

## رابطه سبک زندگی با ابتلا به پرفشاری خون در ساکنین ۲۴-۶۵ ساله

### منطقه کوثر شهر قزوین در سال ۱۳۸۶

نسرین باروق<sup>۱\*</sup>، فاطمه تیموری<sup>۲</sup>، محسن صفاری<sup>۳</sup>، دکتر سیدرضا حسینی سده<sup>۴</sup>، عباس مهران<sup>۱</sup>

- ۱- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه تهران  
 ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 ۳- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس  
 ۴- پزشک عمومی

#### چکیده

**سابقه و هدف:** سبک زندگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت انسانها است. بطوریکه اکثر مشکلات بهداشتی با دگرگونی‌های سبک زندگی ارتباط دارد. سبک زندگی جزء عوامل خطر قابل تعدیل پرفشاری خون محسوب می‌شود، لذا هدف از این مطالعه، تعیین عوامل خطر پرفشاری خون در ارتباط با سبک زندگی افراد ۲۴-۶۵ ساله ساکن در منطقه کوثر شهر قزوین می‌باشد.

**مواد و روشها:** در این مطالعه که از نوع مورد-شاهدی بود، نمونه‌ها شامل ۴۵۰ نفر از ساکنین منطقه کوثر بودند که با نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها برگه ثبت اطلاعات و پرسشنامه سبک زندگی بود که اعتبار و اعتماد آن با روش اعتبار محتوا و آزمون مجدد تعیین شد. افراد دارای فشار خون  $\leq 140/90$  در گروه مورد و بقیه در گروه شاهد قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین استعمال دخانیات ( $p < 0/001$ )، ورزش و فعالیت فیزیکی ( $p < 0/001$ ) و شاخص توده بدنی ( $p < 0/001$ ) در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد که ورزش و فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات و چاقی از عوامل تأثیرگذار بر بروز پرفشاری خون در این منطقه می‌باشد. این نتایج بر لزوم انجام اقدامات مداخله‌ای جهت تغییر سبک زندگی مردم منطقه تأکید دارد.

**واژگان کلیدی:** سبک زندگی، فشار خون، فشار خون بالا

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Baroogh N, Teimouri F, Saffari M, Hosseini Sadeh SR, Mehran A. Hypertension and lifestyle in 24-65 year old people in Qazvin Kosar region in 2007. *Pejouhandeh* 2010;15(5):193-8.

#### مقدمه

ارزش کاهش بروز و شدت بیماریها و عوارض ناشی از آنهاست و روشی جهت ارتقاء سلامتی و کیفیت زندگی و سازگاری با استرس است (۳). همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه مراقبتهای بهداشتی است (۲).

امروزه اکثر مشکلات بهداشتی- سلامتی (مانند چاقی، انواع سرطانها و پرفشاری خون و...)، بیماریها، و مرگ و میر ناشی از آنها با دگرگونی‌های سبک زندگی ارتباط دارد و نتیجه رفتارهای افراد و شیوه زندگی آنها است (۴ و ۵). در ایران نیز بیماریهای ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌روند (۶). بیماری فشار خون بالا نیز از جمله بیماریهای غیر واگیری است که در جوامع رو به توسعه

پیشرفت و توسعه یک جامعه در تمامی ابعاد آن مستلزم داشتن نیروی انسانی پویا و سالم است و سلامتی وابسته به فاکتورهای بسیار زیادی است که سبک زندگی نقش مهمی را در این میان ایفا می‌کند (۱). سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه می‌باشد (۲). سبک زندگی سالم از منابع با

\* نویسنده مسؤوّل مکاتبات: نسرین باروق؛ تهران، میدان توحید، خیابان نصرت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه آموزش پرستاری؛ پست الکترونیک: nbaroogh@yahoo.com

و اقتصادی بر روی سبک زندگی تأثیرگذار است، هر منطقه‌ای باید به طور مجزا از نظر شیوه زندگی و عوامل خطر مربوط به آن مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که هیچ‌گونه تحقیق منسجم و جامعی در این منطقه در ارتباط با سبک زندگی و فشار خون بالا انجام نشده بود پژوهشگر بر آن شد که مطالعه‌ای را با هدف تعیین تعیین عوامل خطر پرفشاری خون در ارتباط با سبک زندگی افراد ۶۵-۲۴ ساله ساکن در منطقه کوثر شهر قزوین انجام دهد.

