



## بررسی سبک زندگی میتلایان به افزایش فشارخون در مراجعین به درمانگاه‌های قلب وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

مرتضی معنوی فر:<sup>۱</sup> استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران (\* نویسنده مسئول) manavifar@mshdiau.ac.ir  
 عصمت آسايی:<sup>۲</sup> استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران  
 محمدرضا گنابادی:<sup>۳</sup> دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

سبک زندگی،  
پرفساری خون،  
بیمار

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۱۹  
تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۱/۱۹

**زمینه و هدف:** سبک زندگی زنجیره‌ای پویا در تمام ابعاد زندگی انسان بوده و به عنوان عاملی مهم در تعديل پروفشاری خون مطرح می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی سبک زندگی میتلایان 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 گرداوری داده‌ها پرسشنامه نیمروز رفتارهای ارتقادهنه سلامتی بود.  $SPSS \leq BP \leq 140/90$  مبتلا به پروفشاری خون در نظر گرفته می‌شود. اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار v.22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در این پژوهش ابعاد مختلف سبک زندگی بیماران شامل تعذیه، مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی، ارتباطات بین فردی و کنترل تنفس 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 به طور معناداری بیشتر از مردان بود ( $p < 0.05$ ). نتایج نشان داد بین سن و نمره کل رفتارهای ارتقادهنه سلامت رابطه معناداری وجود داشت ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** فعالیت فیزیکی نامطلوب، تنفس، پائین بدن سطح مسئولیت‌پذیری سلامت از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بروز پروفشاری 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 حمایت کننده:** 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 به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC 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.



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 تعديل 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، مراجعته کننده 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 مصرف کننده 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 نشان‌دهنده‌ی 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 الكل، تعداد افراد خاتواده 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 هرگ 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، به‌طوری‌که 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 پرشاری خون برای بررسی رفتارهای ارتقادهنه سلامتی صورت گرفته است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۳۳ نفر مرد ( $49/3$ ) و ۳۴ نفر زن ( $50/7$ ) می‌باشند. میانگین سنی افراد مورد بررسی  $38/88 \pm 10/89$  سال، میانگین سنی مردان  $39/12 \pm 11/23$  سال و میانگین سنی زنان  $39/12 \pm 11/23$  سال می‌باشد.

نموده کل رفتارهای ارتقادهنه سلامتی در بیماران مورد بررسی  $122/87 \pm 17/74$ ، نمره بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی  $21/36 \pm 3/99$ ، نمره بعد فعالیت فیزیکی  $15/28 \pm 5/62$ ، نمره بعد تغذیه  $23/04 \pm 5/1$ ، نمره بعد ارتباطات بین فردی  $24/11 \pm 3/66$  و نمره بعد کنترل تنفس  $17/6 \pm 3/9$  می‌باشد.

میانگین بعد فعالیت فیزیکی در بیماران مبتلا به پرشاری خون  $1/91 \pm 0/7$  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 پرشاری خون  $2/39 \pm 0/48$  بود. بیماران به اکثریت سؤالات حوزه‌ی تغذیه پاسخ گاهی اوقات را داده، فقط در خصوص سؤال خوردن صبحانه  $37/3\%$  اعلام داشته‌اند که همیشه صبحانه می‌خورند و همین تعداد نیز پاسخ داده‌اند که اکثر اوقات ۲ تا ۳ وعده لبنيات را روزانه مصرف می‌کنند.

