

## سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان جهرم

فاطمه السادات حسینی<sup>۱</sup> دکتر حسین فرشیدی<sup>۲</sup> دکتر تیمور آقاملائی<sup>۳</sup> دکتر عبدالحسین مدنی<sup>۴</sup> امین قنبرنژاد<sup>۵</sup>  
<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت<sup>۲</sup> دانشیار و متخصص قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران،<sup>۳</sup> استاد آموزش بهداشت،<sup>۴</sup> دانشیار اپیدمیولوژی،<sup>۵</sup> مربی آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

مجله طب پیشگیری سال اول، شماره اول، پاییز ۹۳ صفحات ۹-۱

### چکیده

**مقدمه:** اتخاذ سبک زندگی ناسالم بوسیله فرد می تواند زمینه ساز بروز بیماریهای مختلف از جمله بیماری پرفشاری خون که یک خطر جدی برای سلامت فرد است، شود. این پژوهش با هدف بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان جهرم انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی بود که بر روی ۷۸ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون بالای ۳۰ سال روستاهای شهرستان جهرم انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه به صورت مصاحبه گردآوری شد. پرسشنامه در دو بخش کلی شامل مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه و همچنین پرسشنامه سبک زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ۱۹ استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین سن افراد مورد مطالعه ۶۳/۰۲ سال با انحراف معیار ۱۴/۲۳ و دامنه آن از ۳۰ تا ۷۰ سال متغیر بود. ۳۰/۸ درصد آن‌ها مرد و ۶۹/۲ درصد زن بودند. میانگین سال‌های ابتلا به پرفشاری خون ۸/۴ با انحراف معیار ۵/۸ بود. میانگین فشارخون سیستول بیماران ۱۲۸/۳۹ انحراف معیار ۱۴/۰۱ و میانگین فشارخون دیاستول آنها ۸۰/۹۶ با انحراف معیار ۱۰/۴۴ بود. میانگین نمایه توده بدنی بیماران ۲۴/۸ با انحراف معیار ۴/۶ بود. میزان فشارخون ۵۳/۷۵ درصد از بیماران بالاتر از حد نصاب تعیین شده (مساوی و یا بیشتر از ۹۰/۱۴۰) برای این بیماران بود. در خصوص متغیرهای مربوط به سبک زندگی ۷/۷ درصد بیماران مورد مطالعه سیگار و ۲۰/۵ درصد قلیان مصرف می‌کردند. ۱۴/۱ درصد از افراد مورد مطالعه فعالیت فیزیکی منظم داشتند. پیروی از دستورات پزشک ۶۱/۵ درصد و مصرف منظم دارو ۷۰/۵ درصد در بین بیماران دارای بیشترین فراوانی و فعالیت فیزیکی منظم با ۱۴/۱ درصد پرهیز از استرس با ۱۷/۹ درصد دارای کمترین فراوانی انجام بودند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان دهنده وجود عادات رفتاری نامناسب بخصوص در زمینه کنترل استرس، فعالیت فیزیکی و مصرف نمک در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است، بنابراین، توصیه می‌شود در زمینه اتخاذ سبک زندگی سالم و عادات رفتاری صحیح آموزش‌های لازم به بیماران مبتلا به پرفشاری خون داده شود.

**کلیدواژه‌ها:** سبک زندگی، بیماری پرفشاری خون، جهرم

نویسنده مسؤول:  
دکتر تیمور آقاملائی، استاد  
آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات  
عوامل اجتماعی در ارتقای  
سلامت، دانشگاه علوم پزشکی  
هرمزگان، بندرعباس- ایران.  
تلفن: +۹۸۷۶۳۳۳۳۸۵۸۳  
پست الکترونیکی:  
teaghmolaei@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۳/۲/۲ اصلاح نهایی: ۹۳/۵/۱۱ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۱۹

### مقدمه:

به پرفشاری خون ۴/۴ درصد (معادل ۶۴ میلیون DALY) برآورد شده است که این میزان برای سا لهای ۲۰۱۰ و ۲۰۲۰ به ترتیب ۱/۷ درصد (معادل ۲۵ میلیون DALY) و ۱/۹ درصد (معادل ۲۷ میلیون DALY) گزارش شده است (۳). در طرح کشوری بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۸۳ میزان شیوع خام پرفشاری خون در جوامع شهری و روستایی به ترتیب ۳۰/۵ درصد و ۲۹/۲

شیوع بالای پرفشاری خون به همراه ایجاد عوارض جدی بر ارگان‌های بدن این بیماری را به یک مشکل عمده بهداشتی در سراسر دنیا تبدیل نموده است (۱). وجود یک بلیون فرد مبتلا به پرفشاری خون و وقوع سالانه ۴ میلیون مرگ در جهان از نتایج مستقیم این بیماری است (۲). پرفشاری خون دومین عامل خطری است که بیشترین بار بیماری به آن منتسب می‌شود. در سال ۲۰۰۰ بار قابل انتساب

مجله طب پیشگیری سال اول، شماره اول، پاییز ۹۳

سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه می‌باشد (۲۲).

