

# ارزیابی سبک زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون: یک مطالعه مورد-شاهدی

فاطمه زارعی<sup>۱</sup>، مریم کریمی جابری<sup>۱</sup>، شکراله محسنی<sup>۱</sup>، محبوبه ولایتی<sup>۱</sup>، مریم نصاری<sup>۱</sup>، فاطمه امیری<sup>۱</sup>  
عبدالحسین مدنی<sup>۱\*</sup>

۱. گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

## چکیده

**هدف:** فشارخون یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر است که ناشی از سبک زندگی ناسالم می‌باشد، تحقیق حاضر با هدف سنجش سبک زندگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون و مقایسه آن با افراد سالم در شهر بندرلنگه انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی مقطعی - مقایسه‌ای، ۳۸۵ نفر به‌عنوان نمونه (۱۸۳ نفر بیمار با سابقه پرفشاری خون و ۲۰۲ نفر سالم) به روش نمونه‌گیری ترکیبی در مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرلنگه در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه‌قسمتی شامل بخش اول اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوابق بیماری، بخش دوم معاینه بالینی و بخش سوم پرسشنامه سبک زندگی LSQ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به‌منظور تحلیل داده‌ها از رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد و  $P\text{-Value} < 0.05$  از نظر آماری معنادار تلقی گردید.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد میانگین سنی در گروه با پرفشاری خون  $55/30 \pm 13/16$  سال و در گروه سالم  $49/23 \pm 12/69$  سال بود. در بین ابعاد سبک زندگی، بعد سلامت روان‌شناختی ( $R=0/96$  و  $P\text{-Value} < 0/05$ ) و سپس بعد اجتناب از مصرف داروها و مواد مخدر ( $R=0/92$  و  $P\text{-Value} < 0/05$ ) بالاترین همبستگی را با فشار خون داشتند.

**نتیجه‌گیری:** طبق یافته‌ها با ارتقا ابعاد سبک زندگی می‌توان سلامت را ارتقا بخشید. بنابراین سیاست‌گذاران بهداشتی جهت کشف گروه‌های پرخطر، افزایش بازده غربالگری و انجام اصلاحات باید به بررسی ابعاد سبک زندگی بپردازند.

**کلیدواژه‌ها:** سبک زندگی، فشارخون، سلامت جسمی، سلامت روحی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸

**ارجاع:** زارعی فایقه، کریمی جابری مریم، محسنی شکراله، ولایتی محبوبه، نصاری مریم، امیری فاطمه، مدنی عبدالحسین. ارزیابی سبک زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون و مقایسه آن با افراد سالم: یک مطالعه مورد-شاهدی. طب پیشگیری. ۱۴۰۰؛ ۱۸(۱): ۶۹-۵۸.

## مقدمه

یکی از مشکلات بزرگ سلامت در دنیا که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه‌اند، میزان بروز و بستری و مرگ ناشی از پرفشاری خون است، پرفشاری خون مهم‌ترین عامل خطر قابل اصلاح بیماری‌های قلبی و عروقی و یکی از شایع‌ترین علل اصلی مرگ‌ومیر در جهان است. این بیماری قابل‌پیشگیری زندگی ۲۵ درصد افراد بالغ و ۵۰ درصد افراد بالای ۵۰ سال

جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است (۱، ۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که یک میلیارد نفر در جهان به بیماری فشارخون مبتلا هستند، همچنین پیش‌بینی می‌شود رقم مبتلایان به این بیماری ۱/۵۶ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲۵ افزایش پیدا کند. سالیانه ۷/۹ میلیون نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (۳، ۴). علت اصلی این افزایش عوامل متعددی مانند برخی عوامل محیطی از جمله چاقی، سطح کلسترول بالا، فعالیت فیزیکی کم، سابقه مثبت بیماری‌های قلبی، کلیوی و دیابت در ایجاد پرفشاری

نویسنده مسئول: عبدالحسین مدنی، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

ORCID : 0000-0002-8150-6905

پست الکترونیکی: shmd\_md@yahoo.com

تلفن: +۹۸۷۶۳۳۳۳۶۲۰۲

بر همین اساس در شهر بندرلنگه با توجه به عادات غذایی (مصرف غذاهای پرچرب) و فعالیت بدنی کم، و با توجه به شرایط جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی بر روی سبک زندگی تأثیرگذار است و هر منطقه ای باید به‌طور مجزا از نظر شیوه زندگی و عوامل خطر مربوط به آن مورد بررسی قرار گیرد، همچنین از آن جایی که هیچ پژوهشی با توجه به شیوع بالای پرفشاری خون در منطقه و ارتباط با سبک زندگی و پرفشاری خون انجام نشده بود، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین رابطه سبک زندگی با پرفشاری خون در شهر بندرلنگه انجام دهیم. تا با پاسخ به این سؤال بتوانیم راهکارها و استراتژی‌های مناسب را در راستای برنامه‌ریزی برای اصلاح سبک زندگی افراد در جهت پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون داشته باشیم.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی، بر روی جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرلنگه در سال ۱۳۹۸ صورت گرفته است. براساس مطالعه قبلی، میزان فشار خون در شهر بندرعباس ۲۰ درصد گزارش شده است (۱۳). حجم نمونه با در نظر گرفتن حداقل خطای ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد ۲۱۰ نفر تعیین گردید و به همین تعداد جمعیت شاهد وارد مطالعه شد.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری ترکیبی (خوشه‌ای و تصادفی منظم) استفاده شد. شهر بندرلنگه دارای ۶ مرکز بهداشت است، که هر مرکز به‌عنوان یک خوشه تعریف شد. برای انتخاب موارد در هر خوشه لیست بیماران مبتلا به فشارخون تهیه شد، سپس از هر خوشه تعداد مساوی ۳۵ نفر به روش تصادفی منظم در مجموع ۲۱۰ مورد از لیست تهیه شده انتخاب شدند. برای انتخاب افراد شاهد از افراد همان خوشه‌ها، تعداد (۲۱۰ نفر) از افراد سالم به‌عنوان گروه شاهد وارد مطالعه شدند.