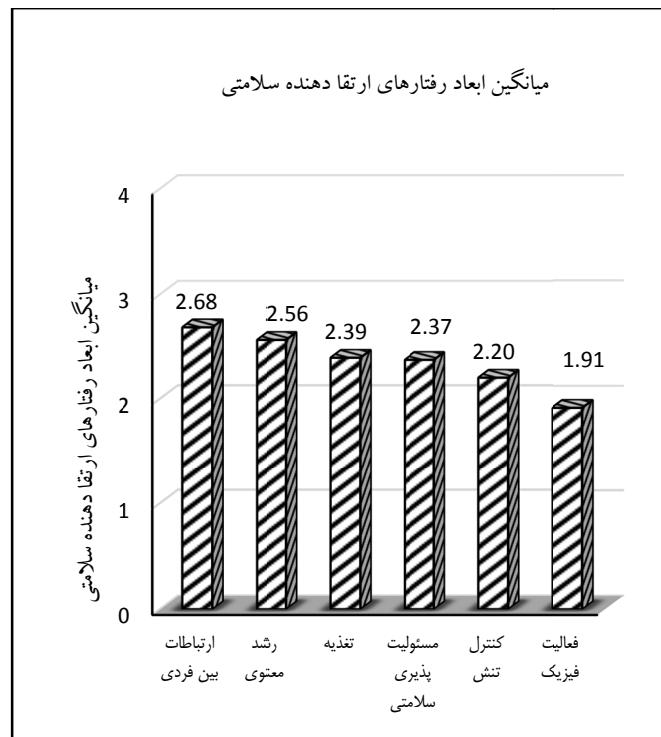
میانگین بعد کنترل تنفس در بیماران مبتلا به پرشاری خون  $2/2 \pm 0/49$  بود. اکثریت افراد اعلام کرده‌اند که هرگز از راههای کنترل تنفس مانند اختصاص دقایقی از روز به آرام‌سازی و شل کردن عضلات، یوگا و یا سایر روش‌های خاص استفاده نکرده‌اند (نمودار ۱).

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

بیماران در صورت دارا بودن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. در این مطالعه از پرسشنامه (نیمرخ 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  $0/82$  و برای زیرشاخه‌ها از  $0/91$  تا  $0/64$  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 ارتقادهنه سلامتی است که شامل ۵۲ سؤال می‌باشد. پاسخ‌های هر سؤال شامل طیف "هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه" می‌باشد و فراوانی رفتارهای ارتقادهنه سلامتی را در ۶ بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی (سؤال ۹ ۴ امتیازی)، فعالیت فیزیکی (سؤال ۸ ۴ امتیازی)، تغذیه (سؤال ۹ ۴ امتیازی)، رشد معنوی (سؤال ۹ ۴ امتیازی)، ارتباطات بین فردی (سؤال ۹ ۴ امتیازی) و کنترل تنفس (سؤال ۸ ۴ امتیازی) اندازه‌گیری می‌کند.

در این پرسشنامه سؤالات "۳،۹،۱۵،۲۱،۲۷،۳۳،۳۹،۴۵،۵۱،۴۶" مربوط به بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی، سؤالات "۴،۱۰،۱۶،۲۲،۲۸،۳۴،۴۰،۴۶" مربوط به بعد فعالیت فیزیکی، سؤالات "۲،۸،۱۴،۲۰،۲۶،۳۲،۳۸،۴۴" مربوط به بعد تغذیه، سؤالات "۵۰،۶،۱۲،۱۸،۲۴،۳۰،۳۶،۴۲،۴۸،۵۲" مربوط به بعد رشد معنوی، سؤالات "۱،۷،۱۳،۱۹،۲۵،۳۱،۳۷،۴،۴۹" مربوط به بعد ارتباطات بین فردی و سؤالات "۵،۱۱،۱۷،۲۳،۲۹،۳۵،۴۱،۴۷" مربوط به بعد کنترل تنفس 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 کلوموگروف-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  $0/05$  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 بر حسب جنسیت