سبک زندگی سالم از منابع با ارزش کاهش بروز و شدت بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنهاست و روشی جهت ارتقاء سلامتی و کیفیت زندگی و سازگاری با استرس (۲۳) و همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه مراقبت‌های بهداشتی است (۲۴). سازمان جهانی بهداشت تغییر در سبک زندگی و اندازه‌گیری مرتب فشارخون را در راس دستورالعمل راهنمای برنامه مبارزه با پرفشاری خون اعلام کرده است (۲). با توجه به افزایش روز افزون شمار بیماران مبتلا به پرفشاری خون و بار مالی هنگفتی که درمان مبتلایان به این بیماری و نگهداری مبتلایان به عوارض ناشی از پرفشاری خون بر اقتصاد خانواده‌ها و در کشور تحمیل می‌کنند و همچنین با توجه به اهمیت سبک زندگی در کنترل پرفشاری خون این مطالعه با هدف بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان جهرم انجام شد.

## روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی بود که بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بالای ۳۰ سال روستاهای شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۲ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن پرونده بهداشتی در خانه‌های بهداشت و حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون بود. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود به این صورت که ابتدا از بین مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان جهرم تعداد ۲ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس در هر مرکز از روی پرونده بیماران و به صورت تصادفی ۳۹ بیمار و در مجموع ۷۸ بیمار انتخاب شدند.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه به صورت مصاحبه گردآوری شد. پرسشنامه در دو بخش کلی شامل مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه و همچنین پرسشنامه سبک زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون بود. سبک زندگی در این مطالعه شامل وضعیت استعمال دخانیات (مصرف سیگار و قلیان)، فعالیت فیزیکی منظم، مراجعه مرتب به مراکز بهداشتی درمانی جهت پایش فشارخون، پیروی از دستورات پزشک، مصرف مرتب دارو، کنترل مرتب وزن، رژیم غذایی (مصرف نمک، مصرف میوه و سبزیجات، مصرف روغن، مصرف لبنیات، مصرف گوشت سفید و قرمز و تخم مرغ)، در قالب ۱۲ سوال بود. برای

درصد برآورد گردید (۴). تحقیقات نشان داده که میزان شیوع این بیماری در کلیه کشورها به ویژه کشور ایران رو به افزایش است (۵). ۲۰ درصد جمعیت بالغ کره جنوبی، حدود ۱۶ درصد جمعیت بالای ۳۵ سال ایتالیا، ۱۱/۱ درصد ساکنان جنوب غربی عربستان سعودی (۶)، ۳۳ درصد افراد در انگلیس، سوئد و ایتالیا و ۵۵ درصد افراد در آلمان مشکل فشارخون بالادارند (۷ و ۸). صرافزادگان و همکاران (۱۹۹۹) شیوع پرفشاری خون را در بزرگسالان شهر تهران ۱۹/۴ درصد، عزیزی و همکاران (۲۰۰۲) ۲۲ درصد و بهرامی و همکاران (۲۰۰۶) ۳۲/۵ درصد برآورد نموده‌اند (۹ و ۱۰ و ۱۱).

به دنبال ایجاد فشارخون، کنترل فشارخون بالا از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد تا شانس ایجاد عوارض به واسطه فشارخون به حداقل مقدار خود برسد. علیرغم این که پیشگیری و درمان پرفشاری خون مورد توجه قرار گرفته و راهکارهای مشخص برای درمان آن ارائه گردیده (۱۲ و ۱۳) که می‌توان به در دسترس بودن بیش از صد نوع داروی متفاوت فشار خون که کارایی همگی به اثبات رسیده اشاره کرد، اما همچنان میزان‌های گزارش شده برای کنترل فشار خون نا امید کننده است (۱۴). میزان موفقیت برای کنترل فشار خون در آمریکا تنها ۲۷ درصد بوده و در انگلستان، فرانسه و آلمان حتی از این هم کمتر است (۱۵). علی‌رغم وجود درمان‌های مناسب، کنترل و درمان پرفشاری خون مطلوب نیست به طوری که بررسی عزیزی و همکاران نشان داد ۶۰ درصد از افراد مبتلا به پرفشاری خون علی‌رغم آگاهی از بیماری خود، فشارخون کنترل نشده داشته‌اند (۱۰).

