

بیشتر است، به طوری که نتیجه تحلیل آماری، معنی داری کاهش فشار خون دیاستولی را نشان می‌دهد ($p < 0.05$). به این ترتیب قسمت دوم فرضیه اول نیز با استناد به نتایج ارایه شده، مورد تایید قرار می‌گیرد. نکته حایز اهمیت در فرضیه اول این است که گرچه کاهش بیشتر فشار خون سیستولی ناشی از تاثیر مصاحبه انگیزشی گروهی با گذشت زمان استمرار نیافت ($p < 0.21$) ولی یافته‌ها نشان‌دهنده تاثیر بیشتر این رویکرد مداخله‌ای جدید گروهی در کاهش فشار خون دیاستولی، به صورت نسبتاً طولانی مدت است ($p < 0.02$).

یافته حاصل از تایید این فرضیه با نتایج تحقیق اسکالا و همکاران که با هدف ارزیابی تاثیر یک رویکرد انگیزشی جامع در کاهش فشار خون در بیماران ایتالیایی انجام شد و نشان داد پس از یک سال، فشار خون سیستولی و دیاستولی در گروه مداخله انگیزشی نسبت به گروه کنترل، کاهش قابل ملاحظه تری دارد، هماهنگ است [۲۷]. در این مطالعه در گروه مداخله انگیزشی، فشار خون سیستولی و دیاستولی هر دو به طور معنی داری کاهش یافت ($p < 0.001$)، در حالی که در گروه کنترل فقط فشار خون دیاستولی کاهش قابل توجهی پیدا کرد. مطالعه انجام شده توسط وولارد و همکاران که مداخله سبک زندگی را به همراه مصاحبه انگیزشی تعدیل شده به کار گرفت نیز، در گروه‌های دریافت کننده مصاحبه انگیزشی (با مداخله انگیزشی سطح شدید و متوسط)، کاهش فشار خون سیستولی و دیاستولی بیشتری نسبت به گروه کنترل مشاهده شد [۲۸].

گرچه طرح‌های مداخله‌ای اصلاح سبک زندگی به اشکال متعددی برای کاهش فشار خون به کار گرفته شده و نتایج خوبی نیز دربر داشته است [۱۳، ۱۵، ۲۹، ۳۰، ۳۱]، ولی به درمان‌های غیردارویی برای افزایش اثربخشی روش‌های معمول و امتحان شده نیاز است. زیرا کاهش چند میلی‌متر جیوه‌ای فشار خون، می‌تواند خطرات ناشی از این بیماری خاموش را به میزان زیادی کاهش دهد. کاهش ۵ میلی‌متر جیوه‌ای فشار خون مشاهده شده در مطالعات، با کاهش ۱۴٪ مرگ‌ومیر ناشی از سکته قلبی، کاهش ۹٪ مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی و کاهش ۷٪ کل مرگ‌ومیرها همراه است [۳۱]. از این رو، کاهش بیشتر فشار خون سیستولی و دیاستولی در مداخله مبتنی بر مصاحبه انگیزشی در این پژوهش می‌تواند اهمیت و کاربرد بالینی زیادی داشته باشد. مصاحبه انگیزشی به عنوان راهبرد درمان غیردارویی، بر کاهش فشار خون تاثیر مثبتی دارد [۳۳].

عدم ماندگاری اثرات مصاحبه انگیزشی در کاهش فشار خون سیستولی نسبت به فشار خون دیاستولی شاید به این دلیل باشد که کاهش فشار خون سیستولی به تنهایی، بسیار دشوارتر است. فشار خون سیستولی در عین حالی که عامل خطر جدی تری برای سلامتی محسوب می‌شود، به دلیل این که تحت تاثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد، کاهش موثر و طولانی مدت آن در سنین میانسالی و بزرگسالی چالشی درمانی محسوب می‌شود [۱۳]. هر چند برنامه‌های پیشنهادی کنترل فشار خون طیف وسیعی از رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی را پوشش

بر اساس نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف ($\text{Statistic} = 0.97$; $\text{Sig} = 0.34$) و لوین ($F = 0.01$; $p = 0.97$)، مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره وجود داشت. تاثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش سبک زندگی بر دو گروه یکسان نبود و تفاوت معنی داری با هم داشتند ($F = 6.33$; $p = 0.01$)؛ به طوری که مصاحبه انگیزشی توانست باعث کاهش قابل ملاحظه فشار خون سیستولی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردد. میانگین فشار خون سیستولی در مرحله پیگیری بین دو گروه معنی دار نبود ($t = 1.26$; $df = 59$; $p = 0.21$) و تفاوت ایجاد شده در کاهش فشار خون سیستولی در مرحله پس از آزمون بین دو گروه، تا زمان پیگیری استمرار نیافت. تاثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش سبک زندگی بر دو گروه یکسان نبود و تفاوت معنی داری با هم داشتند ($F = 3.99$; $p = 0.05$)، به طوری که مصاحبه انگیزشی توانست باعث کاهش قابل ملاحظه فشار خون دیاستولی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردد. میانگین فشار خون دیاستولی در مرحله پیگیری بین دو گروه معنی دار بود ($t = 2.38$; $df = 59$; $p = 0.02$) و تفاوت ایجاد شده در کاهش فشار خون دیاستولی در مرحله پس از آزمون بین دو گروه همچنان استمرار یافت (جدول ۴).

