

تأثیر آموزش سبک زندگی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به پرفشاری خون

نویسندگان:

مهدی کریم یار جهرمی^۱، حجت اله یوسفی مقصودیکی^{۲*}، افضل شمس^۳، سعید حمیدی زاده^۴، شبنم زرافشار^۱، میترا صادقی^۱، مریم چرخ انداز^۱

- ۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 ۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران
 ۴- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری فاطمه الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 2, Number 4, Winter 2014

چکیده:

مقدمه: پرفشاری خون یکی از مهمترین عوامل ایجاد کننده بیماری های قلبی عروقی است، لذا بهبود شیوه زندگی مبتلایان به فشارخون بالا، نیاز به آموزش موثر دارد. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش سبک زندگی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون اولیه که به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند در سال ۹۰-۹۱ در بیمارستان پیمانیه جهرم اجرا شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و چک لیست محقق ساخته بود که قبل از مداخله و ۱ ماه بعد قبل و یک ماه بعد از مداخله توسط نمونه های مورد پژوهش تکمیل گردید. مداخله به صورت آموزش مدون کتبی و شفاهی انجام شد. یافته ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و آزمون آماری تی مزدوج تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نمونه ها شامل ۲۴ نفر زن (۶۰٪) و ۱۶ نفر مرد (۴۰٪) با میانگین سنی $64/50 \pm 11/70$ بودند. میانگین آگاهی و عملکرد نمونه ها قبل از آموزش به ترتیب $5/59 \pm 11/89$ و $6/58 \pm 11/15$ و همچنین بعد از آموزش نیز به ترتیب $13/28 \pm 11/87$ بود که تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($p < 0/05$). همچنین بین میانگین فشارخون افراد قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: آموزش سبک زندگی توسط پرستاران باعث ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به پرفشاری خون می شود. لذا استفاده از برنامه های آموزشی تغذیه، ورزش، استرس، دخانیات، بیماری و مصرف منظم دارو برای بهبود آگاهی و اصلاح رفتارهای این بیماران پیشنهاد می گردد.

J Educ Ethics Nurs 2014;2(4):7-12

واژگان کلیدی: فشارخون، سبک زندگی، آموزش

مقدمه:

پرفشاری خون یکی از مهم ترین عوامل ایجاد کننده بیماری های قلبی عروقی است [۱]. تحقیقات نشان داده است که میزان شیوع این بیماری در کلیه کشورها رو به افزایش بوده و عامل ۷/۱ میلیون مرگ و میر در سال در سراسر دنیا است [۲]. پرفشاری خون اولیه معمولاً از اواخر دهه سوم تا اوایل دهه پنجم زندگی به صورت ناپایدار شروع می شود و بالاخره وضعیت ثابتی پیدا می کند [۱].

طبق بررسی های انجام شده ۲۰٪ جمعیت بالغ کره جنوبی، ۱۶٪ جمعیت بالای ۳۵ سال ایتالیا، ۱۱/۱٪ ساکنان جنوب غربی عربستان، ۳۳٪ مردم انگلیس، سوئد و ایتالیا و ۵۵٪ مردم آلمان مشکل فشار خون بالا دارند [۲-۴]. هر چند آمار دقیقی از میزان شیوع پرفشاری خون در ایران در دست نمی باشد، ولی طبق تحقیقات انجام شده شیوع پرفشاری خون در اصفهان ۱۱٪، چهارمحال و بختیاری ۱۷٪، گیلان ۱۱/۶٪، زنجان ۱۷/۵٪، کرمانشاه ۶/۲۵٪ و اراک ۱۸/۹٪ گزارش شده است [۵-۶].

* نویسنده مسئول، نشانی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، اصفهان، ایران

پست الکترونیک: yousefi@nm.mui.ac.ir

تلفن تماس: 3117922944

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۶

روش کار:

این مطالعه نیمه تجربی (بدون گروه شاهد) روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه بستری در بخش داخلی دو بیمارستان پیمانیه که بیماری آن‌ها توسط پزشک متخصص تأیید شده بود، در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. بیماران با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز به روش کمی طبق مطالعات قبلی با فاصله اطمینان ۹۵٪ ($\alpha=0/05$) و خطای قابل قبول ۲٪ برابر با ۵۰ نفر محاسبه شد که ۱۰ نفر به دلائل فوت (۱ نفر)، عدم رضایت از ادامه حضور در مطالعه (۳ نفر)، سکتة مغزی (۱ نفر)، عدم پاسخگویی مناسب و نقص در پرسش نامه‌ها (۲ نفر)، عدم دسترسی به علت مسافرت بیمار یا همراه (۳ نفر) از مطالعه خارج شدند. معیار ورود به مطالعه شامل تشخیص پرفشاری خون توسط پزشک متخصص قلب و عروق، تکمیل فرم رضایت نامه، داشتن وقت کافی برای شرکت در جلسات آموزش، عملکرد مناسب دیداری و شنیداری، سن بالای ۴۵ سال، حضور بیش از دو روز در بیمارستان (ثابت ماندن برنامه درمانی به جهت کاهش استرس ناشی از بیماری و محیط)، نداشتن آموزش مدون و هدفمند قبلی در زمینه خاص پژوهش، هوشیاری کامل و بستری بودن در بخش داخلی با تشخیص فشارخون اولیه بالاتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg و معیارهای خروج از مطالعه، بد شدن وضعیت بیمار و بیماری‌های همراه یا مؤثر بر فشار خون بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش نامه سنجش آگاهی و چک لیست سنجش عملکرد محقق ساخته بود. پس از اخذ رضایت برای شرکت در مطالعه و توضیح اهداف مطالعه، پرسش نامه بدون نام توسط واحدهای پژوهش و چک لیست توسط همراه بیمار (نزدیک‌ترین فرد خانواده که وظیفه مستقیم مراقبت از بیمار را برعهده داشت و یا شاهد عملکرد طبیعی او در طی زندگی بوده است) به کمک پرسشگر آموزش دیده یک ماه قبل و یک ماه بعد از آموزش تکمیل شد. سپس آموزش به روش سخنرانی (چهره به چهره) و با استفاده از وسایل کمک آموزشی در گروه‌های کوچک ۵-۶ نفری که از لحاظ سن و جنسیت یکسان سازی شده بودند، به مدت سه روز متوالی و هر روز ۴۰-۶۰ دقیقه با موضوع سبک زندگی مناسب (بیماری، تغذیه، استرس، دارو، ورزش و استعمال دخانیات) در سالن آموزش بیمارستان در شیفت صبح که ملاقات کننده و عوامل مداخله گر فیزیکی مانند انجام پروسیجرهای روزانه و راند پزشکان در محیط آموزش کمتر اختلال ایجاد می‌کرد، انجام شد. بیماران با نفر همراه خود (مراقب) در این جلسات آموزشی شرکت می‌کردند. در فرایند آموزش، دفترچه و پمفلت‌های آموزشی نیز به آنان داده می‌شد و

منابع متعدد پرستاری و پزشکی از جمله بروئر و سودارت، هیپرتانسیون را به عنوان فشار خون سیستولیک بیش‌تر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و فشار خون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه تعریف می‌کنند. هر چه میزان فشار خون سیستولی و دیاستولی بیش‌تر باشد میزان مرگ و میر و عوارض پر فشاری خون شامل بیماری‌های عروقی از جمله آترواسکلروزیس، سکتة مغزی و عدم کفایت کبدی بیش‌تر خواهد شد. یکی از مهم‌ترین عوامل بروز پرفشاری خون، سبک زندگی نادرست می‌باشد [۷-۹]. امروزه نقش عوامل خطر ساز و به ویژه متغیرهای مربوط به سبک زندگی از قبیل چگونگی تهیه و مصرف مواد غذایی، مصرف سیگار، چای و قهوه، استفاده از داروهای خاص و نیز فعالیت‌های بدنی در ایجاد پرفشاری خون روشن می‌باشد که با افزایش آگاهی و تغییر مثبت رفتارها قابل اصلاح می‌باشد [۵].

شیوه زندگی مردم عامل موثری در سلامت جسمی، روانی، عاطفی، روحی، اجتماعی و تندرستی آن‌هاست، بنابراین یکی از روش‌های کاهش نرخ پیشرفت بیماری فشارخون می‌تواند اصلاح سبک زندگی باشد. هاریسون می‌نویسد: شیوه زندگی افراد به طور مشخص در شکل گیری پرفشاری خون دخالت دارد. در این زمینه تحقیقات نشان داده است موارد مهمی که در شیوه زندگی به آن‌ها پرداخته می‌شود بررسی تغذیه، تحرک فیزیکی، استعمال دخانیات، استرس، کنترل وزن، استراحت و خواب می‌باشد [۹] و بهبود آن نیازمند آموزش موثر است. در بسیاری از مطالعات، تغییر رفتار در نتیجه آموزش به بیمار درباره ترک سیگار و عدم مصرف الکل، کنترل وزن، ورزش و تغذیه مشاهده شده است [۱۰].