خون، رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی مردم، و افزایش دوران بقای این بیماران به‌واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری دخیل دانسته شده‌اند (۵، ۶).

این بیماری در پی خود عارضه‌های همچون بیماری‌های قلبی عروقی، سکته قلبی و نارسایی کلیوی را دارد به‌طوری‌که پرفشاری خون علت ۵۱ درصد مرگ‌ومیر ناشی از سکته مغزی و ۴۵ درصد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی محسوب می‌شود (۷).

مطالعات نشان داده‌اند سبک زندگی سالم مشتمل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را ضمانت می‌کند، در ایران نیز بیماری‌های ناشی از سبک زندگی از علل عمده ناتوانی به شمار می‌رود (۸). بیماری پرفشاری خون نیز از جمله بیماری‌های غیرواگیری است که در جوامع رو به توسعه افزایش چشمگیری دارد و با سبک زندگی افراد رابطه تنگاتنگی دارد و به تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس در سراسر جهان می‌باشد (۹). امروزه اکثر مشکلات بهداشتی-سلامتی از جمله چاقی، انواع سرطان‌ها و پرفشاری خون و مرگ‌ومیر ناشی از آن‌ها با الگوهای سبک زندگی مرتبط است (۱۰).

جوامعی که با کمک ارتقای سلامت و سبک زندگی در پی رسیدن به توسعه پایدار هستند، متأسفانه با مشکل اساسی ناشناخته ماندن ساختارهای سبک زندگی مواجه‌اند و چون درک صحیحی از سبک زندگی افراد جامعه خود ندارند، قادر به انتخاب برنامه یا استراتژی مناسب نیز نیستند. این مسئله باعث صرف هزینه‌های اقتصادی بالا در حوزه بهداشت می‌شود؛ زیرا با وجود اختصاص بودجه‌های کلان، مشکل ابتلا به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی همچنان ادامه می‌یابد (۱۱). بنابراین با انجام مطالعات بیشتر در این خصوص و شناخت دقیق‌تر چگونگی ارتباط این عوامل با یکدیگر، احتمال آن می‌رود که بتوان در پیشگیری و کنترل این مشکلات بهداشتی مؤثر واقع شد (۱۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و به‌منظور تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی (درصد فروانی، میانگین) و برای مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش به کلیه افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش ارائه شد در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمایند. همچنین این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات به‌صورت محرمانه نزد مجری طرح برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

### یافته‌ها

در این مطالعه مورد-شاهدی ۳۸۵ نفر (۱۹۰ نفر زن و ۱۹۵ نفر مرد) از ساکنین شهر بندرلنگه شرکت کردند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، میانگین و میانه سن در گروه بیماران به ترتیب ۵۴/۸ و ۵۵ سال و در گروه شاهد به ترتیب ۴۹/۴۲ و ۴۹ سال می‌باشد. محدوده سنی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه بین ۸۷-۳۰ سال بود. در گروه مورد ۳۴/۴ درصد زیر ۵۰ سال و ۶۵/۶ درصد بالای ۵۰ سال و در گروه شاهد ۵۳ درصد زیر ۵۰ سال و ۴۷ درصد بالای ۵۰ سال قرار داشتند ( $P\text{-Value} < 0/000$ ). میانگین فشارخون سیستول ۱۴۴ با انحراف معیار ۱۹/۹۵ و میانگین فشارخون دیاستول ۸۶/۴ و انحراف معیار ۱۴/۷۵ بود.

جدول ۱ نتایج تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی در بروز پرفشاری را نشان می‌دهد، در این مطالعه رابطه معناداری بین سن، شغل، سابقه چربی، سابقه بیماری دیابت، سابقه بیماری قلبی، نمایه توده بدنی با پرفشاری وجود دارد ( $P\text{-Value} < 0/05$ ). در این مطالعه براساس آزمون‌های آماری و مقایسه عوامل خطر مرتبط فشارخون بالا در افراد دو گروه جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت مسکن، بعد خانوار ارتباط معناداری وجود ندارد ( $P\text{-Value} > 0/05$ ). همچنین یافته‌ها نشان داد در گروه مورد، ۳۵/۵ درصد سبک زندگی خوب، ۴۸/۱ درصد

معیارهای ورود به مطالعه در گروه مورد شامل وجود تشخیص قطعی پرفشاری خون توسط پزشک، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی، تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، حداقل سن ۲۰ سال، حداقل زمان تشخیص بیماری شش ماه، نارسائی کلیه، حوادث عروق مغزی، عدم بارداری، بود.

معیارهای ورود به مطالعه در گروه شاهد نیز فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰، عدم استفاده از داروهای کاهنده فشارخون، عدم وجود سابقه پرفشاری بود و همچنین فرم تکمیل شده رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه قسمتی بود. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوابق بیماری، بخش دوم معاینه بالینی و بخش سوم پرسشنامه سبک زندگی LSQ که معاینه بالینی با استفاده از فشارسنج عقربه‌ای و ترازوی دیجیتال بود. یک نفر خانم همکار کارشناس پرستاری پس از کسب آموزش‌های لازم در مورد چگونگی اندازه‌گیری فشارخون استاندارد سازمان جهانی بهداشت و اطمینان از آموزش‌های فراگرفته و اندازه‌گیری فشارخون در حضور متخصص به‌عنوان همکار طرح انتخاب شد.