## مواد و روشها

این مطالعه به روش تحلیلی و از نوع مورد-شاهدی و بر روی ۵۰۰ نفر از ساکنین ۶۵-۲۴ ساله منطقه کوثر شهر قزوین در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد ۶۵-۲۴ ساله ساکن در این منطقه بود که دارای شرایط انتخاب شدن بودند. با مراجعه به پایگاه بهداشتی منطقه، ۲۵۰ پرونده خانوار از بین ۳۷۱۲ پرونده به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شد. پس از استخراج اسامی و شماره تلفن افراد، با آنها تماس گرفته شد و بعد از کسب موافقت، جهت انجام مطالعه به مرکز بهداشت منطقه دعوت شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات بود. پرسشنامه، پژوهشگر ساخته و مشتمل بر دو قسمت بود، قسمت اول شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک و سوابق سلامت و بیماری بود و قسمت دوم شامل بخشهایی از قبیل عادات غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات، الگوی خواب و استراحت و روشهای سازگاری با استرس بود که توسط افراد مورد پژوهش تکمیل شد. برگه ثبت اطلاعات از طریق مصاحبه و با اندازه‌گیری قد و وزن و فشار خون تکمیل گردید.

جهت تعیین اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار دوازده تن از اساتید هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. برای تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد، بدین ترتیب که پرسشنامه در دو نوبت به فاصله دو هفته توسط پانزده نفر از ساکنین منطقه کوثر شهر قزوین که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند تکمیل شد؛ سپس پایایی سوالات از طریق روش آماری ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت (ضریب همبستگی ۰/۹۵ به دست آمد).

فشارسنج مورد استفاده از نوع جیوه‌ای ساخت ژاپن بوده و اعتبار آن به وسیله فشار سنج جیوه‌ای استاندارد دیگری به

افزایش چشمگیری دارد و با سبک زندگی افراد رابطه تنگاتنگی دارد و به تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس در سراسر جهان می‌باشد (۷) در ایران نیز مطالعات انجام شده نشان‌دهنده شیوع بالای این بیماری در جامعه می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم در تهران انجام گرفته است شیوع پرفشاری خون در گروه سنی ۶۹-۲۰ ساله ۲۲٪ گزارش شده است (۸).

از آنجایی که سبک زندگی جزء عوامل خطر قابل تعدیل پرفشاری خون محسوب می‌شود (۹) 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 (۱۰).

در پژوهش صبری و همکاران تحت عنوان برخی از عوامل خطر پرفشاری خون در امارات متحده عربی نتایج مطالعه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین تعداد فرزندان، نوع شغل، درآمد کم تا متوسط و چاقی، مصرف اخیر سیگار و مصرف الکل و سطح کم فعالیت فیزیکی در دو گروه مورد و شاهد وجود داشت (۱۱). نجار و همکاران نیز مطالعه‌ای را با عنوان بررسی ارتباط سبک زندگی و پرفشاری اولیه خون در شهر سبزوار انجام دادند که هدف از این مطالعه بررسی سبک زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون بود و به روش مورد-شاهد انجام گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ الگوی تغذیه و خواب، مصرف دخانیات، فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۲).

