



بررسی سبک زندگی مبتلایان به افزایش فشارخون در مراجعین به درمانگاه های قلب وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

مرتضی معنوی فر: استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران (* نویسنده مسئول) manavifar@mshdiau.ac.ir
عصمت آسایی: استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
محمد رضا گنابادی: دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

سبک زندگی،
پرفشاری خون،
بیمار

زمینه و هدف: سبک زندگی زنجیره‌ای پویا در تمام ابعاد زندگی انسان بوده و به عنوان عاملی مهم در تعدیل پرفشاری خون مطرح می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی سبک زندگی مبتلایان به افزایش فشارخون در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۶۷ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه نیم‌رخ رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بود. $BP \leq 140/90$ مبتلا به پرفشاری خون در نظر گرفته می‌شود. اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS ۷.22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش ابعاد مختلف سبک زندگی بیماران شامل تغذیه، مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی، ارتباطات بین فردی و کنترل تنش مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین نمرات در ابعاد مختلف سبک زندگی بیماران نامطلوب بود. با توجه به نتایج آزمون پارامتری t نمره بعد مسئولیت‌پذیری سلامت در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان بود ($p < 0.05$). نتایج نشان داد بین سن و نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: فعالیت فیزیکی نامطلوب، تنش، پائین بودن سطح مسئولیت‌پذیری سلامت از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بروز پرفشاری خون در این افراد می‌باشد و نیاز است مسئولین سازوکار مداخله‌ای مستمر جهت تغییر در رفتارهای فردی و سبک زندگی مناسب اتخاذ نمایند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد مشهد

شیوه استناد به این مقاله:

Manavifar M, Asaei E, Gonabadi MR. Evaluation of the lifestyle of patients with hypertension who referred to heart clinics affiliated to Islamic Azad University of Mashhad. Razi J Med Sci. 2019;26(3):51-58.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 1.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/1.0/) صورت گرفته است.



Original Article

Evaluation of the lifestyle of patients with hypertension who referred to heart clinics affiliated to Islamic Azad University of Mashhad

© **Morteza Manavifar**, Assistant Professor, Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Mashhad, Iran (*Corresponding author) manavifar@mshdiau.ac.ir
Esmat Asaei, Assistant Professor, Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Mashhad, Iran
Mohammad Reza Gonabadi, Medical student, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

Abstract

Background: Life style is composed of a chain of active parameters in all dimensions of human life and one of the most important health criteria moderated when life style has been changed. The aim of this investigation was to evaluate the lifestyle of patients with hypertension who referred to heart clinics.

Methods: In this descriptive-analytical study 67 patients with hypertension who referred to heart clinics affiliated to Islamic Azad university of Mashhad were selected based on random convenience sampling. Primary data gathering tool was health promoting Lifestyle profile. $BP \geq 90/140$ was considered as hypertensive. The data were analyzed through SPSS software v. 22.

Results: In this research various aspects of the lifestyle of patients, including nutrition, health responsibility, physical activity, spiritual growth, interpersonal communication and control of stress were evaluated. Average scores on different aspects of lifestyle patients were undesirable. Score of health responsibility in women was significantly greater than men ($p > 0.05$). Results indicated significant relationship between age and total score of health behaviors ($p > 0.05$).

Conclusion: Undesirable physical activity, stress, low levels of health responsibility are among the factors influencing the incidence of hypertension. Implementing ongoing intervention programs by official bodies to change individual behaviors and lifestyle seems to be required.

Conflicts of interest: None

Funding: Medical Faculty-Islamic Azad University of Mashhad

Keywords

Lifestyle,
Hypertension,
Patient

Received: 10/12/2018

Accepted: 08/04/2019

Cite this article as:

Manavifar M, Asaei E, Gonabadi MR. Evaluation of the lifestyle of patients with hypertension who referred to heart clinics affiliated to Islamic Azad University of Mashhad. Razi J Med Sci. 2019;26(3):51-58.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 1.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

دخانیات و الکل، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه می‌باشد (۵). در مطالعه صابر مقدم و همکاران (۶) بین وضعیت فشارخون و متغیرهای سن، وزن، قد، وضعیت تأهل، ورزش، تغذیه و استرس از نظر آماری رابطه معنی‌دار مشاهده شد.