پرسشنامه سبک زندگی LSQ توسط لعلی و همکارانش برای اندازه‌گیری سبک‌های زندگی ساخته شده است که روایی و پایایی آن تأیید شد (۱۳).

این پرسشنامه شامل ۱۰ مؤلفه سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی می‌باشد.

پس از جمع‌بندی نمرات حاصل از این پرسشنامه افراد براساس نمره کسب شده از نظر سبک زندگی به سه گروه: ضعیف ۷۰-۱۴۰، متوسط ۲۱۰-۱۴۱ و خوب ۲۸۰-۲۱۱ دسته‌بندی شدند.

سبک زندگی متوسط و ۱۶/۴ درصد سبک زندگی ضعیف داشته‌اند و در گروه شاهد به ترتیب ۵۳ درصد سبک زندگی خوب، ۴۵/۵ درصد سبک زندگی متوسط، ۱/۵ درصد سبک زندگی ضعیف داشته‌اند که این اختلاف از نظر آماری معنادار می‌باشد ( $P\text{-Value} < 0/000$ ). نسبت جنسیت در هر دو گروه مورد و شاهد تقریباً مساوی است. همچنین از نظر وضعیت تأهل، در گروه مورد ۶۸/۹ درصد و در گروه شاهد ۷۶/۲ درصد افراد متأهل می‌باشند. از نظر وضعیت شغلی بیشترین فراوانی

در گروه مورد متعلق به مشاغل آزاد با ۴۴ درصد و در گروه شاهد متعلق به خانه‌داری با فراوانی ۴۵/۵ درصد می‌باشد. سابقه بیماری دیابت، چربی خون و فشارخون در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد است. در گروه مورد و شاهد بیش از ۷۰ درصد افراد در شهر ساکن می‌باشند. بیشترین فراوانی نمایه توده بدنی گروه مورد در محدوده اضافه وزن (۳۹/۹ درصد) و در گروه شاهد در محدوده طبیعی (۴۹/۵ درصد) می‌باشد. سن ۵۳ درصد افراد شاهد زیر ۵۰ سال و ۴۷ درصد بالای ۵۰ سال می‌باشد.

جدول ۱- اطلاعات مربوط به عوامل جمعیت شناختی

P-Value	فراوانی (درصد) شاهد	فراوانی (درصد) مورد	عوامل دموگرافیک
P-Value < 0/000	۱۰۷(۵۳)	۶۳(۳۴/۴)	سن < ۵۰
	۹۵(۴۷)	۱۲۰(۶۵/۶)	>= ۵۱
0/۱۳۶	۱۰۷(۵۶/۳)	۸۳(۴۴)	جنسیت زن
	۹۵(۴۸/۷)	۱۰۰(۵۱)	مرد
0/۵۲۹	۲۲(۴۷/۸)	۲۴(۵۲/۲)	وضعیت تأهل مجرد
	۱۵۲(۵۴/۵)	۱۳۷(۴۵/۵)	متاهل
	۲۲(۴۷/۸)	۲۴(۵۲)	همسر فوت شده
	۵(۳/۵)	۸(۶۱)	مطلقه
0/۲۵۵	۴۷(۴۷/۵)	۵۲(۵۲/۵)	تحصیلات بی سواد
	۴۵(۵۷)	۳۴(۴۳)	ابتدایی
	۴۲(۶۲/۷)	۲۵(۳۷/۳)	راهنمایی
	۳۹(۴۹/۴)	۴۰(۵۰/۶)	متوسطه
0/000	۳۹(۴۷/۵)	۳۲(۵۲/۵)	دانشگاهی
	۱۶(۵۹/۳)	۱۱(۴۰/۷)	کارگر
	۳۳(۶۴/۷)	۱۸(۳۵/۳)	کارمند
	۲(۱۶/۷)	۱۰(۸۳/۳)	کشاورز
	۳۷(۳۲/۹)	۵۵(۶۷)	آزاد
	۱۷(۴۷/۲)	۱۹(۵۲/۸)	بازنشسته
	۹۲(۶۷/۲)	۴۵(۳۲/۸)	خانه دار
	۹(۳۰)	۲۱(۷۰)	بینکار
0/۶۷۱	۱۴۷(۵۲/۱)	۱۳۵(۴۷/۹)	محل سکونت شهر
	۵۵(۵۳/۴)	۴۸(۴۶/۶)	روستا
0/۸۲۵	۱۷۱(۵۲/۹)	۱۵۲(۴۷/۱)	وضعیت مسکن شخصی
	۳۱(۵۰)	۳۱(۵۰)	استیجاری
0/۳۷۴	۶۷(۴۹/۳)	۶۹(۵۰/۷)	بعد خانوار سه نفر
	۱۳۵(۵۵/۱)	۱۱۰(۴۴/۹)	بیشتر از سه نفر
0/000	۴۱(۳۶/۶)	۷۱(۶۳/۴)	سابقه چربی یله

		۱۱۲(۴۱/۰)	۱۶۱(۵۹/۰)	خیر
		۳۸(۵۹/۴)	۳۶(۴۰/۶)	بله
سابقه دیابت	۰/۰۳۸	۱۴۵(۴۵/۲)	۱۷۶(۵۴/۸)	خیر
		۴۶(۷۱/۹)	۱۸(۲۸/۱)	بله
سابقه بیماری قلبی	۰/۰۰۰	۱۸۳(۴۷/۵)	۲۰۲(۵۲/۵)	خیر
		<۱۸/۵	۱۲(۴۴/۴)	<۱۸/۵
		۲۴/۹-۱۸/۵	۹۸(۶۱/۶)	۲۴/۹-۱۸/۵
توده بدنی	۰/۰۱۱	۷۲(۵۰-۳)	۷۱(۴۹/۷)	۲۹/۹-۲۵/۰
		>۳۰/۰	۲۰(۳۷/۷)	>۳۰/۰
		ضعیف	۳(۱/۵)	ضعیف
سبک زندگی	۰/۰۰۰	۸۸(۴۸/۱)	۹۲(۴۵/۵)	متوسط
		خوب	۱۰۷(۵۳)	خوب