امروزه اکثر مشکلات بهداشتی سلامتی مانند: چاقی، انواع سرطانها و پرفشاری خون و مرگ و میر ناشی از آنها با دگرگونی سبک‌های زندگی ارتباط دارد و نتیجه رفتارهای افراد و شیوه زندگی آنها است (۱۶ و ۱۷). در ایران نیز بیماریهای ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌روند (۱۸). بیماری فشارخون بالا نیز از جمله بیماری‌های غیرواگیری است که در جوامع رو به افزایش است و با سبک زندگی افراد رابطه تنگاتنگی دارد و به تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس در سراسر جهان می‌باشد (۲۲). رفتار و سبک زندگی ناسالم در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی بیشتر از شرایط طبی و استعداد ژنتیکی نقش دارد (۲۱، ۲۰، ۱۹). سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب، استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات، الکل، ایمن‌سازی در مقابل بیماری،

برای اندازه‌گیری قد و وزن به ترتیب از قدسنج با دقت یک دهم سانتی متر و ترازوی دیجیتالی با دقت صد گرم استفاده شد. اعتبار ترازو نیز روزانه با وزنه شاهد پنج کیلوگرمی موجود در مرکز بهداشتی درمانی بررسی می‌شد. صحت و درستی متر نیز با یک متر استاندارد (صد سانتی متری) مقایسه گردید. فشار خون فرد بر اساس شرایط استاندارد و در دو نوبت و به فاصله ۵ دقیقه استراحت اندازه‌گیری شد و میانگین فشار خون در دو نوبت به عنوان فشار خون فرد در نظر گرفته شد. وزن بیمار نیز با لباس راحت و بدون کفش اندازه‌گیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ۱۹ استفاده شد.

### یافته‌ها:

از ۷۸ بیمار شرکت کننده در مطالعه ۳۰/۸ درصد مرد و ۷۰ درصد زن بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۶۳/۰۲ سال با انحراف معیار ۱۴/۲۳ و دامنه آن از ۳۰ تا ۷۰ سال متغیر بود. میانگین سال‌های ابتلا به پرفشاری خون ۸/۴ با انحراف معیار ۵/۸ بود. میانگین

بررسی روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و نظر متخصصین استفاده شد و برای پایایی پرسشنامه از روش آزمون-آزمون مجدد (test-retest) استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه‌ها به فاصله زمانی دوهفته ۲ بار در اختیار ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون جمعیت هدف قرار گرفت و بین آن‌ها ضریب همبستگی محاسبه شد. در این مطالعه ضریب همبستگی برابر با ۰/۸ بدست آمد که نشان می‌دهد پرسشنامه از پایایی خوبی برخوردار است. پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام بیماران بود و جهت تکمیل آنها از ۲ نفر پرسشگر که در این زمینه آموزش لازم را دیده بودند، استفاده شد. پرسشگران پس از شرکت در جلسه توجیهی، راهنمایی‌های لازم برای تکمیل یکسان پرسشنامه را دریافت کردند. پرسشگران ضمن معرفی خود به بیماران، هدف از اجرای پژوهش را بیان نموده و اطمینان داده می‌شد که تمام پرسشنامه‌ها ضمن حفظ محرمانه بودن، برای تحلیل آماری یک جا گردآوری شده و نتایج به صورت گروهی گزارش می‌شود.

فشارسنج مورد استفاده از نوع جیوه‌ای ساخت ژاپن بود و اعتبار آن به وسیله فشارسنج جیوه‌ای استاندارد دیگری به طور روزانه مقایسه می‌شد.

### جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب انجام رفتارهای کنترل کننده فشار خون

| هیچ وقت |      | گاهی  |      | همیشه |      |                               |
|---------|------|-------|------|-------|------|-------------------------------|
| تعداد   | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |                               |
| ۷۳/۱    | ۵۷   | ۱۲/۸  | ۱۰   | ۱۴/۱  | ۱۱   | فعالیت فیزیکی منظم            |
| ۱۱/۵    | ۹    | ۴۱    | ۳۲   | ۴۷/۴  | ۳۷   | کنترل مرتب فشارخون            |
| ۱/۳     | ۱    | ۳۷/۲  | ۲۹   | ۶۱/۵  | ۴۸   | پیروی از دستورات پزشک         |
| ۲/۶     | ۲    | ۲۶/۹  | ۲۱   | ۷۰/۵  | ۵۵   | مصرف منظم دارو                |
| ۱۰/۳    | ۸    | ۴۱    | ۳۲   | ۴۸/۷  | ۳۸   | خودداری از مصرف خودسرانه دارو |
| ۳۵/۹    | ۲۸   | ۴۶/۲  | ۳۶   | ۱۷/۹  | ۱۴   | پرهیز از استرس                |