از آنجایی که سبک زندگی جزء عوامل خطر قابل تعدیل پرفشاری خون محسوب می‌شود و می‌توان با افزایش آگاهی و تغییر سبک زندگی، به پیشگیری و درمان بیماری کمک نمود (۳)، لذا با انجام مطالعات بیشتر در این خصوص و شناخت دقیق‌تر چگونگی ارتباط این دو با یکدیگر، احتمال آن می‌رود که بتوان در پیشگیری و کنترل این معضل مؤثر واقع شد، بنابراین هدف از این مطالعه بررسی سبک زندگی مبتلایان به افزایش فشارخون در مراجعین به درمانگاه‌های قلب وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی می‌باشد که طی آن، تعداد ۶۷ نفر از بیماران دارای پرفشاری خون، مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد که شامل بیمارستان‌های آریا، ۲۲ بهمن، فارابی، ۱۷ شهریور می‌باشد، به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شد. قبل از ورود به مطالعه، توضیحاتی در مورد عنوان طرح تحقیقاتی و اهداف آن برای بیماران داده شد، سپس فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح در اختیار آنان قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران مبتلا به پرفشاری خون با فشارخون حداقل، سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ و دیاستولیک بالاتر از ۹۰ که توسط پزشک تأیید شده است، استفاده از داروهای کاهنده فشارخون و داشتن سن ۳۰ تا ۵۵ سال می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: زنان باردار و افراد مصرف‌کننده داروهای افزایش‌دهنده فشارخون از قبیل کورتیکواستروئیدها می‌باشد.

پرفشاری خون یکی از بزرگ‌ترین مشکلات مزمن بهداشتی جهان است. این بیماری به وجود فشارخون سیستولیک بالای ۱۴۰ و دیاستولیک بالای ۹۰ گفته می‌شود. بیش از ۶۰ میلیون نفر در امریکا و یک میلیارد نفر در دنیا به بیماری پرفشاری خون مبتلا هستند. تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۵ حدود ۱/۵ میلیارد نفر در دنیا مبتلا به این بیماری شوند (۱). میزان شیوع این بیماری در کشور ما ایران در مناطق مختلف متفاوت است در پژوهش‌های انجام شده، شیوع بیماری فشارخون در شهرهای بزرگ ایران ۱۱٪ است. اگرچه در شهرهایی مثل زابل ۱۳/۹٪ و سمنان ۲۱٪ و تهران ۳۸٪ می‌باشد (۲).

شرایط محیطی و ژنتیکی جز تفاوت‌های منطقه‌ای و نژادی فشارخون هستند و در شیوع فشارخون نقش دارند. مطالعات در جوامع در حال توسعه نشان‌دهنده نقش چاقی و اضافه وزن به عنوان ۲ عامل مستقل در بروز هایپرتانسیون می‌باشند. طبق تحقیقات ۶۰ درصد از مبتلایان به هایپرتانسیون بیش از ۲۰٪ اضافه وزن دارند.

از عوامل محیطی تأثیرگذار می‌توان به شغل، مصرف الکل، تعداد افراد خانواده و زندگی در محیط‌های پرجمعیت، شهرنشینی، تنش‌های فیزیولوژیکی اشاره نمود (۳).

بیماری فشارخون بالا از جمله بیماری‌های غیر واگیری 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 (۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سبک زندگی نامطلوب بیشتر از سایر شرایط طبی و ژنتیکی در ایجاد بیماری‌های مزمن از قبیل فشارخون نقش دارد، به طوری که سبک زندگی سالم جزء اساسی در پیشگیری از بیماری فشارخون به شمار می‌رود. سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال

است.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۶۷ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون برای بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی صورت گرفته است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۳۳ نفر مرد (۴۹/۳٪) و ۳۴ نفر زن (۵۰/۷٪) می‌باشند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۳۹±۱۰/۹۸ سال، میانگین سنی مردان ۳۸/۸۸±۱۰/۸۹ سال و میانگین سنی زنان ۳۹/۱۲±۱۱/۲۳ سال می‌باشد.

نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران مورد بررسی ۱۷/۷۴±۱۲۲/۸۷، نمره بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی ۳/۹۹±۲۱/۳۶، نمره بعد فعالیت فیزیکی ۵/۶۲±۱۵/۲۸، نمره بعد تغذیه ۴/۳۷±۲۱/۴۸، نمره بعد رشد معنوی ۵/۱±۲۳/۰۴، نمره بعد ارتباطات بین فردی ۳/۶۶±۲۴/۱ و نمره بعد کنترل تنش ۳/۹±۱۷/۶ می‌باشد.

میانگین بعد فعالیت فیزیکی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون ۰/۷±۱/۹۱ بود. در این بعد اکثریت بیماران به سؤالات مربوطه درباره میزان ورزش منظم، شدید و یا حتی متوسط و سبک پاسخ هرگز را داده‌اند. میانگین بعد تغذیه در بیماران مبتلا به پرفشاری خون ۰/۴۸±۲/۳۹ بود. بیماران به اکثریت سؤالات حوزه‌ی تغذیه پاسخ گاهی اوقات را داده، فقط در خصوص سؤال خوردن صبحانه ۳۷/۳٪ اعلام داشته‌اند که همیشه صبحانه می‌خورند و همین تعداد نیز پاسخ داده‌اند که اکثر اوقات ۲ تا ۳ وعده لبنیات را روزانه مصرف می‌کنند.

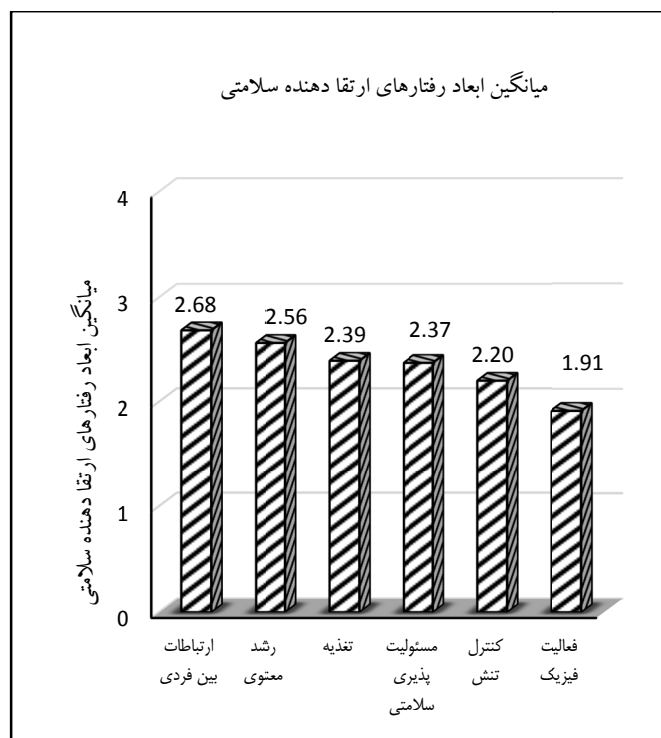
میانگین بعد کنترل تنش در بیماران مبتلا به پرفشاری خون ۰/۴۹±۲/۲ بود. اکثریت افراد اعلام کرده‌اند که هرگز از راه‌های کنترل تنش مانند اختصاص دقایقی از روز به آرام‌سازی و شل کردن عضلات، یوگا و یا سایر روش‌های خاص استفاده نکرده‌اند (نمودار ۱).

با توجه به نتایج جدول شماره ۱، نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در زنان کمتر از مردان است، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p=0/728$). در بین ابعاد پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، نمره بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی به‌طور معناداری در زنان

بیماران در صورت دارا بودن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. در این مطالعه از پرسشنامه (نیمرخ رفتارهای ارتقادهنده سلامتی) "Health promoting lifestyle profile ii" استفاده شد. عیسی محمدی و همکاران (۷) در سال ۱۳۹۰ روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را بررسی کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای زیرشاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. هم‌چنین روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه مروتی و همکاران (۸) به تأیید رسیده است ($\alpha=0/87$). این پرسشنامه شامل سؤالات جمعیت‌شناسی و سؤالات ارتقادهنده سلامتی است که شامل ۵۲ سؤال می‌باشد. پاسخ‌های هر سؤال شامل طیف "هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه" می‌باشد و فراوانی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را در ۶ بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹ سؤال ۴ امتیازی)، فعالیت فیزیکی (۸ سؤال ۴ امتیازی)، تغذیه (۹ سؤال ۴ امتیازی)، رشد معنوی (۹ سؤال ۴ امتیازی)، ارتباطات بین فردی (۹ سؤال ۴ امتیازی) و کنترل تنش (۸ سؤال ۴ امتیازی) اندازه‌گیری می‌کند.