جدول ۲ نشان دهنده میانگین و اختلاف میانگین ابعاد مختلف سبک زندگی در دو گروه مورد و شاهد می باشد. در کل میانگین سبک زندگی در گروه بیماران  $188/5 \pm 44/9$  و در گروه شاهد  $209/8 \pm 36/5$  می باشد. در مقایسه میانگین در افراد دو گروه (سالم و افراد با پرفشاری خون) اختلاف معنی داری در بیشتر ابعاد وجود داشت ( $P-Value < 0/05$ ). بیشترین اختلاف میانگین مربوط به بعد روان شناختی می باشد. نتایج رگرسیون تک متغیره

نشان داد تمام ابعاد سبک زندگی سالم به جز بعد ورزش و تندرستی با ابتلا به فشارخون رابطه دارد ( $P-Value < 0/05$ ). تمام ابعاد متغیرهایی  $P-Value$  آن ها کمتر از  $0/2$  بود پس همه وارد مدل چند متغیره کردیم. در نهایت مدل سازی چندمتغیره نشان داد که بعد سلامت روان شناختی ( $OR = 0/96$ ) و بعد اجتناب از داروها و مواد مخدر ( $OR = 0/92$ ) رابطه معناداری با ابتلا به فشارخون دارند ( $P-Value < 0/05$ ).

جدول ۲- آزمون تی تست مقایسه ابعاد سبک زندگی در گروه مورد و شاهد

ابعاد سلامت	میانگین امتیاز گروه مورد	میانگین امتیاز گروه شاهد	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای OR		میانگین اختلاف	P-Value	رگرسیون تک متغیره	
			Lower	Upper			P-Value	OR
بعد جسمانی	23/72 ± 5/7	25/71 ± 5/0	-9/12	-3/06	-1/99	0/000	0/93	0/000
بعد ورزش و تندرستی	14/07 ± 4/5	14/78 ± 4/9	7/33	-1/66	0/72	0/139	0/96	0/14
بعد کنترل وزن و تغذیه	18/56 ± 5/6	20/19 ± 5/4	0/51	-2/74	-1/62	0/004	0/95	0/005
بعد پیشگیری از بیماری ها	14/1 ± 3/79	15/4 ± 3/16	-5/9	-1/99	-1/29	0/000	0/90	0/000
بعد سلامت روان شناختی	24/58 ± 6/9	28 ± 5/9	-2/15	-4/730	-2/44	0/000	0/92	0/000
بعد سلامت معنوی	17/27 ± 5/15	19/7 ± 4/5	-1/49	-3/44	-2/46	0/000	0/90	0/000
بعد سلامت اجتماعی	19/6 ± 5/0	22/2 ± 4/9	-1/56	-3/66	-2/61	0/000	0/91	0/000
بعد اجتناب از داروها و مواد مخدر	19/6 ± 5/5	19/4 ± 4/3	-1/83	-2/71	-2/77	0/000	0/88	0/000
بعد پیشگیری از حوادث	20/86 ± 5/03	23/5 ± 6/2	-1/36	-9/2	-2/64	0/000	0/94	0/000
بعد سلامت محیطی	18/97 ± 5/7	20/7 ± 4/4	7/1	-2/76	-1/73	0/001	0/93	0/001
کل	188/5 ± 44/9	209/8 ± 36/5	-13/12	-29/48	-21/30	0/000	0/99	0/000

جهت انجام مدل سازی رگرسیون لجستیک چندمتغیره ابتدا تک تک متغیرها را وارد مدل تک متغیره کردیم و متغیرهایی که  $P-Value$  آن ها کمتر از  $0/2$  شد وارد مدل چندمتغیره شدند. نتایج رگرسیون لجستیک تک متغیره.

جدول ۳ نشان می دهد که متغیرهای کیفیت زندگی، سن، نمایه توده بدنی، بیماری قلبی، دیابت، چربی خون، شغل و جنس برای ورود به مدل چند متغیره مناسب هستند.

جدول ۳- عوامل مؤثر بر ابتلا به پری فشارخون با استفاده از رگرسیون تک متغیره

P-Value	OR	95 درصد فاصله اطمینان برای OR		
		Lower	Upper	
۰/۰۰۰	۰/۴۳۰	۰/۳۰۷	۰/۶۰۴	کیفیت زندگی
۰/۸۷۲	۱/۰۳۲	۰/۷۰۳	۱/۵۱۵	تاهل
۰/۰۰۰	۲/۱۴۵	۱/۴۲۲	۳/۲۳۷	سن
۰/۰۲۱	۱/۳۴۳	۱/۰۴۶	۱/۷۲۵	نمایه توده بدنی
۰/۰۰۰	۰/۲۹۱	۰/۱۶۲	۰/۵۲۵	قلبی
۰/۰۳۹	۰/۵۶۴	۰/۳۲۷	۰/۹۷۲	دیابت
۰/۰۰۰	۰/۴۰۲	۰/۲۵۵	۰/۶۳۲	چربی خون
۰/۲۴۸	۰/۷۸۲	۰/۵۱۶	۱/۱۸۶	بعد خانوار
۰/۸۸۳	۱/۰۴۲	۰/۶۰۵	۱/۷۹۴	وضعیت مسکن
۰/۷۴۲	۰/۹۳۷	۰/۵۹۰	۱/۴۵۵	محل سکونت
۰/۱۹۸	۱/۳۰۱	۰/۸۷۱	۱/۹۴۳	جنسیت
۰/۶۵۸	۱/۰۷۷	۰/۷۷۵	۱/۴۹۷	تاهل
۰/۷۶۸	۱/۰۲۱	۰/۸۸۸	۱/۱۷۵	تحصیلات
۰/۰۷۱	۰/۸۹۷	۰/۷۹۷	۱/۰۰۹	شغل