در خصوص متغیرهای مربوط به سبک زندگی ۷/۷ درصد بیماران مورد مطالعه سیگار و ۲۰/۵ درصد قلیان مصرف می‌کردند. ۱۴/۱ درصد از افراد مورد مطالعه فعالیت فیزیکی منظم داشتند و ۸۵/۹ درصد از آن‌ها فعالیت فیزیکی منظمی نداشتند. میزان پیروی از دستورات پزشک ۶۱/۵ درصد و مصرف منظم دارو ۷۰/۵ درصد در بین بیماران دارای بیشترین فراوانی

فشارخون سیستول بیماران ۱۲۸/۳۹ با انحراف معیار ۱۴/۰۱ و میانگین فشارخون دیاستول آن‌ها ۸۰/۹ با انحراف معیار ۱۰/۴۴ بود. میانگین نمایه توده بدنی بیماران ۲۴/۸ با انحراف معیار ۳/۲۲ بود. میزان فشارخون ۵۳/۷۵ درصد از بیماران بالاتر از حد نصاب تعیین شده (مساوی و یا بیشتر از ۹۰/۱۴۰) برای این بیماران بود.

فراوانی (۴۷/۷ درصد) مربوط به مصرف کمتر از ۳ وعده در هفته بود. مصرف گوشت سفید بین ۳ تا ۵ وعده در هفته دارای بیشترین فراوانی (۵۳/۸ درصد) بود. ۵۳/۸ درصد بیماران از روغن مایع و ۳۵/۹ درصد از آنها لبنیات کم چرب استفاده می کردند. همچنین میزان مصرف روزانه میوه و سبزی ۱/۵ واحد بود.

### بحث و نتیجه گیری:

بیماری پرفشاری خون یکی از بیماری های است که شیوع بالای آن در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی که بر ارگان های بدن وارد می کند، آن را به مشکل عمده بهداشتی کلیه جوامع تبدیل کرده است (۲۵). فهم طبیعت و رفتار انسان نقطه شروع رفتارهای اوست (۲۶). گستره سلامت و بیماری از یک سو نتیجه روابط فرد با محیط، گروه های اجتماعی و ساختارهای جامعه در ابعاد اقتصادی- اجتماعی و ... است و از سوی دیگر با ویژگی های فرد از نظر تطابق فردی در ابعاد ارگانیکی و ذهنی در ارتباط مستقیم است (۲۷). سازمان جهانی بهداشت اصطلاح Lifestyle را سبک زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی- اقتصادی حاصل می شود (۲۸). سبک زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کارها و عادت های رفتاری در افراد و گروه ها بخصوص با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی- اقتصادی، روابط اجتماعی و شخصیت آن ها مورد توجه قرار گیرد. با وجود این که ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می گیرند که بر سلامتی آن ها تاثیرگذار است (۲۹). هدف مطالعه حاضر بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان جهرم بود.

در این مطالعه شاخص توده بدنی ۲۴/۸ با انحراف معیار ۴/۶ بود که به عنوان عامل خطری برای بیماری پرفشاری خون محسوب می گردد. این یافته با نتیجه مطالعه سونگ در چین (۳۰) و گوپتا در غرب هندوستان (۳۱)، و مطالعات نجار (۳۲) و دستغیب (۳۳) در ایران هم خوانی دارد و به نظر می رسد علت یابی عدم تمکین توصیه های بهداشتی درمانی در این گونه بیماران برای کاهش وزن و همچنین مداخله برای کاهش وزن ضروری است.

در این مطالعه فقط ۱۴/۱ درصد از افراد مورد مطالعه فعالیت فیزیکی منظم داشتند. احتمال خطر فشارخون بالا در افرادی که فشارخون طبیعی دارند

و فعالیت فیزیکی منظم با ۱۴/۱ درصد و پرهیز از استرس با ۱۷/۹ درصد دارای کمترین فراوانی انجام بودند (جدول ۱).