جدول ۴) تاثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر فشار خون سیستولی و دیاستولی (آنکوا)

| متغیر وابسته | مجموع مجزورات آزادی | درجه میانگین مجزورات | F | Sig | مجذور توان آماری |
|-------------------|---------------------|----------------------|------|------|------------------|
| فشار خون سیستولی | ۵۶/۴۰ | ۱ | ۶/۳۳ | ۰/۰۱ | ۰/۰۹۸ |
| فشار خون دیاستولی | ۲۴/۷۰ | ۱ | ۳/۹۹ | ۰/۰۵ | ۰/۰۶۴ |

بحث

مشاوره انگیزشی گروهی در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش بیشتر میانگین فشار خون سیستولی و دیاستولی افراد مبتلا به پرفشاری خون می‌گردد. این فرضیه خود متشکل از دو بخش است، زیرا فشار خون را بر اساس دو نماد سیستولی و دیاستولی اندازه‌گیری می‌کنند. همان گونه که در جداول مشهود است، تاثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر کاهش فشار خون سیستولی از تاثیر آموزش معمول سبک زندگی بر این متغیر وابسته بیشتر است و تحلیل آماری، معنی داری این تفاوت را اثبات می‌کند ($p < 0.01$). بنابراین بخش اول این فرضیه در خصوص تاثیر مصاحبه انگیزشی بر کاهش بیشتر فشار خون سیستولی تایید می‌شود. از طرفی جداول توصیفی ۳ و تحلیلی ۴ نشان می‌دهند که تاثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر کاهش فشار خون دیاستولی از تاثیر آموزش معمول سبک زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

اصفهان به‌ویژه سرکار خانم دکتر شهیدی و زحمات کارکنان درمانگاه قدردانی می‌کنند.

منابع

- 1- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford; 2002.
- 2- Fields A. Resolving patient ambivalence: A five motivational interviewing intervention. Portland: Hollifield Associates; 2006.
- 3- Cox WM, Klinger E. Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches and assessment. England: John Wiley and Sons; 2004.
- 4- Ossman SS. Motivational interviewing: A process to encourage behavioral change. *Nephrol Nurs J.* 2004;31(3):31-3.
- 5- Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Int Med.* 2006;144(7):485-96.
- 6- Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite.* 2009;52:209-16.
- 7- Moser D, Riegel B. Cardiac nursing: A companion to Braunwald's heart disease. Louis: Saunders; 2008.
- 8- Moreau D, Robinson JM, Labus D, Schaeffer L. Cardiovascular care made incredibly easy. 2nd ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2007.
- 9- Ghorbani R, Eskandariyan R, Malek M, Rashidipoor A. Prevalence of hypertension in the adult population in Semnan. *J Endocrinol Metabol.* 2008;10(5):495-503. [Persian]
- 10- Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. *Fam Prac.* 2007;24:259-62.
- 11- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York: Guilford Press; 2008.
- 12- Westen D, Morrisson K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:875-99.
- 13- Dusek A, Hibberd PL, Buczynski BY, Chang B, Dusek KC, Johnston JM, et al. Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: A randomized trial. *J Altern Complement Med.* 2007;14(2):129-38.
- 14- Ashel MH, Kang M. Effectiveness of motivational interviewing on changes in fitness, blood lipids and exercise adherence of police officers: An outcome-based action study. *J Correct Health Care.* 2008;14(1):48-62.
- 15- Arkowitz H, Westra HN, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. New York: Guilford Press; 2008.
- 16- Turner SL, Thomas AM, Wagner PJ, Moseley GC. A collaborative approach to wellness: Diet, exercise and education to impact behavior change. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20:339-44.
- 17- Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinnt S. An investigation of obese adults views of the outcomes of dietary

می‌دهد، ولی تلاش برای ایجاد چندین تغییر در سبک زندگی به‌طور همزمان، برای برخی افراد کار دشواری است و می‌تواند منجر به کاهش پایبندی به درمان با گذشت زمان شود [۲۶]، بنابراین به رویکردهای مداخله‌ای برای کمک به استمرار نتایج درمانی این شیوه نیاز است. مطالعه و انورمر نیز نشان داد که تماس‌های مکرر و بیشتر با بیماران، می‌تواند به تغییر رفتار با گذشت زمان کمک کند [۳۳]. در رابطه با کاربرد مصاحبه انگیزشی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، حتی از مصاحبه انگیزشی می‌توان به‌منظور بهبود پایبندی به مصرف داروهای ضد فشار خون در بیماران مبتلا هم استفاده کرد [۳۴].