نتایج جدول ۴ نشان داد در رگرسیون لجستیک چندمتغیره پس از حذف اثر متغیرهای مخدوش‌کننده، متغیرهای سبک زندگی، سن، نمایه توده بدنی، بیماری قلبی، چربی خون، شغل و جنس رابطه معناداری با ابتلا به فشارخون دارند. طبق این نتایج نسبت خطر ابتلا به فشارخون در زنان کمتر از مردان است ( $OR=0.27$ ). نسبت خطر ابتلا به فشارخون در افراد بالای ۵۰ سال برابر افراد زیر ۵۰ سال بود. در مقایسه با افراد کارمند در بین مشاغل کمترین خطر در افراد خانه‌دار بود. نسبت خطر در افراد کارگر ( $24/36$ ) و مشاغل آزاد

( $75/61$ ) بالا بوده و در افراد بازنشسته نسبت خطر  $3/45$  می‌باشد. نسبت خطر در مقایسه با گروه مرجع در افرادی که بیماری چربی خون داشتند  $1/7$  و در افرادی که بیماری قلبی دارند  $3/5$  می‌باشد. در مقایسه با افراد با سبک زندگی خوب افراد با سبک زندگی ضعیف نسبت خطر در آن‌ها  $37/35$  و افراد با سبک زندگی متوسط  $1/88$  می‌باشد. همچنین در این مطالعه رابطه معناداری بین تأهل، بعد خانوار، وضعیت مسکن، محل سکونت و تحصیلات و ابتلا به بیماری فشارخون دیده نشد.

جدول ۴- عوامل مؤثر بر ابتلا به پرفشارخون با استفاده از رگرسیون چند متغیره

P-Value	OR	95 درصد فاصله اطمینان برای OR	متغیرها
۰/۰۰۰	۰/۰۲۷	رفرنس (۰/۰۰۶-۰/۱۲۳)	مرد* زن
۰/۰۱۴	۱/۹۸	رفرنس (۱/۱۵-۳/۴۱)	$50 \leq$ $> 51$
۰/۰۰۰	-	رفرنس	کارمند
۰/۰۰۰	۲۴/۳۶	(۴/۲۵-۱۳۹/۶۰)	کارگر
۰/۰۰۰	۷۵/۶۱	(۱۴/۷۴-۳۸۷/۷۲)	آزاد
۰/۱۰۶	۳/۴۵	(۰/۷۷-۱۵/۴۴۷)	بازنشسته
۰/۰۱۸	۰/۳۵	(۰/۱۵-۰/۸۳)	خانه دار

چربی	ندارد*	رفرنس (۰/۹۳-۳/۱۲۰)	۱/۷۱	۰/۰۸۲
قلبی	ندارد*	رفرنس (۱/۶۳-۷/۳۷)	۳/۴۷	۰/۰۰۱
نمایه توده بدنی	لاغر*	رفرنس (۰/۱۲-۰/۹۱)	-	۰/۰۰۰
	طبیعی	(۱/۹۶-۰/۲۷)	۰/۳۴	۰/۰۳۱
	اضافه وزن	(۰/۲۷-۱/۹۶)	۰/۷۳	۰/۵۳۳
سبک زندگی	چاق	(۰/۵۸-۰/۵۳)	۱/۷۹	۰/۳۰۸
	خوب	رفرنس (۱۹۸/۳۲-۷/۰۳)	-	۰/۰۰۰
	ضعیف متوسط	(۳/۱۶-۱/۱۱)	۳۷/۳۵	۰/۰۰۰
			۱/۸۸	۰/۰۱۸

### بحث و نتیجه‌گیری

سبک زندگی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سلامت با جنبه‌های مختلف سلامتی در ارتباط است (۱۴). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر مردم سبک زندگی ناسالمی دارند. سبک زندگی سالم موجب تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی فرد می‌شود (۱۵). هر چند که عوامل خاص بالینی نیز می‌توانند در ایجاد پرفشاری تأثیرگذار باشند اما پرفشاری خون می‌تواند در ارتباط با سبک زندگی نیز باشد (۱۶).

در این مطالعه ابعاد مختلف سبک زندگی شامل: بعد جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن، تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، عدم پیشگیری از حوادث و بعد سلامت محیطی در دو گروه مورد و شاهد در جنوب ایران، استان هرمزگان، شهر بندرلنگه باهم مقایسه شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین میانگین سبک زندگی افراد مورد و شاهد اختلاف معناداری وجود دارد. میانگین سبک زندگی در گروه بیماران ۱۸۸/۵ و در گروه شاهد ۲۰۹/۸ می‌باشد. در مقایسه میانگین ابعاد مختلف سبک زندگی در همه ابعاد بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری

وجود داشت. افراد سالم در این مؤلفه‌ها نمره بالاتری کسب کردند که بیانگر سبک زندگی بهتر آن‌ها نسبت به گروه افراد مبتلا به پرفشارخون است. که این نتایج با مطالعات Li و همکارانش و صابرمقدم همکارانش هم‌خوانی دارد (۱۷، ۱۸). Iseki و همکاران در مطالعه‌ای در روستاهای چین نشان دادند که مواجهه طولانی‌مدت با عوامل خطر محیطی خطر افزایش پرفشارخون را افزایش می‌دهد (۱۹).