سیسیل در این باره می‌نویسد: آموزش اصلاح عادات غذایی، ترک سیگار، کاهش وزن در مورد افراد چاق و تمرینات هوازی، عدم مصرف الکل و کاهش مصرف سدیم خوراکی از راه‌های پیشگیری و کنترل در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است [۸]. بنابراین فرایند بی‌انتهای آموزش یک بخش اساسی کنترل و درمان بیماران است که ممکن است بارها نیاز به تکرار یا اصلاح آن متناسب با تغییر شرایط و وضعیت بیمار احساس شود. البته با به کار گیری روش‌های صحیح آموزش می‌توان الگوهای رفتاری را به منظور ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد افراد به سهولت تغییر داد [۱۱ و ۷].

با توجه به مطالب فوق و از آن جا که افراد مبتلا به پر فشاری خون اغلب دارای رفتارهای بهداشتی نادرست در رابطه با بیماری خود هستند، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش سبک زندگی بر آگاهی و عملکرد این گونه بیماران انجام شد.

ضریب همبستگی اسپیرمن برابر با $0/87$ مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله نمونه گیری این افراد از مطالعه حذف شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss نسخه ۱۷ و آزمون آماری تی زوجی استفاده شد.

این مطالعه در بانک کار آزمایشی بالینی ایران با شماره IRCT ۲۰۱۴۱۰۱۸۱۹۵۶۶N1 ثبت شده است.

یافته‌ها:

در این مطالعه، تعداد نمونه‌ها ۴۰ نفر شامل ۲۴ نفر زن (60%) و ۱۶ نفر مرد (40%) بودند. سن نمونه‌ها بین ۴۵ تا ۷۰ سال با میانگین سنی $11/70 \pm 64/50$ بود. تعداد ۲۸ نفر (70%) افراد مورد مطالعه در شهر زندگی می‌کردند و ۳۳ نفر ($82/5\%$) خانه دار و یا بازنشسته بودند. میانگین فشارخون افراد قبل و بعد از مداخله به ترتیب $167/08 \pm 1/15$ و $160/50 \pm 1/33$ بود که در این خصوص اختلاف معنادار بود ($p=0/027$).

مقایسه سطح آگاهی بیماران قبل و بعد از آموزش در زمینه تغذیه ($p=0/022$) و ورزش ($p=0/039$)، افزایش معناداری را بعد از مداخله نشان داد.

میانگین نمره آگاهی کلی نمونه‌ها قبل از آموزش $24/09 \pm 9/91$ و بعد از آموزش $26/58 \pm 1/15$ بود که آزمون آماری تی زوجی اختلاف معناداری بین نمره آگاهی کلی قبل و بعد از آموزش نشان داد ($p=0/042$) (جدول شماره ۱).

یک ماه بعد با دعوت مجدد از آنان، در همان مکان اولیه پرسش نامه و چک لیست برای بار دوم تکمیل می‌شد.

پرسش نامه سنجش عملکرد شامل دو بخش بود. بخش اول سؤالاتی در رابطه با مشخصات فردی و بخش دوم شامل ۲۴ سؤال تستی در خصوص عملکرد سبک زندگی نمونه‌های پژوهش شامل تغذیه (۸ سؤال)، ورزش (۵ سؤال)، استعمال دخانیات (۴ سؤال) و استرس (۷ سؤال) بود. به هر پاسخ صحیح، یک امتیاز اختصاص یافته و مجموع امتیازات (بین صفر تا ۲۴) به عنوان نمره آگاهی در نظر گرفته می‌شد. نمره هر حیطة به تعداد سؤالات آن حیطة بستگی داشت. چک لیست سنجش آگاهی نیز شامل ۴۰ گویه در باره آگاهی واحدهای پژوهش در زمینه‌های بیماری (۱۰ مورد)، دارو (۱۳ مورد)، تغذیه (۹ مورد)، ورزش (۲ مورد)، استعمال دخانیات (۳ مورد) و استرس (۳ مورد) بود. به هر مورد صحیح، یک امتیاز داده و مجموع امتیازات (بین صفر تا ۴۰) به عنوان نمره عملکرد در نظر گرفته می‌شد.