در مطالعه فرج‌زاده و همکاران که با هدف تعیین رابطه سطح تنش با فشار خون بالا و راههای مقابله با آن، و در درمانگاههای تخصصی قلب و داخلی بیمارستان ولی عصر شهر بیرجند انجام گرفت، بین شاخص توده بدنی و سن با فشار خون بالا ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین فشار خون بالا و راههای مقابله‌ای غیر مؤثر وجود داشت. از نظر جنس، وضعیت تأهل، میزان درآمد، سطح تنش، میزان فشار روانی ناشی از تنش و راههای مقابله‌ای مساله‌مدار بین افراد دارای پرفشاری خون و فشار خون طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۱۳).

با توجه به اهمیت سبک زندگی در ارتقاء و حفظ سلامت و پیشگیری از بیماریها، و همچنین افزایش روزافزون شمار مبتلایان به پرفشاری خون در شهر قزوین، و نیز با توجه به بار مالی هنگفتی که این بیماری و عوارض آن بر اقتصاد کشور تحمیل می‌کند و با عنایت به اینکه شرایط جغرافیایی فرهنگی

## یافته‌ها

در این مطالعه، گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تعداد خانوار، سابقه کنترل فشار خون و سابقه بیماری قلبی همگن بودند و آزمونهای آماری اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه از نظر این متغیرها نشان نداد (جدول ۱).

جدول ۲ نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد را مردان و در گروه شاهد را زنان تشکیل می‌دهند. آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را از نظر متغیر جنس در دو گروه مورد و شاهد نشان داد ( $p < 0.025$ ). همچنین اکثریت بیماران در گروه مورد سابقه فامیلی پرفشاری خون را ذکر نمودند در حالیکه در گروه شاهد در اکثریت موارد این سابقه را بیان نمودند. آزمون آماری اختلاف آماری معنی‌داری را از نظر سابقه فامیلی پرفشاری خون در دو گروه مورد و شاهد نشان داده است ( $p < 0.001$ ).

اکثریت (۴۳٪) در گروه مورد و (۴۵/۱٪) در گروه شاهد، در گروه سنی (۳۵ تا ۴۴ سال) قرار داشتند. میانگین سنی در گروه مورد  $42/76 \pm 9/04$  و در گروه شاهد  $37/99 \pm 8/34$  بود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که اکثریت (۵۹/۵٪) گروه مورد و (۵۰/۴٪) گروه شاهد دارای شاخص توده بدنی  $25/1 - 30$  بودند، میانگین شاخص توده بدن در گروه مورد  $28/30 \pm 3/90$  و در گروه شاهد  $26/35 \pm 4/10$  بود. آزمونهای آماری اختلاف معنی‌داری را از نظر شاخص توده بدنی و سن در دو گروه مورد و شاهد نشان دادند ( $p < 0.05$ ).

جدول ۳ نشان‌دهنده ابعاد سبک زندگی در دو گروه مورد و شاهد می‌باشد. در ارتباط با بعد تغذیه، نتایج نشان می‌دهد که اکثریت موارد در گروه مورد دارای عادات تغذیه‌ای نامطلوب بودند، در حالیکه در گروه شاهد اکثریت عادات تغذیه‌ای نسبتاً مطلوب داشتند. در بعد ورزش و فعالیت فیزیکی اکثریت گروه مورد و شاهد دارای سبک زندگی نامطلوب بوده‌اند. در بعد الگوی خواب و استراحت اکثریت گروه مورد و شاهد دارای سبک زندگی نسبتاً مطلوب بوده‌اند. در ارتباط با استعمال دخانیات، نتایج نشان می‌دهد که اکثریت گروه مورد و شاهد دارای سبک زندگی مطلوب بوده‌اند. در ارتباط با روشهای سازگاری با استرس، نتایج نشان می‌دهد که اکثریت گروه مورد و شاهد دارای سبک زندگی نسبتاً مطلوب بوده‌اند. همچنین آزمونهای آماری در ارتباط با مقایسه بار مصرف ماهانه مواد غذایی بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری را در مواد غذایی از قبیل گوشت قرمز، دل و جگر و قلوه، روغن حیوانی، برنج، سوسیس و کالباس، کنسروها، خشکبار و قند و