در مقایسه ابعاد مختلف سبک زندگی در دو گروه مورد مطالعه بیشترین اختلاف در بعد روان‌شناختی بود. به‌طوری که میانگین این بعد در بیماران ۲۴/۵۸ و در گروه شاهد ۲۸ می‌باشد. این نتیجه با نتیجه سایر مطالعات که نشان داده‌اند که شیوه زندگی می‌تواند در ایجاد استرس، اضطراب و فشارهای روانی و به دنبال آن افزایش فشارخون تأثیرگذار باشد هم‌خوانی دارد (۶).

آقاملایی و همکاران نشان دادند که عوامل روان‌شناختی روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند که می‌توانند موجب مشکلات بهداشتی و بیماری گردد (۸). صابر و همکارانش نیز نشان دادند که وجود عادات رفتاری نامناسب بخصوص در زمینه کنترل استرس،

نتایج مطالعه نشان داد که نسبت خطر ابتلا به پرفشارخون در افراد چاق  $1/7$  برابر بیشتر از گروه مرجع می‌باشد که این نتیجه با نتایج سایر مطالعات که نشان داده‌اند که با افزایش شاخص توده بدنی خطر بیماری پرفشارخون نیز افزایش می‌یابد، همخوانی دارد (۱۹، ۱۴). افزایش شاخص توده بدنی به‌عنوان عامل خطری برای بیماری پرفشارخون محسوب می‌گردد. این یافته با نتیجه مطالعات برون‌مرزی و داخلی همخوانی دارد (۲۷، ۲۶، ۶، ۳).

نتایج نشان داد که خطر ابتلا به فشارخون در زنان کمتر از مردان می‌باشد. در مطالعه حسن‌دخت و همکارانش شیوع پرفشارخون در زنان بیشتر از مردان و در گروه سنی ۶۵-۵۶ سال بیشتر بود (۱۲). نتایج در مطالعه مجاهدی و همکارانش نشان داد که  $18/8$  درصد مردان و  $19/4$  درصد زنان (پرفشارخون سیستمیک داشتند (۴).

نسبت خطر ابتلا به فشارخون در افراد بالای ۵۰ سال تقریباً دو برابر افراد زیر ۵۰ سال می‌باشد. شهسواری در این مطالعه شیوع پرفشارخون در زنان بیشتر از مردان و در گروه سنی ۵۶ تا ۶۵ سال بیشتر بود (۵). سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارشات خود سن بالای ۶۵ سال را یک ریسک فاکتور برای فشارخون بالا اعلام می‌کند (۲۸).

افرادی که چربی خون و بیماری قلبی دارند خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری پرفشارخون دارند که این خطر به ترتیب  $1/7$  و  $3/5$  در مقایسه با افراد شاهد می‌باشد. در مطالعه شهسواری دیده شد که با کنترل عوامل خطر مانند فشارخون بالا، کشیدن سیگار، سطوح بالای کلسترول خون و وزن زیاد می‌توان تا حد زیادی از بروز بیماری‌های قلبی عروقی پیشگیری نمود (۵). در مطالعه بابایی سیس و همکارانش رابطه معنی‌دار تنها

فعالیت فیزیکی و مصرف نمک در بیماران مبتلا به پرفشارخون است (۱۸). معینی و همکاران دریافتند که عادات رفتاری نامناسب به‌طور قابل‌توجهی با فشارخون بالا ارتباط دارد (۶).

طبق نتایج مطالعه حاضر نسبت خطر ابتلا به فشارخون در افراد با سبک زندگی ضعیف نسبت به افراد با سبک زندگی خوب بسیار بالاتر می‌باشد و این خطر در افراد با سبک زندگی متوسط  $1/8$  می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات کلهرنیا و همکارانش، صلحی و همکارانش و Cocolini و همکارانش و Hacıhasanoglu و همکارانش هم‌راستا بود که این نشان از اهمیت سبک زندگی در ابتلا به پرفشارخون را نشان می‌دهد (۲۳-۲۰).

بابایی و همکارانش بیان کردند ارتباط منفی قوی بین سیگار کشیدن و پرفشارخون در هر دو جنس و بین مصرف الکل و پرفشارخون در مردان وجود دارد، که نتایج با پژوهش حاضر همسو می‌باشد (۲۴). نتایج در مؤلفه‌های اجتناب از داروها و مواد مخدر و ورزش و تندرستی با یافته‌های هدایتی‌نژاد و همکارانش ناهم‌سو می‌باشد (۲۵).

در مطالعه صلحی و همکارانش بر روی زنان نتایج نشان داد که ابعاد سبک زندگی افراد سالم نسبت به افراد بیمار بهتر است (۲۱). در مطالعه Chauvet-Gelinier و همکارانش در گروه فشارخون قوی‌ترین ارتباط متعلق به ابعاد بهداشت روان و سلامت معنوی بود (۱۰).

در مطالعه نریمانی و همکارانش در مقایسه سبک‌های زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد که بیانگر سبک زندگی بهتر گروه افراد سالم نسبت به گروه افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود (۳). همچنین نتایج نشان داد که با بهبود سبک زندگی می‌توان میزان فشارخون بیماران را کاهش داد (۲).



### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین و پرسنل شبکه بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان بندرلنگه و همچنین معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان تشکر و قدردانی نمایند.

### تأییدیه اخلاقی

این مطالعه دارای تأییدیه اخلاقی به شماره IR.HUMS.REC.1398.440 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی علوم پزشکی هرمزگان ثبت شده است.