از لحاظ وضعیت مصرف نمک، افزودن نمک هنگام پخت بیشترین فراوانی (۷۱/۸ درصد) و مصرف چاشنی و تنقلات شور کمترین فراوانی (۵/۱ درصد) را در بین بیماران داشت. از نظر مصرف گوشت قرمز بیشترین

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب رژیم غذایی

| متغیر                   | تعداد | درصد |
|-------------------------|-------|------|
| مصرف نمک                |       |      |
| کاملاً بدون نمک         | ۱۱    | ۱۴/۱ |
| افزودن نمک هنگام پخت    | ۵۶    | ۷۱/۸ |
| افزودن نمک سرسفره       | ۷     | ۹    |
| صرف چاشنی و تنقلات شور  | ۴     | ۵/۱  |
| مصرف گوشت قرمز          |       |      |
| بیشتر از ۷ وعده در هفته | ۳     | ۳/۸  |
| بین ۵-۷ وعده در هفته    | ۲     | ۲/۶  |
| بین ۳-۵ وعده در هفته    | ۳۶    | ۴۶/۲ |
| کمتر از ۳ وعده          | ۳۷    | ۴۷/۷ |
| مصرف گوشت سفید          |       |      |
| بیشتر از ۷ وعده در هفته | ۳     | ۳/۸  |
| بین ۵-۷ وعده در هفته    | ۶     | ۷/۷  |
| بین ۳-۵ وعده در هفته    | ۴۲    | ۵۳/۸ |
| کمتر از ۳ وعده          | ۲۷    | ۳۴/۶ |
| روغن مصرفی              |       |      |
| روغن حیوانی             | ۱۱    | ۱۴/۱ |
| روغن گیاهی جامد         | ۲۵    | ۳۲/۱ |
| روغن مایع               | ۴۲    | ۵۳/۸ |
| لبنیات مصرفی            |       |      |
| لبنیات کم چرب           | ۲۸    | ۳۵/۹ |
| لبنیات پرچرب            | ۴۰    | ۵۱/۳ |
| تفاوتی نمی کند          | ۱۰    | ۱۲/۸ |

ولی فعالیت بدنی روزانه آن‌ها کم است ۲۰ تا ۵۰ درصد بیشتر از افراد با فعالیت بدنی مناسب است (۳۴). سبک زندگی بدون تحرک و نقصان چشمگیر فعالیت جسمانی و ورزش و اختصاص زمان اندک به فعالیت‌های ورزشی در همان طیفی که ورزش می‌کنند، عامل بسیار موثر در بروز بیماری‌های قلبی عروقی و پرفشاری خون است. عدم تحرک و فعالیت بدنی ناکافی در این مطالعه به عنوان یک عامل خطر مهم می‌باشد که با نتایج مطالعات نجار در سبزوار (۳۲) و صادقی و همکاران (۳۵) در اصفهان مطابقت دارد. از آنجائی که در این منطقه فعالیت بدنی ناکافی، مشاهده می‌شود زنگ خطری برای روند رو به افزایش زندگی به سبک شهرنشینی و فاصله از زندگی روستا نشینی بوده و لزوم اطلاع رسانی در این خصوص و اصلاح سبک زندگی بدون تحرک افراد ضروری به نظر می‌رسد.

در این مطالعه ۷/۷ درصد بیماران مورد مطالعه سیگار مصرف می‌کردند که این میزان در مقایسه با شیوع ۱۳/۳ درصدی در پژوهش اورایی (۳۶) و ۴۱ درصدی در پژوهش امین باشی (۳۷) کمتر است. اما شیوع مصرف قلیان ۲۰/۵ درصد بود. فیپس و همکاران (۳۸) یکی از عوامل خطر ساز اصلی پرفشاری خون را مصرف سیگار عنوان نمودند. سیگار زمینه ساز مهمی برای بروز بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود و شیوع سکنه مغزی و بیماری عروق کرونر در بیماران دچار پرفشاری خون سیگاری، دو تا سه برابر بیشتر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون غیرسیگاری است و ترک سیگار موجب کاهش این خطر می‌شود (۳۴). میزان مصرف منظم دارو در مبتلایان به پرفشاری خون در مطالعه حاضر برابر با ۷۰/۵ درصد بود که نسبت به مطالعات انجام شده در کشورهای پرتغال ۵۶/۷ درصد (۳۹)، اسپانیا ۴۹/۱ درصد (۴۰)، فرانسه ۴۱ درصد (۴۱)، قزوین ۲۹ درصد (۴۲) بالاتر می‌باشد.

در میان رفتارهای کنترل کننده پرفشاری خون، پرهیز از استرس با ۱۷/۹ درصد دارای کمترین فراوانی انجام بود. در مطالعه خسروی و همکاران (۴۳) نیز رفتارهایی از قبیل عدم کنترل فشار روانی و استرس در بین بیماران با فشار خون بالا دارای کمترین فراوانی انجام بود. لازم به ذکر است که بیماران مهمترین دلایل عدم انجام تمرینات آرام‌سازی بدنی و کنترل استرس را نداشتن آگاهی و عدم توانایی در بکارگیری این تمرینات ذکر نمودند. در این راستا نتایج مطالعات حاکی از آن است که در رفتارهایی که مستلزم حل مشکل در شرایط خاص هستند، بیماران نمره‌های پایین تری را به لحاظ خود کارآمدی به

دست می‌آوردند (۴۴).