متغیر	نمره	انحراف میکارا $\pm$ میانگین	محدوده تعییرات	مقدار آماره	مقدار احتمال
نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	زن	۱۲۲/۰۹ $\pm$ ۱۶/۸۱	۱۰۰-۱۸۶	$t=-0/35$	.۷۲۸
	مرد	۱۳۳/۶۲ $\pm$ ۱۸/۸۲	۹۲-۱۶۷		
نمره مسئولیت پذیری سلامتی	زن	۲۲/۵۴ $\pm$ ۳/۹	۱۵-۳۲	$t=2/49$	.۱۵*
	مرد	۲۰/۲۱ $\pm$ ۳/۷۸	۱۳-۳۲		
نمره فعالیت فیزیکی	زن	۱۴/۸۸ $\pm$ ۵/۵۹	۸-۲۷	$t=-0/58$	.۵۶۶
	مرد	۱۵/۶۸ $\pm$ ۵/۷۱	۸-۲۹		
نمره تغذیه	زن	۲۰/۷۶ $\pm$ ۴/۸۱	۱۲-۳۴	$t=-1/34$	.۱۸۶
	مرد	۲۲/۱۸ $\pm$ ۳/۸۴	۱۵-۳۳		
نمره رشد معنوی	زن	۲۲/۳۹ $\pm$ ۴/۹۸	۱۲-۳۳	$t=-1/0.2$	.۳۱
	مرد	۲۳/۶۸ $\pm$ ۵/۲۸	۱۳-۳۴		
نمره ارتباطات بین فردی	زن	۲۳/۹۷ $\pm$ ۳/۷۳	۱۷-۳۳	$t=-0/29$	.۷۶۹
	مرد	۲۴/۲۳ $\pm$ ۳/۶۵	۱۷-۳۲		
نمره کنترل تنفس	زن	۱۷/۵۴ $\pm$ ۳/۶۳	۱۲-۲۷	$t=-0/11$	.۹۱۶
	مرد	۱۷/۶۵ $\pm$ ۴/۲	۱۱-۲۸		

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 ارتقادهنه سلامتی وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، نمره کل رفتارهای ارتقادهنه سلامتی کاهش معناداری دارد ( $p < 0.05$ ). در بین ابعاد این پرسشنامه نیز، بین بعد مسئولیت پذیری سلامتی،

بیشتر از مردان است ( $p = 0.15$ ). 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 ارتقادهنه 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 رفтарهای ارتقا دهنده سلامتی و ابعاد آن بر حسب تحصیلات

متغیر	نمره	انحراف میانگین $\pm$	حدوده	مقدار آماره کروکسکال- والیس	احتمال
نمره کل رفтарهای ارتقا دهنده سلامتی	بیسوساد	۱۲۰/۲۵ $\pm$ ۱۷/۶۳	۹۳-۱۴۶	۱۰۶-۱۴۶	.۰/۳۴۸
ابتدای راهنمایی	ابتدا	۱۱۵ $\pm$ ۱۲/۸۸	۱۰۲-۱۵۱	۱۰۲-۱۵۱	.۰/۰۱۵
دیپلم	راهنما	۱۲۳/۸ $\pm$ ۱۵/۴۲	۱۰۰-۱۶۷	۱۰۰-۱۶۷	.۰/۰۵۸۶
فوق دیپلم	دیپلم	۱۲۸/۳۱ $\pm$ ۱۹/۰۶	۹۶-۱۸۶	۹۶-۱۸۶	.۰/۰۰۱**
لیسانس	فوق لیسانس	۱۳۱/۶۲ $\pm$ ۲۵/۸۹	۹۲-۱۴۴	۹۲-۱۴۴	.۰/۰۰۱**
فوق لیسانس و بالاتر	فوق لیسانس	۱۱۵/۷۵ $\pm$ ۱۶/۶۴	۱۱۱-۱۳۳	۱۱۱-۱۳۳	.۰/۰۰۱**

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

متغیر	نمره کل رفтарهای ارتقا دهنده سلامتی	نمره بعد مسئولیت پذیری سلامتی	نمره بعد فعالیت فیزیکی	نمره بعد تعذیه	نمره بعد رشد معنوی	نمره بعد ارتباطات بین فردی	نمره بعد کنترل تنفس
نمره کل رفтарهای ارتقا دهنده سلامتی	پیرسون	پیرسون	پیرسون	پیرسون	پیرسون	پیرسون	پیرسون
نمره بعد مسئولیت پذیری سلامتی	-۰/۴۲۶	-۰/۲۹۷	-۰/۰۶۸	-۰/۴۶۳	-۰/۳۴۶	-۰/۳۸۸	-۰/۱۹۸
نمره بعد فعالیت فیزیکی							
نمره بعد تعذیه							
نمره بعد رشد معنوی							
نمره بعد ارتباطات بین فردی							
نمره بعد کنترل تنفس							