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

### سهم نویسندگان

فایقه زارعی (نویسنده اول) طراحی مطالعه و تهیه نسخه اصلی مقاله، ۳۰ درصد، مریم کریمی جابری (نویسنده دوم) نگارش بحث، ۲۰ درصد، شکراله محسنی (نویسنده سوم) آنالیز داده‌ها ۱۵ درصد؛ محبوبه ولایتی (نویسنده سوم) جمع‌آوری داده‌ها ۱۰ درصد و ورود داده‌ها به نرم افزار؛ مریم نصاری (نویسنده دوم) جمع‌آوری داده‌ها، ۵ درصد؛ عبدالحسین مدنی (نویسنده چهارم و مسئول) تعیین حجم نمونه، طراحی اولیه مطالعه ۲۰ درصد.

### حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد.

بین هیپرتری‌گلیسریدمیا و پرفشاری خون وجود داشت (۲۴).

طبق رگرسیون چندمتغیره در این مطالعه رابطه معناداری بین دیابت و بیماری پر فشارخون دیده نشد. در مطالعه شهسواری شیوع بالایی از چاقی، هایپرلیپیدمی و دیابت در بین افراد مبتلا به فشارخون در مقایسه با افرادی که فشارخون نداشتند وجود داشت (۴). رفتار و سبک زندگی ناسالم در بروز بیماری‌های مزمن از جمله قلبی عروقی پرفشاری خون، سرطان، ایدز و چاقی و... به عنوان یک عامل خطر مهم بیش از شرایط پزشکی و استعدادهای ژنتیکی تأثیرگذار می‌باشد (۲۰، ۱۹).

مطالعات اخیر بیان کرده است سبک زندگی سالم جز اساسی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد. در مطالعه حاضر شغل نیز از عوامل مؤثر بر ابتلا به فشارخون می‌باشد که در مقایسه مشاغل کمترین خطر در افراد خانه‌دار بود که با نتایج پژوهش صابر و همکاران هم‌راستا بود (۱۸).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود در مراکز بهداشتی، کارشناسان روانشناسی و مراقبین سلامت آموزش‌های لازم را در زمینه مهارت‌های کنترل استرس و کسب مهارت‌های مدیریت احساسات فردی و همچنین آموزش‌های لازم در زمینه عدم مصرف خودسرانه دارو و عدم مصرف مواد مخدر و مواد الکلی به جمعیت تحت پوشش داده شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر مقطعی بودن آن بود. چرا که اقدامات بهداشتی زمانی مؤثر خواهد بود که طی یک برنامه درازمدت کنترل بیماری را امکان‌پذیر سازد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه عدم دسترسی محقق به امکانات لازم جهت انجام مطالعه در کل استان بود.

## References

- Babaei S, Shakibazadeh E, Shojaeizadeh D, Yaseri M, Mohamadzadeh A. Effectiveness the theory-based intervention based on health belief model on health promotion lifestyle in individuals susceptible to cardiovascular diseases. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2020; 8(3):224-39. [Persian] DOI: 10.29252/ijhehp.8.3.224
- Gangi S, Peyman N, Meysami Bonab S, Esmaily H. Comparative study of two methods of fluid therapy with Ringer's Lactate and Ringer's solution. *Med J of Mashhad Uni Med Sci.* 2018; 60(6):792-803. [Persian] DOI: 10.22038/MJMS.2018.10784
- Narimani M, Mahmoodzadeh S, Basharpour S. Comparing stress reactivity, coping and life styles in people with and without Insomnia. *J Health.* 2018; 9(5):549-64. [Persian] DOI: 10.29252/j.health.9.5.549
- Mojahedi MJ, Hami M, Shakeri MT, Hasani MH, Ahadi M. The prevalence and related risk factors of hypertension in young adults in Mashhad hypertension in young adults. *Med J of Mashhad Uni Med Sci.* 2015; 58(5):252-7. [Persian] DOI: 10.22038/mjms.2015.4742
- Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. *Iranian J Cardio Nurs.* 2013; 2(2):14-21. [Persian]
- Moeini M, Hosseini HA, Maleki F, SHarifi Rad GH. The effect of an educational plan based on the health belief model on salt consumption of the women at hypertension risk. *Nurs Midwifery.* 2014;12(2):94-100. [Persian]
- Mansoorian M, Qorbani M, Shafieyan N, Asayesh H, Shafieyan Z, Maghsodloo D. Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan. *JHPM.* 2012; 1(2):23-8. [Persian]
- Aghamolaei T, Hossaini FS, Farshidi H, Madani A, Ghanbarnejad A. Lifestyle of patients with high blood pressure in rural areas of Jahrom, Iran. *J Prevent Med.* 2014; 1(1):1-9. [Persian]
- Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of elderly people: Qualitative Study. *Iranian J Ageing.* 2013; 7(4):47-58. [Persian]
- Chauvet-Gelinier JC, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med.* 2017; 60(1):6-12. DOI: 10.1016/j.rehab.2016.09.002
- Khosravi A, Kelishadi R, Sarrafzadegan N, Boshtam M, Nouri F, Zarfeshani S, Esmailzadeh A. Impact of a community-based lifestyle intervention program on blood pressure and salt intake of normotensive adult population in a developing country. *J Res Med Sci.* 2012; 17(3):235-41. PMID: PMC3527040
- Hasandokht T, Farajzadegan Z, Siadat ZD, Paknahad Z, Rajati F. Lifestyle interventions for hypertension treatment among Iranian women in primary health-care settings: Results of a randomized controlled trial. *J Res Med Sci.* 2015; 20(1):54-61. PMID: PMC4354066
- Lali M, Abedi A, Kajbaf Mb. Construction and Validation of the Lifestyle Questionnaire (LSQ). *Psychol Res.* 2012; 15(1):64-81. [Persian]
- Lingard H, Turner M. Promoting construction workers' health: A multi-level system perspective. *Construct Manag Econ.* 2017; 35(5):239-53. DOI: 10.1080/01446193.2016.1274828
- Abdi J, Eftekhari H, Mahmoodi M, Shojaeizadeh D, Sadeghi R. Lifestyle of employees working in Hamadan departments: An application of the trans- theoretical model. *J Educ Community Health.* 2014; 1(1):46-54. [Persian] DOI: 10.20286/jech-010146
- Bohman T, Alfredsson L, Jensen I, Hallqvist J, Vingård E, Skillgate E. Does a healthy lifestyle behaviour influence the prognosis of low back pain among men and women in a general population? A population-based cohort study. *BMJ Open.* 2014; 4(12):e005713. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005713
- Li N, Chen G, Liu F, Mao S, Liu Y, Hou Y, et al. Associations of long-term exposure to ambient PM1 with hypertension and blood pressure in rural Chinese population: The henan