یافته‌های حاصل از پژوهش‌های مختلف نشان داده که مصرف روزانه پنج واحد میوه ۲۷ درصد و سه واحد سبزی ۷۰ درصد خطر بیماری قلبی عروقی را کاهش می‌دهد (۴۵).

این در حالی است که در مطالعه حاضر بیماران به طور متوسط روزانه ۱/۵ واحد میوه و سبزی مصرف می‌کردند. در این مطالعه میزان فشارخون ۵۳/۷۵ درصد از بیماران بالاتر از حد نصاب تعیین شده (مساوی و یابیشتر از ۹۰/۱۴۰) بود. این نشان می‌دهد که حتی در بین افراد درمان شده، کنترل فشارخون ناکافی بوده است. از دلایل این مسأله می‌توان به مشکلات اقتصادی، کمبود مراقبت‌های بهداشتی، نبود برنامه‌های کافی در این زمینه و عدم پذیرش دارو از طرف بیماران به دلیل عوارض دارو یا توجه نبودن بیماران اشاره کرد که این مسائل باید در برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای مدنظر قرار گیرد. از علل دیگر فشارخون بالا می‌توان به زمینه ژنتیکی، مصرف بالای نمک و در بعضی جوامع شیوع بالای چاقی اشاره کرد (۴۶ و ۴۷).

در ارتباط با الگوی تغذیه در بیماران مورد مطالعه این پژوهش، از لحاظ مصرف نمک ۷۱/۸ درصد از بیماران هنگام پخت نمک به غذا اضافه می‌کردند، همچنین از لحاظ مصرف گوشت قرمز و سفید به ترتیب ۴۷/۴ درصد از افراد مورد مطالعه کمتر از ۳ وعده در هفته و ۵۳/۸ درصد بین ۳ تا ۵ وعده در هفته گوشت مصرف می‌کردند. همچنین ۵۳/۸ درصد بیماران از روغن مایع و ۳۵/۹ درصد از آن‌ها لبنیات کم چرب استفاده می‌کردند.

کولین (۴۸)، ساکس و همکاران (۴۹) و بائو (۵۰) نشان دادند کاهش مصرف نمک در الگوی تغذیه یکی از تغییرات مهم در سبک زندگی است که موجب کاهش فشارخون در بیماران می‌شود. همچنین در رابطه با مصرف روغن جامد، گوشت قرمز و مصرف میوه و سبزیجات نشان دادند که رژیم غذایی حاوی میوه و سبزیجات و استفاده بیشتر از گوشت مرغ و ماهی نسبت به گوشت قرمز و همچنین استفاده از روغن مایع نقش مهمی در کاهش پرفشاری خون دارد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان دهنده وجود عادات رفتاری نامناسب بخصوص در زمینه کنترل استرس، فعالیت فیزیکی و مصرف نمک در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است. بنابراین توصیه می‌شود در زمینه اتخاذ سبک زندگی سالم و عادات رفتاری صحیح آموزش‌های لازم به بیماران مبتلا به پرفشاری خون داده شود و حمایت‌های مناسب از آنها صورت گیرد.