در این پرسشنامه سؤالات "۳۹،۳۳،۲۷،۲۱،۱۵،۳،۴۵،۵۱" مربوط به بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی، سؤالات "۴۰،۴۶،۳۴،۲۸،۲۲،۱۶،۱۰،۴" مربوط به بعد فعالیت فیزیکی، سؤالات "۴۴،۳۸،۳۲،۲۶،۲۰،۱۴،۲۰،۵۰" مربوط به بعد تغذیه، سؤالات "۴۸،۴۲،۳۶،۳۰،۲۴،۱۸،۱۲،۶" مربوط به بعد رشد معنوی، سؤالات "۴۹،۴،۳۷،۳۱،۲۵،۱۹،۱۳،۱۰،۷" مربوط به بعد ارتباطات بین فردی و سؤالات "۴۷،۴۱،۳۵،۲۹،۲۳،۱۷،۱۱،۵" مربوط به بعد کنترل تنش هستند.

پس از تکمیل پرسشنامه، داده وارد نرم‌افزار آماری IBM-SPSS v.22 شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون یک نمونه‌ای کلموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) با اصلاح لی لی فرس (Lilliefors) مورد بررسی قرار گرفت که با تأیید نرمال بودن از روش‌های پارامتری مناسب مانند آزمون استیودنت و آنالیز واریانس استفاده شد و در صورت نرمال نبودن داده‌ها، آزمون من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده



نمودار ۱- نمودار میله‌ای میانگین ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی

جدول ۱- توزیع نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و ابعاد آن برحسب جنسیت

متغیر	نمره	انحراف معیار \pm میانگین	محدوده تغییرات	مقدار آماره	مقدار احتمال
نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	زن	122/09 \pm 16/81	100-186	t=-0/35	0/728
	مرد	123/62 \pm 18/82	92-167		
نمره مسئولیت پذیری سلامتی	زن	22/54 \pm 3/9	15-32	t=2/49	0/015*
	مرد	20/21 \pm 3/78	13-32		
نمره فعالیت فیزیکی	زن	14/88 \pm 5/59	8-27	t=-0/58	0/566
	مرد	15/68 \pm 5/71	8-29		
نمره تغذیه	زن	20/76 \pm 4/81	12-34	t=-1/34	0/186
	مرد	22/18 \pm 3/84	15-33		
نمره رشد معنوی	زن	22/39 \pm 4/98	12-33	t=-1/02	0/31
	مرد	23/68 \pm 5/28	13-34		
نمره ارتباطات بین فردی	زن	23/97 \pm 3/73	17-33	t=-0/29	0/769
	مرد	24/23 \pm 3/65	17-32		
نمره کنترل تنش	زن	17/54 \pm 3/63	12-27	t=-0/11	0/916
	مرد	17/65 \pm 4/2	11-28		

وجود ندارد ($p > 0/05$) (جدول ۲).
 با توجه به ضرایب همبستگی ذکر شده در جدول ذیل، ارتباط معناداری بین سن و نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی کاهش معناداری دارد ($p < 0/05$). در بین ابعاد این پرسشنامه نیز، بین بعد مسئولیت پذیری سلامتی،

بیشتر از مردان است ($p = 0/015$). نمره سایر ابعاد در مردان بیشتر از زنان است، اما اختلاف معناداری بین دو جنس وجود ندارد ($p > 0/05$) (جدول ۱).

نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و ابعاد مسئولیت پذیری سلامتی و فعالیت فیزیکی در افراد با تحصیلات فوق دیپلم بیشتر از سایر افراد است اما ارتباط معناداری بین رفتارها با تحصیلات بیماران مورد مطالعه

جدول ۲- توزیع نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و ابعاد آن برحسب تحصیلات

متغیر	نمره	انحراف معیار \pm میانگین	محدوده تغییرات	مقدار آماره کروسکال-والیس	مقدار احتمال
نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	بیسواد	۱۲۰/۲۵ \pm ۱۷/۶۳	۱۰۶-۱۴۶	۶/۷۲	۰/۳۴۸
	ابتدایی	۱۱۵ \pm ۱۲/۸۸	۹۳-۱۳۶		
	راهنمایی	۱۲۳/۸ \pm ۱۵/۴۲	۱۰۲-۱۵۱		
	دیپلم	۱۲۸/۳۱ \pm ۱۹/۰۶	۱۰۰-۱۶۷		
	فوق دیپلم	۱۳۱/۶۲ \pm ۲۵/۸۹	۹۶-۱۸۶		
	لیسانس	۱۱۵/۷۵ \pm ۱۶/۶۴	۹۲-۱۴۴		
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۲۰/۵ \pm ۱۰/۰۱	۱۱۱-۱۳۳		

جدول ۳- همبستگی نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و ابعاد آن با سن

متغیر	نوع ضریب همبستگی	مقدار ضریب	سن	مقدار احتمال
نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	پیرسون	-۰/۴۲۶		<۰/۰۰۰۱**
نمره بعد مسئولیت پذیری سلامتی	پیرسون	-۰/۲۹۷		۰/۰۱۵*
نمره بعد فعالیت فیزیکی	پیرسون	-۰/۰۶۸		۰/۵۸۶
نمره بعد تغذیه	پیرسون	-۰/۴۶۳		<۰/۰۰۰۱**
نمره بعد رشد معنوی	پیرسون	-۰/۳۴۶		<۰/۰۰۰۱**
نمره بعد ارتباطات بین فردی	پیرسون	-۰/۳۸۸		۰/۰۰۱**
نمره بعد کنترل تنش	پیرسون	-۰/۱۹۸		۰/۱۰۷

سلامتی و فعالیت فیزیکی با تحصیلات و جنسیت ارتباط معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$).

ارتباط معناداری بین سن و نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی کاهش معناداری دارد ($p < 0.05$).

در این پژوهش در بعد فعالیت فیزیکی اکثریت بیماران به سؤالات مربوط به ورزش منظم، شدید و یا حتی متوسط پاسخ هرگز را داده‌اند و این به آن معناست که این بیماران از سطح مطلوبی در رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در حوزه فعالیت فیزیکی برخوردار نیستند. در مطالعه صابرمقدم و همکاران افراد شرکت کننده دارای سبک زندگی متوسط در بعد ورزش و فعالیت فیزیکی بوده‌اند (۶). این در حالی بود که مطالعه باروق (۹)، نجار (۱۰)، منصوریان (۱۱) و lindquist (۱۲) نیز اکثریت افراد سبک زندگی نامطلوبی در بعد ورزش و فعالیت فیزیکی داشته‌اند.

در مطالعه حاضر در بعد تغذیه افراد دارای سبک زندگی نامطلوب می‌باشند. ۵۸/۲٪ از بیماران در مورد رژیم غذایی سدیم و روغن اطلاعات کافی نداشتند. در

تغذیه، رشد معنوی و ارتباطات بین فردی با سن رابطه‌ی معکوس معناداری وجود دارد ($p < 0.05$) (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

اصلاحاتی در سبک زندگی که روی فشارخون اثر مطلوب دارند هم در پیشگیری و هم در درمان این بیماری مفید هستند. در مبتلایان به فشارخون حتی اگر این اصلاحات نیاز به استفاده از دارو را مرتفع نسازند، حداقل دوز و تعداد داروهای مصرفی جهت کنترل پرفشاری خون را تعدیل می‌کند.

سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد از شرایط مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که در بعد فعالیت فیزیکی اکثریت بیماران به سؤالات مربوط به ورزش منظم، شدید و یا حتی متوسط پاسخ هرگز را داده‌اند، در بعد تغذیه بیش از نیمی از بیماران در مورد رژیم غذایی سدیم و روغن اطلاعات کافی نداشتند. در مطالعه حاضر بین نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و ابعاد مسئولیت‌پذیری

وابسته به تأمین اجتماعی صورت گرفت که اکثراً سطح فرهنگی و تحصیلی پایین‌تر داشتند همچنین تعداد افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه زیدی و همکاران بسیار کمتر می‌باشد.