طور روزانه مقایسه می‌شد. برای اندازه‌گیری قد و وزن به ترتیب از قدسنج با دقت یک دهم سانتی‌متر و ترازوی دیجیتال با دقت صد گرم استفاده شد. اعتبار ترازو نیز روزانه با وزنه شاهد پنج کیلوگرمی موجود در مرکز بهداشتی درمانی مقایسه می‌شد. صحت و درستی متر نیز با یک متر استاندارد (صد سانتی‌متری) 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 فرد نیز با لباس راحت و بدون کفش اندازه‌گیری شد.

پس از اندازه‌گیری فشار خون با توجه به میزان آن، افراد تحت مطالعه به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. گروه مورد یا فشار خون مساوی یا بیشتر از  $140/90$  داشتند و یا با تشخیص قبلی پرفشاری خون از داروهای کاهنده فشار خون استفاده می‌نمودند. همچنین این افراد نباید به بیماریهایی مانند نارسایی کلیوی، حوادث عروق مغزی، دیابت و یا بیماریهای قلبی عروقی مبتلا می‌بودند (بر اساس گزارش خود بیمار که به تأیید پزشک معالج آنها رسیده باشد) به دلیل اینکه در این پژوهش پرفشاری خون اولیه مورد نظر بود. زنان مورد مطالعه نیز نباید باردار می‌بودند. مشخصات گروه شاهد عبارت بود از: فشار خون کمتر از  $140/90$ ، عدم استفاده از داروهای کاهنده فشار خون و عدم وجود سابقه فشار خون بالا. در طی انجام تحقیق تعداد ۵۰ نفر از مطالعه خارج شدند (۵ نفر به علت داشتن بیماری قلبی عروقی، ۱۵ نفر به علت ناقص پر نمودن پرسشنامه و ۳۰ نفر به دلیل انصراف از مطالعه) و در نهایت مطالعه با ۴۵۰ نفر به پایان رسید.

جهت سطح‌بندی مطلوبیت سبک زندگی در ابعاد مختلف، بخش عادات غذایی در مجموع بیست و هفت امتیاز، بخش ورزش و فعالیت فیزیکی دارای نوزده امتیاز، بعد الگوی خواب و استراحت بیست و یک امتیاز، و بعد روشهای سازگاری با استرس چهل و پنج امتیاز داشت که بر مبنای صد درصد امتیاز کسب شده در سه طبقه نامطلوب زیر پنجاه درصد، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد ارزیابی گردید. از آنجایی که هیچ مقدار حداقلی برای بی‌خطر بودن مصرف دخانیات وجود ندارد (۹) استفاده از سیگار، قلیان، پپ و یا چپق به عنوان سبک زندگی نامطلوب، و عدم استفاده از دخانیات به عنوان سبک زندگی مطلوب در نظر گرفته شد. در نهایت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمونهای آماری همچون کای دو و رگرسیون لجستیک و با نرم‌افزار SPSS نسخه یازده و نیم انجام گرفت.

جدول ۴ بیانگر مقایسه عوامل خطر پرفشاری خون در دو گروه مورد و شاهد می‌باشد که نتایج مطالعه اختلاف معنی‌داری را از نظر عواملی چون سن، سابقه فامیلی پرفشاری خون، شاخص توده بدن، ورزش و فعالیت فیزیکی و استعمال دخانیات بین دو گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد.

شکر نشان می‌دهد ( $p < 0/05$ ) به گونه‌ای که در گروه مورد، این مواد غذایی بیشتر از گروه شاهد، مصرف می‌شدند. در سایر مواد غذایی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت.