## References

## منابع

1. The Sixth Report of Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*. 1997;157: 24-46.
2. Khatib MNO, El-Guindy SM. Clinical guidelines for the management of hypertension. *EMRO Technical Publications*; 2005.
3. Rajaei S, Esmaeilzadeh A, Hosseini SM, et al. 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(1):13-27. [Persian]
4. Delavari A, Horri N, Alikhani S, Gouya MM, Mahdavi. Prevalence of hypertension in Iranian urban and rural populations aged over 20 years in 2004. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2007;17(58):79-86. [Article in Persian]
5. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. 2010;2(5):1-5.
6. Pejman A. The prevalence of hypertension in Sabzevar population. *J Sabzevar* 2009;15(1):26.
7. Anbarloo HR. Assessment of life style education effect to patients with hypertension on their knowledge and function in the tearoom Shohada hospital. M. Sc thesis of nursing, Islamic Azad University Tehran Medical. 2010;6.
8. Rulxing y. prevalence, awareness treatment, control and risk factors of hypertension in the Guangxi Hei yi. *Zhan and Han population, hypertension*. 2006;29:423-432.
9. Azizi F, Mirmiran P, Azadbakht L. predictors of cardiovascular risk factors in Tehran adolescent s: Tehran Lipid and Glucose study. *Int J vitam Nutr Res* 2004 sep; 74(5):307-12.
10. Azizi F, Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M, Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran Lipid and Glucose study (TLGS), 2002-1999, *J Hum hypertens* 2002 may ;may; 16(5):305-12.
11. Bahrami H, Sadatsafavi M, Pourshams A, et al. Obesity and hypertension in Iranian cohort study :Iranian women experience higher rates of than American women. *BMC Public Health* 2006 Jun 20;6:158
12. Dabghmanesh MH, Mostafavi H, Zare N. Blood pressure levels, risk factors and hypertension control status in adult. *Journal of Hormozghan University of Medical Sciences* 2007;11(1):41-49. [Persian]
13. Chobanian AV, Bakris GI, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JR, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: *The JNC 7 report*. *JAMA* 2003;289(19):2560-2571.
14. Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension Poor compliance is only part of the story. *J Clin Hypertens*. 2001;3(3):179-182.
15. Baghiyani Moghaddam MH, Ayvazi S, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh 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*. 2007;15(3):78-87. [Persian]
16. Moher M. Evidence of the effectiveness of intervention for secondary prevention and treatment of coronary heart (Dissertation). San Diego State University; 2001.
17. Edlin G, Golanty E. Health and Wellness. 8th ed. Boston: Jones and Bartlet; 2004.
18. Azizi F. Prevention of important non communicable disease, revision of lifestyle is an inevitable requirement. *J Res Med Sci Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2003;27(4):261-263.
19. 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

20. Rosengren A, Dotevall A, Eriksson H, Wilhens L. optimal risk-factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends; data from the Got eb org population studies. *Eur Hearts* 2001 Jan; 22(2):136-44.
21. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and non cardiovascular mortality and life expectancy :findings for 5 large cohort of young adult and middle-aged men and women. *JAMA* 1999 Dec 1;282(21):2012-8.
22. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, et al. primary prevention of coronary heart disease in women through diet and life style. *N Engl J med* 2000;343(1),pp.16-22.
23. Monahan F, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ. Phipps Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003.
24. Lyons R, Langille L. Healthy Lifestyle: Strengthening the effectiveness of lifestyle, Approaches to improve health: 2000.
25. The Sixth Report of Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine* 1997;24:146-57.
26. Dunkley Jacqueline. health promotion in midwifery. 1th ed. Bailliere Tindall, 2000. PP 46-48.
27. M. Mohseni, medical sociology. Tehran, Tahoor, Sixth Edition. 1376. P48.
28. Veal, AJ. Leisure and lifestyle. A review and annotated bibliography. schools of leisure, sport & tourism, university of technology. sydney 2002. au/1st/research/bibliography. htm
29. Joanne kerr. community health promotion; challenges for practice. Bailliere Tindhall; first edition. 2000. pp.9-11.
30. Songc H, Dai LP. Case- Control Analysis of The Risk of Hypertension Among Rural Population of Henan Factor of Clinical Rehabilitation Province. *Chinese Journal*. 26-27(19).2005.
31. Gupta R, Gupta S, Gupta V, Prakash H. Prevalence & Determinants of hypertension in the urban population of Jaipur in Western India. *Journal of Hypertension*. 1995;13(10).pp.1193-200.
32. Najjar L, Haidari A, Behnam H. Association of Life Style And Hypertension In Sabzevar. *Journal of Asrar*. 1383 :11 :49-55.
33. Dastghaib A. Association of Hypertension, Height, Weigh, BMI In Rural And Urban Population In Marvdasht District. report of research. 1383 :53-54.
34. Samavat T, Hodjatzadeh A, Naderi Z. Guide To Diagnosis, Evaluation & Treatment of Hypertension For Doctors. Ministry of Health & Medical Education Undersecretary For Health Disease Management Center. 1380 :39-56.
35. Sadeghi M, Rohafza H, Sadri Gh. Prevalence of Htpertension And Association of Risk Factor Cardio Vascular Disease. *Journal of Ghazvin University of Medical Sciences*. 1382 :26 :46-52.
36. Aura Saeed et al. Prevalence of cardiovascular disease risk factors in Tehran. Reports Healthy Heart Project. *Iranian Heart Journal* 1380. No.II. Pages 28-31. [Persian]
37. Amin bashi M. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in patients under 15 years admitted to a hospital ward and CCU Khatamolnbya (p) over 73 -77 years. PhD thesis, University of Medical Sciences. Medicine. in 1378. [Persian]
38. Fypset al. cardiovascular disease. In: translation Mehrdad Salahi, Tehran: boshra, 1373 [Persian]
39. Von hafe P, Andrade MJ, Fernando PB, et al. Knowledge, treatment and control of arterial hypertension in oporto, portugal. *Rev Post Cardiology*, 1997;683-690.
40. Puras A, Sanchis C, Artigao LM, et al. Prevalence, awarness, treament and control of hypertension in a spanish population. *Eur J Epidemiol*. 1998 ;11(2):31-36.
41. Chamonting B, Poggi L, Lang T, et al. Prevalence, treatment, and control of hypertension in the french population. *Am J Hypertens*. 1998 ;11(2):31-36.
42. Javadi H. Awareness, treatment, medication and blood pressure control in patients with hypertension. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences and Health Services*, 1378, No. 12, Pages: 64-59. [Persian]
43. Khosravi A, Ansari R, Shirani Sh, Baghaei AM. The causes of failure to control hypertension in