در بررسی متغیر سن با رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مطالعه حاضر، رابطه معناداری وجود داشت، به طوری که افراد با سنین بالاتر در ابعاد مسئولیت‌پذیری سلامت، تغذیه، ارتباطات بین فردی و رشد معنوی نیازمند آموزش و توجه بیشتری می‌باشند که با یافته‌های مطالعه صابر مقدم و همکاران (۶)، مطالعه‌ی باروق و همکاران (۹) و منصوریان و همکاران (۱۱) هماهنگ می‌باشد. از طرف دیگر بین بعد فعالیت فیزیکی و سن رابطه معناداری دیده نشد که می‌تواند نشانی از کیفیت نامطلوب سبک زندگی در بعد فیزیکی در بیماران با سنین مختلف است.

نتایج این پژوهش نشان داد که سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد از شرایط مطلوبی برخوردار نیست.

در این پژوهش یافته‌ها نشان می‌دهند که مهم‌ترین عوامل وجود بیماری پرفشاری خون، عادات‌های رفتاری غلط و نامناسب بخصوص در زمینه مصرف نمک، غذاهای پرچرب، تنش بالا و فعالیت فیزیکی پایین است. بنابراین با توجه به یافته‌های این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که سبک زندگی در افراد دارای پرفشاری خون نامطلوب بوده و می‌تواند به عنوان یک رکن اساسی در بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن، من جمله پرفشاری خون نقش اساسی داشته باشد. نتایج این تحقیق می‌تواند برای مراقبین سیستم بهداشت و درمان این استان و نیز سیستم‌های مدیریتی ادارات کمک‌کننده باشد که بیش از پیش، زمینه اتخاذ سبک زندگی بهداشتی و عادات رفتاری صحیح، آموزش‌ها و مداخلات لازم را برای بیماران پرفشاری خون و سایر افراد جامعه مدنظر قرار دهند تا بیماران ضمن کنترل فشارخون خود تشویق گردند که در رفتارهای غیر بهداشتی خود تغییر ایجاد کرده و از عوارض پرفشاری خون پیشگیری نمایند و یا حداقل آن‌ها را به تعویق بیندازند.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر پرسشنامه‌های

مطالعه نجار و همکاران (۱۰) نیز در گروه مورد ۴۵٪ از بیماران تمایل به استفاده از غذاهای شور داشته‌اند که تا حدودی با یافته‌های حاصل از این پژوهش نیز همخوانی دارد. ۶۲/۷٪ از بیماران نیز به سؤال مربوط به مصرف روزانه ۲-۴ وعده میوه‌جات پاسخ هرگز یا گاهی اوقات را داده بودند. فقط در خصوص سؤال خوردن صبحانه ۳۷/۳٪ اعلام داشته‌اند که همیشه صبحانه می‌خورند و همین تعداد نیز پاسخ داده‌اند که اکثر اوقات ۲ تا ۳ وعده لبنیات را روزانه مصرف می‌کنند. نتایج این مطالعه در بعد تغذیه با نتایج حاصل از مطالعه باروق هماهنگی دارد چرا که در پژوهش مذکور در اکثریت موارد، گروه مورد دارای عادات تغذیه‌ای نامطلوب بوده‌اند (۹) که با نتایج حاصل از مطالعه علی اکبر رفاهی (۱۳) و منصوریان (۱۱) نیز هماهنگ می‌باشد. علت این امر می‌تواند عدم آگاهی افراد در ارتباط با تأثیر رژیم غذایی بر کاهش فشارخون باشد.

در بعد مسئولیت‌پذیری سلامت، ۴۱/۸٪ از بیماران حداقل ماهی یک بار برای معاینه به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و ۴۹/۳٪ در برنامه‌های آموزشی درباره بهداشت فردی شرکت نمی‌کنند. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت جامعه مورد مطالعه در بعد مسئولیت‌پذیری سلامت به علت شرایط پائین اقتصادی و فرهنگی در سطح کیفی نسبتاً نامطلوبی به سر می‌برند و نیازمند دریافت اطلاعات دقیق‌تر و آموزش صحیح پیرامون مسائل بهداشتی درمانی می‌باشد. در بین ابعاد پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، نمره بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی به‌طور معناداری در زنان بیشتر از مردان است ($p=0/015$) که این یافته نشان‌دهنده توجه بیشتر زنان به سلامت جسمی است. در مطالعه منصوریان در بعد مسئولیت‌پذیری سلامت، بین گروه شاهد و مورد اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و هر دو گروه از سطح مطلوبی برخوردار نبودند (۱۱).