جدول ۱- توزیع دو گروه با و بدون پرفشاری خون بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	مورد		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سطح تحصیلات	بیسواد	۰	۴	۱/۱
	ابتدایی	۲۰	۶۳	۱۷
	راهنمایی	۱۸	۸۹	۲۴
	دیپلم	۲۴	۱۴۴	۳۸/۸
	دانشگاهی	۱۷	۲۱/۵	۱۹/۱
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۱۱	۳
	متأهل	۷۳	۹۲/۴	۹۴/۶
	جدا شده	۲	۲/۵	۰/۸
	همسر مرده	۲	۲/۵	۱/۶
شغل	کارمند	۲۴	۳۰/۴	۲۰/۵
	آزاد	۸	۱۰/۱	۶/۷
	خانه دار	۲۹	۳۶/۷	۴۶/۴
	غیره	۱۸	۲۲/۹	۲۶/۵
تعداد خانوار	سه نفر یا کمتر	۱۸	۲۲/۸	۲۳
	بیشتر از سه نفر	۶۵	۷۷/۲	۷۷
سابقه کنترل فشار خون	دارد	۴۸	۶۰/۸	۶۰/۶
	ندارد	۳۱	۳۹/۲	۳۹/۴
سابقه بیماری قبلی	دارد	۵	۶/۳	۵/۴
	ندارد	۷۴	۹۳/۷	۹۴/۶

جدول ۲- توزیع دو گروه با و بدون پرفشاری خون براساس جنس و سابقه فامیلی پرفشاری خون

نتیجه آزمون	شاهد		مورد		گروه	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	مرد	۴۵	۵۷	۴۳	۴۵	$p < 0/025$
	زن	۳۴	۴۳	۴۳	۳۴	
	جمع	۷۹	۱۰۰	۱۰۰	۷۹	
سابقه فامیلی پرفشاری خون	دارد	۴۲	۵۳/۲	۴۶/۸	۳۷	$p < 0/001$
	ندارد	۳۷	۴۶/۸	۴۶/۸	۳۷	
	جمع	۷۹	۱۰۰	۱۰۰	۷۹	

## بحث

صبری (۱۱) همخوانی دارد. از نظر متغیر سن آزمونهای آماری اختلاف معنی‌داری را در دو گروه مورد و شاهد نشان داد و این یافته با نتایج پژوهش صبری و همکاران مطابقت دارد (۱۱).

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که شاخص توده بدنی در دو گروه مورد و شاهد دارای اختلاف آماری معنی‌دار بوده‌اند که این یافته‌ها با نتایج مطالعه نجار و همکاران (۱۲)، فرج‌زاده و همکاران (۱۳)، خانی و همکاران (۱۴)، و همکاران (۱۵)،

جدول ۳- توزیع دو گروه با و بدون پرفشاری خون براساس ابعاد سبک زندگی

ابعاد گروه		عادات تغذیه		الگوی خواب		استعمال دخانیات		ورزش و فعالیت		سازگاری با استرس	
مورد	شاهد	مورد	شاهد	مورد	شاهد	مورد	شاهد	مورد	شاهد	مورد	شاهد
(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
۵۴/۴	۳۶/۹	۱۷/۷	۸/۶	۲۰/۳	۵/۱	۷۴/۷	۵۳/۶	۲۲/۸	۲۲/۹	شاهد	مورد
۴۵/۶	۶۲/۸	۵۰/۶	۵۱/۸			۲۵/۳	۲۵/۹	۶۵/۸	۵۷/۷	نسبتا مطلوب	نامطلوب
۰	۰/۳	۳۱/۶	۳۹/۶	۷۹/۷	۹۴/۹	۰	۲۰/۵	۱۱/۴	۱۹/۴	مطلوب	نامطلوب
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	جمع

جدول ۴- مقایسه عوامل خطر پرفشاری خون با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه

متغیر	Beta	P value	Odd ratio	95% confidence interval
سن	-۰/۰۶۸	۰/۰۰	۰/۹۳۴	۰/۹۶۸ - ۰/۹۰۱
جنس	-۰/۱۶۵	۰/۶۱۶	۰/۸۴۸	۰/۴۴۵ - ۱/۶۱۶
سابقه فامیلی پرفشاری خون	۰/۷۸۶	۰/۰۰۶	۲/۱۹۵	۱/۲۵۹ - ۳/۸۲۵
شاخص توده بدن	-۰/۰۸۸	۰/۰۰۷	۰/۹۱۵	۰/۸۵۸ - ۰/۹۷۶
عادات تغذیه	۰/۰۶۶	۰/۳۶۴	۱/۰۶۸	۰/۹۲۷ - ۱/۲۳۱
ورزش و فعالیت	۰/۱۸۸	۰/۰۰۰	۱/۲۰۶	۱/۰۹۵ - ۱/۳۲۹
استعمال دخانیات	۰/۱۱۰	۰/۰۰۴	۱/۱۱۶	۱/۰۳۶ - ۱/۲۰۳
الگوی خواب	۰/۰۴۶	۰/۳۸۴	۱/۰۴۷	۰/۹۴۴ - ۱/۱۶۱
سازگاری با استرس	-۰/۰۴۴	۰/۱۰۸	۰/۹۵۷	۰/۹۰۷ - ۱/۰۱۰

همچنین از نظر استعمال دخانیات نتایج نشان می‌دهد که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود دارد، پژوهان (۱۸) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که میانگین فشار خون سیستولی و دیاستولی در افراد سیگاری به ترتیب ۷/۵ و ۴/۳ میلی‌متر جیوه بیشتر از افراد غیرسیگاری است و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است. صبری (۱۱) و نجار (۱۲) نیز در مطالعات خود نتایج مشابه با یافته‌های این پژوهش مبنی بر وجود ارتباط معنی‌دار بین استعمال دخانیات و فشار خون را بیان کرده‌اند، در حالیکه نتایج مطالعه Nakanishi (۱۶) در مورد ارتباط بین دخانیات و فشار خون با یافته‌های این پژوهش مغایرت دارد. در مجموع نسبت خطر حاصله از آزمون رگرسیون لجستیک در این مطالعه بیانگر آن است که در بین عوامل تأثیرگذار بر بروز پرفشاری خون، متغیرهایی چون سابقه فامیلی پرفشاری خون، ورزش و فعالیت فیزیکی و استعمال دخانیات به ترتیب تأثیر بیشتری بر بروز پرفشاری خون داشته‌اند.

### نتیجه‌گیری

در کل می‌توان چنین نتیجه گرفت که سبک زندگی افراد دارای پرفشاری خون با افراد سالم متفاوت بوده و سبک زندگی عاملی مؤثر در بروز پرفشاری خون می‌باشد؛ لذا نتایج این تحقیق می‌تواند برای مراقبین سیستم بهداشت و درمان

در ارتباط با سابقه فامیلی پرفشاری خون آزمون آماری اختلاف آماری معنی‌داری را در دو گروه مورد و شاهد نشان داد. Hu و همکاران نیز به این نتیجه دست یافتند که بین سابقه فامیلی پرفشاری خون و فشار خون بالا ارتباط معنی‌داری وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۵).