- population aged over 65. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2005 ;9(35):8-10 . [Article in Persian]
44. Bernal H, Woolly S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *Diabetes Educ*. 2000;26(4) :673-680.
  45. Agustin F and et al. influence on lifestyle measures and five years coronary risk by a comprehensive lifestyle in tervention program in patients with coronary heart disease. *Journal of cardiovascular risk*. 2003 Des .10 (16); pp 429-437.
  46. INTERSALT cooperative research group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure, Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 1988,297 :319-28.
  47. Liu L. Hypertension studies in china. *Clin Exp Hypertens*. 1993;15(6):1015-24.48. Colin P.R. The dietary approaches to stop hypertension clinical trial: implications for lifestyle modification in the treatment of hypertensive patients. *Candiol Rev J* 1999; Sep. Vol.5, No.7.
  49. Sacks F.M and et al. A review of the dietary Approaches to stop hypertension. *Clin cardiol* 1999; Vol. 7, No.22, PP. 6-10.
  50. Bao D. and et al. Effects of dietary fish and weight reduction on ambulatory blood pressure in overweight hypertensive. *Hypertension J* 1998; Oct, Vol.4, NO.32, PP. 710-70.



## Lifestyle of Patients With High Blood Pressure in Rural Areas of Jahrom, Iran

F. Sadat Hossaini, MSc<sup>1</sup> H. Farshidi, MD<sup>2</sup> T. Aghamolaei, PhD<sup>3</sup> A. Madani, PhD<sup>4</sup> A. Ghanbarnejad, MSc<sup>5</sup>

MSc Student of Health Education <sup>1</sup>, Associate Professor of Cardiovascular, Cardiovascular Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran <sup>2</sup>. Professor of Health Education <sup>3</sup>, Associate professor of Epidemiology <sup>4</sup>, Instructor of Biostatistics <sup>5</sup>, Social Determinat in Health Promotion Research Center, Hormozgan niversity of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 22 Apr, 2014 Accepted 10 Sep, 2014)

### ABSTRACT

**Introduction:** Choosing the wrong lifestyle could underlie the occurrence of serious diseases including hypertension which is a crucial threat to health. This study examined the lifestyle of patients with hypertension in rural health centers of Jahrom, Iran.

**Methods:** This descriptive cross-sectional study was performed on 78 patients with hypertension who were over 30 years old, in Jahrom in 2013. Data was collected using questionnaires and interviews. The questionnaire consisted of two parts of demographic characteristics and behavioral questionnaires reflecting the lifestyle of the study population. Data analysis was performed using the statistical software SPSS19.

**Results:** The mean age of participants was  $63.02 \pm 14.23$  ranging from 30 to 70 years. 30.8% were male and 69.2% female. Average years of living with hypertension was  $8.4 \pm 5.8$ . Mean systolic and diastolic blood pressure in patients were  $128.39 \pm 14.01$  and  $80.96 \pm 10.44$ , respectively. The mean BMI of patients was  $24.8 \pm 4.6$ . Blood Pressure of 53.75% of patients was above the defined threshold equal to or greater than (90/140). 7.7% patients were smokers and 20.5% of them used hookah. 14.1% of the patients had regular physical activity. The most frequent behaviors were following the physician's instructions (61.5%) and taking the medicines regularly (70.5%) and the least frequent behaviors were having regular physical activity (14.1%) and avoiding the stress (17.9%).

**Conclusions:** The results of this study indicated poor lifestyle and behaviors particularly avoiding stress and physical activity. Therefore, education and training is necessary for the studied subjects to adopt healthy lifestyle.

**Key words:** Lifestyle; hypertension; Jahrom

Correspondence:  
T. Aghamolaei, Social  
Determinats in Health Promotion  
Research Center, Hormozgan  
University of Medical Sciences,  
Bandar Abbas, Iran.  
Tel: 33338583-98761+  
Email: teaghamolaei@gmail.com