به منظور تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار صوری و محتوایی استفاده شد. بدین ترتیب که پس از مطالعه کتابخانه‌ای و مقالات مرتبط، پرسش نامه‌ای تهیه و در اختیار ده نفر از اساتید صاحب نظر در دانشگاه علوم پزشکی جهرم و کرمان قرار داده شد و پس از اصلاحات نهایی مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین پایایی، از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین صورت که پرسش نامه در دو مرحله به فاصله ده روز در اختیار ده نفر از واحدهای پژوهش با شرایط مشابه قرار داده شد و پایایی آن با

جدول شماره ۱: میانگین نمره آگاهی واحدهای پژوهش قبل و یک ماه بعد از آموزش

| متغیر | قبل | بعد | تی زوجی |
|---------|------------------|------------------|---------|
| بیماری | $13/10 \pm 1/1$ | $13/30 \pm 2/20$ | $0/500$ |
| تغذیه | $6/20 \pm 3/12$ | $8/70 \pm 3/25$ | $0/022$ |
| استرس | $1/45 \pm 0/16$ | $1/39 \pm 0/2$ | $0/500$ |
| دخانیات | $2/21 \pm 0/6$ | $2/22 \pm 0/5$ | $0/358$ |
| ورزش | $1/03 \pm 1/5$ | $1/86 \pm 0/5$ | $0/032$ |
| کل | $24/09 \pm 9/91$ | $26/58 \pm 1/15$ | $0/042$ |

تی زوجی اختلاف معناداری بین دو حالت مشاهده شد ($p=0/034$) (جدول شماره ۲).

همچنین میانگین نمره عملکرد کلی قبل و بعد از آموزش به ترتیب $16/89 \pm 2/65$ و $19/28 \pm 1/87$ بود که با آزمون آماری

جدول شماره ۲: نمره عملکرد واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش

| متغیر | قبل | بعد | تی زوجی |
|---------|-----------------|-----------------|---------|
| تغذیه | $5/26 \pm 3/72$ | $7/73 \pm 4/15$ | $0/005$ |
| استرس | $7/05 \pm 5/66$ | $6/89 \pm 3/28$ | $0/150$ |
| دخانیات | $2/6 \pm 0/5$ | $2/22 \pm 0/3$ | $0/358$ |
| ورزش | $3/66 \pm 1/19$ | $3/30 \pm 1/05$ | $0/176$ |

| | | | |
|----|--------------|--------------|-------|
| کل | ۱۶/۸۹ ± ۲/۶۵ | ۱۹/۲۸ ± ۱/۸۷ | ۰/۰۳۴ |
|----|--------------|--------------|-------|

بحث:

بیماری پرفشاری خون روی سیستم‌های مختلف بدن تأثیر سوء می‌گذارد. آموزش به میزان زیادی در پیشگیری، درمان و بازتوانی این بیماری موثر است. بر همین اساس در سال‌های اخیر تأکید ویژه‌ای بر آموزش به این گونه بیماران شده است.

در مطالعه حاضر میانگین نمره کل آگاهی و عملکرد نمونه‌ها بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش به ترتیب ۰/۹۹ و ۱/۳۹ افزایش داشته است. منگلیان و همکاران در مطالعه‌ای در شهر کرمان نشان دادند که میزان آگاهی و عملکرد بیماران بعد از آموزش افزایش می‌یابد. در مطالعه ترنتافیلو و همکاران نیز نتایج مشابهی گزارش شده است که با نتایج حاصل از پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد [۱۱ و ۱۲].

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها بیانگر آنست که آموزش تغذیه صحیح می‌تواند در کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری مزمن فشار خون موثر باشد. در این زمینه مطالعات انجام شده در کشور آمریکا، سوریه، ژاپن و ایران نشانگر وجود عادات غلط تغذیه‌ای و آگاهی ناکافی از روش تغذیه صحیح است. در پژوهش حاضر میانگین نمره آگاهی و عملکرد افراد در زمینه تغذیه بعد از آموزش به ترتیب به مقدار ۳/۵ و ۷/۴۷ نمره افزایش داشت [۱۳-۱۵]. نتایج پژوهش نجیمی و همکاران نشان داد پس از سه ماه مداخله آموزش تغذیه، میزان فشار خون سیستولی در گروه مداخله شده کاهش می‌یابد [۱۶].