- rural cohort study. *Environ Int.* 2019; 128:95-102. DOI: 10.1016/j.envint.2019.04.037.
18. Saber Moghadam Ranjbar M, Rajabzade R, Nasiry Zarin Ghabaee D. Relationship of lifestyle and hypertension in administrative employees in Bojnurd rural areas. *JNKUMS.* 2014; 5(4):785-91. [Persian] DOI: 10.29252/jnkums.5.4.785
  19. Iseki K, Asahi K, Yamagata K, Fujimoto S, Tsuruya K, Narita I, et al. Mortality risk among screened subjects of the specific health check and guidance program in Japan 2008-2012. *Clin Exp Nephrol.* 2017; 21(6):978-85. DOI: 10.1007/s10157-017-1392-y
  20. Kalthornia Golkar M, Banijamali S, Bahrami H, Hatami H.R, Ahadi H. Effectiveness of mixed therapy of stress management training and spiritual therapy on level of blood pressure, anxiety and quality of life of high blood pressure patients. *J Clinic Psycho.* 2014; 6(3):1-11. [Persian]
  21. Solhi M, Nejhaddadgar N, Masoum Alizadeh A. Lifestyle of employees working in an Ardebil University of Medical Sciences. *Iran J Epidemiol.* 2016; 12(3):29-35. [Persian]
  22. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51(6):833-43. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.010
  23. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs.* 2011; 20(5-6):692-705. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x
  24. Babaei-Sis M, Ranjbaran S, Mahmoodi H, Babazadeh T, Moradi F, Mirzaeian K. The Effect of Educational Intervention of Life Style Modification on Blood Pressure Control in Patients with Hypertension. *J Educ Community Health.* 2016; 3(1):12-9. [Persian] DOI: 10.21859/jech-03012
  25. Hedayatinejad M, Hedayatinejad E, Fayazi S, Zarea K. The prevalence of hypertension and its relation to age, body mass index, and physical activity among high school girls in Daniel Susa, Iran 2014. *Jundishapur J Chronic Dis Care.* 2016; 5(1):e29020. [Persian] DOI: 10.17795/jjcdc-29020
  26. Maheri AB, Bahrami MN, Sadeghi R. The situation of health-promoting lifestyle among the students living in dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *J Health Dev.* 2013; 1(4):275-86. [Persian]
  27. Mohammadi M, Mehri A. Application of the transtheoretical model to predict exercise activities in the students of Islamic Azad University of Sabzevar. *AUMJ.* 2012; 1(2):85-92. DOI: 10.18869/acadpub.aums.1.2.85
  28. World Health Organization. Hypertension. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

# Lifestyle of people with hypertension: a case-control study

Fayegheh Zareei<sup>1</sup> Maryam Karimi Jaber<sup>1</sup> Shokroallah Mohsseni<sup>1</sup> Mahboubeh Velayati<sup>1</sup>  
Maryam Nasari<sup>1</sup> Fatemeh Amiri<sup>1</sup> Abdolhossain Madani<sup>1\*</sup>

1. Department of Public Health, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

## Abstract

**Introduction:** High blood pressure is one of the most common non-communicable diseases that is caused by unhealthy lifestyle. The aim of this study was to assess the lifestyle of people with hypertension and compare it with healthy people in Bandar-e-Lengeh city.

**Methods:** In this cross-sectional descriptive-comparative study, 385 people (183 patients with a history of hypertension and 202 healthy people), who referred to Bandar-e-Lengeh health centers in year 1398, were selected using a combined sampling method as the study sample. The data collection tool was a questionnaire with three parts including demographic information and disease history, clinical examinations, and LSQ lifestyle questionnaire. Data analysis was performed using SPSS software and univariate and multivariate logistic regression. A P-Value of  $<0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** The results showed that the mean age in the group with hypertension was  $55.30 \pm 13.16$  years and in the healthy group it was  $49.23 \pm 12.69$  years. Among the life style dimensions, psychological health ( $R = 0.96$  and P-Value  $<0.05$ ) and avoiding the use of drugs and narcotics ( $R = 0.92$  and  $0.05$ ). P-Value  $<0.05$ ) had the highest correlation with the blood pressure.

**Conclusion:** According to the findings, health can be improved by improving the dimensions of lifestyle. Therefore, health policymakers need to look at lifestyle dimensions to identify high-risk groups, increase screening efficiencies, and promote the health.

**Key Words:** lifestyle, blood pressure, physical health, mental health.

Original Article

Received: 7Apr 2021

Accepted: 28 Apr 2021

**Citation:** Zareei F, Karimi Jaber M, Mohsseni SH, Velayati M, Nasari M, Amiri F, Madani A. Lifestyle of people with hypertension: a case-control study. *JPM*. 2021; 8(1):58-69.

**Correspondence:** Abdolhossain Madani, Department of Public Health, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

Tel: +98 7633336202

Email: shmd\_md@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-8150-6905