نتایج در مورد تاثیر مصاحبه انگیزشی بر کاهش فشار خون حاکی از آن است که این شیوه مداخله انگیزشی بر کاهش فشار خون سیستولی در گروه مردان موثرتر از زنان است ($F=6/59$ و $p=0/01$). چون مصاحبه انگیزشی حالت مقتدرانه، تجویزی، متقاعدکنندگی و جنبه کارشناسانه کمتری دارد و بیشتر رویکردی مشارکتی است، مقاومت زیاد مردان در برابر تغییرات رفتاری را کاهش داده، پذیرش بیشتری ایجاد نموده و می‌تواند تغییر رفتار را در آنان به‌سادگی تحریک و فعال سازد.

عوامل تغذیه‌ای متعددی بر فشار خون تاثیر می‌گذارند و اصلاح رژیم غذایی می‌تواند تاثیرات مثبت زیادی بر این عامل خطر بیماری قلبی - عروقی شایع و در عین حال قابل تغییر داشته باشد. درمان‌های تغذیه‌ای با توانایی اثبات شده، باعث کاهش فشار خون از طریق کاهش مصرف سدیم، کاهش وزن، تعدیل مصرف الکل، افزایش مصرف پتاسیم و رژیم مشتمل بر میوه و سبزیجات و مواد لبنی کم‌چرب می‌شود [۳۵].

[۳۶]. از طرفی برنامه‌های کنترل پرفشاری خون دامنه وسیعی از رفتارهای سبک زندگی را در بر می‌گیرد و تلاش همزمان برای ایجاد تغییرات رفتاری متعدد دشوار است [۳۲].

عدم امکان پیگیری طولانی‌تر از شش ماه که در اکثر مطالعات به چشم می‌خورد و نیز عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط به یک مرکز بهداشتی - درمانی، از جمله محدودیت‌های این مطالعه به‌شمار می‌آید.

نتیجه‌گیری

مصاحبه انگیزشی این ظرفیت را دارد که همزمان بر تغییر چند رفتار تاثیر بگذارد و بسیاری از موانع اجرای درمان‌های تغذیه‌ای معمول را از طریق به‌کارگیری تکنیک‌های انگیزشی، مرتفع ساخته و بدین طریق موجب کاهش فشار خون سیستولی و دیاستولی نسبت به آموزش معمول سبک زندگی گردد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله از کلیه شرکت‌کنندگان در تحقیق به‌خاطر مراجعه چندباره آنان به مرکز بهداشتی - درمانی کوی امیرحمزه اصفهان، از همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی

hypertension: An intervention study. *Pharmacol World Sci*. 2008;30:834-9.

28- Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counseling on lifestyle change for hypertensive treated in general practice: Preliminary results. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 1995;22(6-7):466-8.

29- Bahraminezhad N, Hanifi N, Mosavi N. Comparison of the effects of family and individual circuit control on blood pressure and lifestyle clients. *Qazvin Univ Med Sci*. 2008;1:62-8. [Persian]

30- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Lzzo JL, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.

31- Wexler R, Aukerman G. Nonpharmacological strategies for managing hypertension. *Am Fam Physicia*. 2006;73(11):1953-6.

32- Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Clin Psychol*. 2006;11:319-32.

33- Van Wormer JJ, Boucher JL. Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *Diabet Edu*. 2004;30:404-16.

34- Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L. A RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African-Americans: Rationale and design. *Contemp Clin Trials*. 2007;28:169-81.

35- Resnicow K, Dilorio C, Soet JE. Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychol*. 2002;21:444-51.

36- Berg-Smith SM, Stevens VJ, Browen KM, Horn L. A brief motivational intervention to improve dietary: Adherence in adolescents. *Health Edu Res*. 1999;14(3):399-410.

treatment. *J Nutr Diet*. 2007;20:486-94.

18- Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG. Treatment motivation, treatment expectancy and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37:247-55.

19- Slagle DM, Gray MJ. The utility of motivational interviewing as adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Res Prac*. 2007;38(4):329-37.

20- Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: Review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2007;52:348-59.

21- Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5:102-14.

22- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. National heart, lung and blood institute joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA*. 2003;289:2560-72.

23- Spector ND, Chanoine P. Hypertension, sports supplements and motivational interviewing. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19:726-32.

24- Hatchett R, Thompson DR. *Cardiac nursing: A comprehensive guide*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2007.

25- Perry CK, Rosenfeld AG, Bennett JA, Potempa K. Promoting walking in rural women through motivational interviewing and group support. *J Cardiovasc Nurs*. 2007;22(3):304-12.

26- Obarzanek E, Volmer WM, Lin PH, Cooper LS. Effects of individual components of multiple behavior changes. *Am J Health Behav*. 2007;31(5):545-61.

27- Scala D, Avino M, Cozzolino S, Mancini A, Andria B, Caruso G, et al. Promotion of behavioral change in people with