مطالعات متعدد از جمله مطالعه فرا تحلیل گاسپرین و همکاران نشان داد که رویارویی مزمن با تنیدگی بر افزایش فشار خون اثر می‌گذارد. در پژوهش حاضر نیز میانگین نمره آگاهی و عملکرد افراد در مقابل استرس ۰/۶ و ۱/۱۶ افزایش داشت. نتایج پژوهش‌های متعدد انجام شده روی بیماران مبتلا به فشار خون از جمله مطالعه تانگ و همکاران و مطالعه آگه و همکاران در راستای نتایج پژوهش حاضر است [۱۷-۲۰].

میانگین نمره آگاهی و عملکرد افراد در مورد مصرف دخانیات ۰/۱ و ۰/۳۸ افزایش داشت که مقادیر افزایش در مقایسه با مطالعه حسامی و مطالعه شاهرخی کمتر می‌باشد. دلیل اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت در جمعیت مورد مطالعه باشد. به عبارت دیگر مطالعه حسامی روی ورزشکاران سالم و مطالعه شاهرخی روی پزشکان عمومی انجام شده است، در حالی که مطالعه حاضر روی بیماران فشار خونی انجام شده است. اثر و همکاران نتایجی حاکی از تأثیر مثبت آموزش بر آگاهی و عملکرد افراد در مورد مصرف دخانیات گزارش کردند که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد، هرچند نتایج مطالعه حاضر از نظر آماری در این حیطه معنادار نیست [۲۱-۲۳].

در مطالعه حاضر میانگین نمره آگاهی و عملکرد بیماران نسبت به ورزش بعد از آموزش به ترتیب ۱/۲۷ و ۳/۶. نمره افزایش داشته است. معینی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ارائه برنامه‌های آموزشی باعث تقویت آگاهی افراد در خصوص انجام فعالیت ورزشی می‌شود. سایر مطالعات از جمله مطالعه شیرازی و همکاران نیز به نتایج مشابهی رسیده‌اند [۲۴ و ۲۵].

نتیجه گیری:

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش سبک زندگی توسط پرستاران باعث ارتقاء میزان آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌شود. از این رو استفاده از برنامه‌های آموزشی تغذیه، ورزش، استرس، دخانیات، بیماری برای بهبود آگاهی و اصلاح رفتارهای این بیماران ضروری می‌باشد.

تقدیر و تشکر:

بدین وسیله از تمامی مسئولین و کارکنان بیمارستان پیمانیه برای همکاری در اجرای طرح و بیماران محترم برای شرکت در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Gruppo di Studio Progetto Menopausa Italia. Risk factors for high blood pressure in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas* 2006; 53(1): 83-8.
2. Erem C, Hacıhasanoglu A, Kocak M, Deger O, Topbas M. Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. *J Pub Health* 2009;31(1):47-58.
3. 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(6):423-32.

4. Rezazadehkermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review. *Arch Iran Med* 2008;11(4):444-52. (Persian)
5. Khosravi A, Mehr G, Kelishadi R, Shirani S, Gharipour M, Tavassoli A, et al. The impact of a 6-year comprehensive community trial on the awareness, treatment and control rates of hypertension in Iran: experiences from the Isfahan healthy heart program. *BMC Cardiovas Disorders* 2010;10(1):61. (Persian)
6. Ebrahimi M, Mansournia MA, Haghdoost AA, Abazari A, Alaeddini F, Mirzazadeh A, et al. Social disparities in prevalence, treatment and control of hypertension in Iran: second National Surveillance of Risk Factors of Noncommunicable Diseases 2006. *J Hypertension* 2010;28(8):1620-9. (Persian)
7. Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. China: Lippincott Williams Wilkins; 2010.
8. Goldman L, Ausiello D. *Cecil Textbook of Internal Medicine*. Philadelphia: Saunders; 2008.
9. Wiener C. *Harrison's Principles of Internal Medicine*: New yourk: McGraw-Hill; 2008 .
10. Baroogh N, Teimouri F, Saffari M, Sadeh SH, Mehran A. Hypertension and lifestyle in 24-65 year old people in Qazvin Kosar region in 2007. *Pajoohandeh J* 2010; 15(5): 193-8. (Persian)
11. Mangolian Shahrabaki P, Shahnazari J, Mahmoodi Mohammad FJ. The effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure. *Iran J Med Educ* 2012;11(6):609_19. (Persian)
12. Triantafyllou A, Douma S, Petidis K, Doulmas M, Panagopoulou E, Pырpasopoulou A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece. *Rural Rem Health* 2010;10:1225.
13. Sahyoun NR, Pratt CA, Anderson A. Evaluation of nutrition education interventions for older adults: a proposed framework. *J American Diet Association* 2004;104(1):58.
14. Triches RM, Giugliani ERJ. Obesity, eating habits and nutritional knowledge among school children. *Rev de Saude Publica* 2005; 39(4): 541-7. (Portuguese)
15. Bashour H. Survey of dietary habits of in-school adolescents in Damascus, Syrian Arab Republic. *East Mediterr Health J* 2004; 10(6): 853-62.
16. Najimi A, Azadbakht L, Hassanzadeh A. The Effect of nutrition education on risk factors of cardiovascular diseases in elderly patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Iran J Endocrinol Metab* 2011; 13(3): 256-63. (Persian)
17. Farah V, Joaquim LF, Bernatova I, Morris M. Acute and chronic stress influence blood pressure variability in mice. *Physiol Behav* 2004; 83(1): 135-42.
18. Gasperin D, Netuveli G, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4): 715-26.
19. Agee JD, Danoff-Burg S, Grant CA. Comparing brief stress management courses in a community sample: Mindfulness skills and progressive muscle relaxation. *EXPLORE: J Sci Healing* 2009; 5(2): 104-9.
20. Tang H-YJ, Harms V, Vezeau T. An audio relaxation tool for blood pressure reduction in older adults. *Geriatr Nurs* 2008; 29(6): 392-401.
21. Hessami Z, RamezanKhani A, SharifKashani B, Falahtafti S, Heydari G. Evaluation of knowledge, attitude and prevalence of smoking among sportsmen of national teams of Iran, 2008. *Hakim Res J* 2010; 13(2): 115-20. (Persian)
22. Shahrokhi S, Khosravi A, Asgari S, Javadi H. KAP study on smoking in Iranian medical doctors. *J Qazvin Uni Med Sci* 2006;9(4):47-52. (Persian)
23. Etter J-F, Laszlo E. Evaluation of a poster campaign against passive smoking for World No-Tobacco Day. *Patient educ Couns* 2005;57(2):190-8.
24. Moeini B, Rahimi M, Hazaveie S, Allahverdi Pour H, Moghim Beigi A, Mohammadfam I. Effect of education based on trans-theoretical model on promoting physical activity and increasing physical work capacity. *Mil Med J* 2010; 12(3): 123-30. (Persian)
25. Shirazi KK, Wallace LM, Niknami S, Hidarnia A, Torkaman G, Gilchrist M, et al. A home-based, transtheoretical change model designed strength training intervention to increase exercise to prevent osteoporosis in Iranian women aged 40-65 years: a randomized controlled trial. *Health Educ Res* 2007; 22(3): 305-17. (Persian)

Effect of lifestyle education on the knowledge and performance of patients affected by hypertension

Karimiyar Jahromy M¹, Yousefi Maghsoudbeiki H², Shamsi A³, Hamedizadeh s⁴,
Zarafshar sh¹, Sadeghi M¹, Charkhandaz M¹

Received: 2013/6/5

Accepted: 2014/2/5/1

1. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Dept. of Adult Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Dept. of Nursing, School of Nursing, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran
4. Dept. of Nursing, School of Nursing, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Ethics in Education, Volume 2, Number 4, Winter 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;2(4):7-12

Abstract

Introduction:

Hypertension is a major risk factor for cardiovascular diseases; thus, effective education is required in order to enhance hypertensive patients' lifestyles. This study aimed to evaluate the effectiveness of lifestyle education on hypertensive patients' knowledge and performance.

Materials and Methods:

This quasi-experimental study was performed on 40 patients with essential hypertension who were selected by convenient sampling in Peymanieh Hospital in Jahrom City during 2011-2012. The data collection tool consisted of a researcher-made questionnaire and check list which were completed by the patients one month before and after the intervention. Intervention was conducted by written and oral educational programs. Findings were analyzed by SPSS 17.0 and paired T-test.

Results:

Participants consisted of 24 women (60%) and 16 men (40%) with the mean age of 64.50 ± 11.70 . The means of patients' knowledge and performance were respectively 5.59 ± 0.91 and 11.89 ± 2.65 before educational intervention. The same means changed to 6.58 ± 1.15 and 13.28 ± 1.78 after the educational intervention which revealed a significant relationship ($P < 0.05$). The difference between the means of blood pressure before and after the intervention were statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion:

Lifestyle education enhances hypertensive patients' knowledge and Performance. Hence, it is suggested to employ educational programs targeting nutrition, exercise, stress, smoking, disease and the regular use of medicines among these patients in order to improve their knowledge and behavior.

Keywords: Hypertension, Lifestyle, Education