در مطالعه حاضر بین تحصیلات، با رفتارهای ارتقادهنده سلامت رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعه محمدی زیدی و همکاران مغایرت دارد (۷). به نظر می‌رسد این اختلاف مربوط به جامعه مورد مطالعه باشد، چرا که مطالعه حاضر بر روی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های

Tibet. Clin Experim Hyperten; 2012.34(5):328-33.

5. Dong GH, Sun ZQ, Zhang XZ, Li JJ, Zheng LQ, Li J, et al. Prevalence, awareness, treatment & control of hypertension in rural Liaoning province, China. India J Med Res; 2008.128(2):122.

6. Saber Moghaddam M, Rajabzade R, Nasiri D. Relationship of lifestyle and Hypertension in administrative employees in Bojnourd rural areas. J North Khorasan Uni Med Sci; 2013.5(4):758-791.

7. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Uni Med Sci; 2012.21(1):102-13.

8. Morvati Sharifabad M, Babai G, Haidarnia A, Ghofranipour F. Perceived religious Support from health promotion life style and situational behavior in elderly 65 years and older Of Yazd city. Yazd Uni Med Sci J; 2005.12:23-9.

9. 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.

10. Najar L, Heydari A, Behnam VH. The relationship between Lifestyle and Essential Hypertension in Sabzevar, Iran. Journal; 2004.1(2):33-9.

11. Mansoorian M, Qorbani M, Shafieyan N, Asayesh H, Shafieyan Z, Maghsodloo D. Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan. J Health Prom Manag; 2012;1(2):23-8.

12. Lindquist TL, Beilin LJ, Knuiman MW. Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. Hypertension; 1997.29(1):1-7.

13. Refahi S, Shamsi A, Ebadi A, Saeed Y, Moradi A. Comparison of military and civilian life style of people with hypertension. J Health Prom Manag; 2012.1(4):43-50.

مورد استفاده می‌باشد که به نوعی خود گزارشی محسوب می‌شود. یافته‌های حاصل از این پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها باید در محدودیت ذاتی پرسشنامه خود گزارش شده تفسیر شود. به خوبی شناخته شده است که گزارش خود بیمار به شدت تحت تأثیر باورهای شخصی، پیشینه فرهنگی و عوامل اجتماعی، آموزشی و محیطی قرار دارد و افراد شرکت کننده ممکن است تمایل به گزارش پاسخ های مطلوب اجتماعی داشته باشند.

پیشنهادات

با توجه به انتخاب نمونه‌ها در این پژوهش از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی، توصیه می‌شود جهت دست یافتن به نتایج دقیق‌تر در زمینه سبک زندگی بیماران مراجعه کننده به واحدهای وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، پژوهشی در هر ۴ بیمارستان وابسته انجام شود. هم‌چنین بررسی دقیق‌تر تأثیر سبک زندگی در فشارخون نیازمند مطالعه تحلیلی مورد - شاهدهی است.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان‌نامه دکتری عمومی محمد رضا گنابادی استخراج شده است. از کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند کمال تشکر را داریم.

References

1. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease E-Book: A Textbook of Cardiovascular Medicine: Elsevier Health Sciences; 2011.
2. Isfeedvajani MS, Zarchi AAK, Heris AM, Sajjadi F, Tavana AM. Evaluation of personnel blood pressure and its risk factors in university affiliated medical centers: Iran's Health Day 2013. Med J Islam Repub Iran; 2014.28:36.
3. Remington JP. Remington: the science and practice of pharmacy: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. Zheng X, Yao DK, Zhuo-Ma CR, Tang J, Wang TR, Zhang HH, et al. Prevalence, self-awareness, treatment, and control of hypertension in Lhasa,