سلامتی و فعالیت فیزیکی با تحصیلات و جنسیت ارتباط معناداری وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). ارتباط معناداری بین سن و نمره کل رفтарهای ارتقادهنه سلامتی وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، نمره کل رفтарهای ارتقادهنه 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 رفтарهای ارتقادهنه سلامتی در حوزه فعالیت فیزیکی برخوردار نیستند. در مطالعه صابر مقدم و همکاران افراد شرکت‌کننده دارای سبک زندگی متوسط در بعد ورزش و فعالیت فیزیکی بوده‌اند (۶). این در حالی بود که مطالعه باروچ (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 تعذیه افراد دارای سبک زندگی نامطلوب می‌باشند. ۵۸٪ از بیماران در مورد رژیم غذایی سدیم و روغن اطلاعات کافی نداشتند. در مطالعه حاضر بین نمره کل رفтарهای ارتقادهنه سلامتی و ابعاد مسئولیت پذیری

تعذیه، 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 مرفوع نسازند، حداقل دوز و تعداد داروهای مصرفی جهت کنترل پرفشاری خون را تعدیل می‌کند.

سبک زندگی بیماران مبتلای 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 تعذیه بیش از نیمی از بیماران در مورد رژیم غذایی سدیم و روغن اطلاعات کافی نداشتند. در مطالعه حاضر بین نمره کل رفтарهای ارتقادهنه سلامتی و ابعاد مسئولیت پذیری

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 ارتقادهنه سلامت در مطالعه حاضر، رابطه معناداری وجود داشت، به‌طوری 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<sup>(۶)</sup>، مطالعه باروق و همکاران<sup>(۹)</sup> و منصوریان و همکاران<sup>(۱۱)</sup> 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 مراجعته کننده 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، عادت‌های رفتاری غلط و نامناسب بخصوص در زمینه مصرف نمک، غذاهای پرچرب، تنفس 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، منجمله 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 گردد که در رفتارهای غیر بهداشتی خود تغییر ایجاد کرده و از عوارض پرفشاری خون پیشگیری نمایند و یا حداقل آن‌ها را به تعویق بیاندازند.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر پرسشنامه‌های

مطالعه نجار و همکاران<sup>(۱۰)</sup> 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٪ از بیماران نیز به سؤال مربوط به مصرف روزانه ۴-۲ وعده میوه‌جات پاسخ هرگز یا گاهی اوقات را داده بودند. فقط در خصوص سؤال خوردن صحبانه ۳۷٪ اعلام داشته‌اند که همیشه صحبانه 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<sup>(۹)</sup> که با نتایج حاصل از مطالعه علی اکبر رفاهی<sup>(۱۳)</sup> و منصوریان<sup>(۱۱)</sup> 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٪ از بیماران حداقل ماهی یک بار برای معاینه به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و ۴۹٪ 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 ارتقادهنه 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<sup>(۱۱)</sup>.

در مطالعه حاضر بین تحصیلات، با رفتارهای ارتقادهنه سلامت رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعه محمدی زیدی و همکاران مغایرت دارد<sup>(۷)</sup>. به نظر می‌رسد این اختلاف مربوط به جامعه مورد مطالعه باشد، چرا که مطالعه حاضر بر روی بیماران مراجعته کننده 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 می باشد که به نوعی خود گزارشی محسوب می شود. یافته های حاصل از این پرسشنامه ها و آزمون ها 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 نمونه ها در این پژوهش از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به تأمین اجتماعی، توصیه می شود جهت دست یافتن به نتایج دقیق تر در زمینه سبک زندگی بیماران مراجعه کننده به واحد های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، پژوهشی در هر ۴ بیمارستان وابسته انجام شود. همچنین بررسی دقیق تر تأثیر سبک زندگی در فشار خون نیازمند مطالعه تحلیلی مورد شاهدی است.

### تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه دکتری عمومی محمد رضا گنابادی استخراج شده است. از کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کرده اند 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,