در بررسی عوامل سبک زندگی نتایج نشان می‌دهد که اکثریت گروه مورد و شاهد دارای سبک زندگی نامطلوب از نظر ورزش و فعالیت فیزیکی بوده‌اند یعنی میزان ورزش و فعالیت فیزیکی در هر دو گروه پایین بوده است ولی در گروه شاهد، ۲۰/۵٪ افراد از نظر میزان فعالیت و ورزش در سطح مطلوب قرار داشتند و این در حالی است که در گروه شاهد هیچ یک از افراد در سطح مطلوب از نظر ورزش و فعالیت فیزیکی قرار نداشتند. از نظر آماری نیز اختلاف معنی‌داری از نظر ورزش و فعالیت فیزیکی در دو گروه مورد و شاهد وجود دارد که این یافته با نتایج مطالعه نجار (۱۲) و صبری (۱۱) و Lindquist (۱۷) همخوانی دارد. Lindquist به این نتیجه دست یافت که ورزش با فشار دیاستولی ارتباط معنی‌داری دارد. ولی با یافته‌های Nakanishi (۱۶) و پژوهان (۱۸) مغایرت دارد، بدین معنی که در مطالعات آنان بین ورزش و میزان فشار خون ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی تهران به شماره قرارداد ۲۵۰/۲۳۷۹ مورخ ۱۳۸۶/۳/۲۹ بوده است. بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت تمامی کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می‌نماییم.

این منطقه کمک کننده باشد که بیش از پیش در برنامه‌های آموزش بهداشت خود بر نقش سبک زندگی در بروز برخی از بیماریهای مزمن از جمله پرفشاری خون تأکید داشته باشند. بدین نحو این افراد می‌توانند به مددجویان خود کمک کنند که ضمن کنترل فشار خون خود، تشویق گردند که در رفتارهای غیربهداشتی خود تغییر ایجاد کرده و از عوارض پرفشاری خون پیشگیری نمایند و یا حداقل آنها را به تعویق بیندازند.

## REFERENCES

1. World Health Organization. Highlights on Health in Switzerland, WHO J 2001;116:41-2.
2. Monahan F, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ. Phipps' Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2003.
3. Lyons R, Langille L. Healthy Lifestyle: Strengthening the effectiveness of lifestyle, Approaches to improve health: 2000.
4. Moher M. Evidence of the effectiveness of intervention for secondary prevention and treatment of coronary heart (Dissertation). San Diego State University; 2001.
5. Edlin G, Golanty E. Health and Wellness. 8<sup>th</sup> ed. Boston: Jones and Bartlet; 2004.
6. 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. (Full Text in Persian)
7. 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.
8. Ghanbarian A, Majid M, Rahmani M, Sarraf Zadeh A, Azizi F. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran Lipid and Glucose Study. Iran J Endocrinol Metab 2004;5(4):435-45. (Full Text in Persian)
9. Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. Eur J Public Health. 2004;14(3):235-9.
10. Ostadrahimi A, Mahboob S, Afiatmilani SR. Relationship between blood pressure and daily sodium, potassium, calcium intake and BMI. J Qazvin Univ Med Sci 2003;7(2):36-40. (Full Text in Persian)
11. Sabri S, Bener A, Eapen V, Abu Zeid MS, Al-Mazrouei AM, Singh J. Some risk factors for hypertension in the United Arab Emirates. East Mediterr Health J 2004;10(4-5):610-9.
12. Najjar L, Heydari A, Behnam Vashani HR. The relationship between lifestyle and essential hypertension in Sabzevar, Iran. J Sabzevar Univ Med Sci 2004;11(2):49-54. (Full Text in Persian)
13. Faragzadeh Z, Kaheni S, Saadatjoo A. Relation between stress and hypertension and coping ways. J Birjand Univ Med Sci 2005;12(1,2):9-15.
14. Khani M, Vakili M, Ansari A. Prevalence of hypertension and some related risk factors in rural population affiliated to Tarom health center in 2001. Sci J Zanjan Univ Med Sci 2002;40:23-9. (Full Text in Persian)
15. Hu G, Tian H. A comparison of dietary and non-dietary factors of hypertension and normal blood pressure in a Chinese population. J Hum Hypertens 2001;15(7):487-93.
16. Nakanishi N, Nakamura K, Ichikawa S, Suzuki K, Tatara K. Lifestyle and the development of hypertension: a 3-year follow-up study of middle-aged Japanese male office workers. Occup Med (Lond) 1999;49(2):109-14.
17. Lindquist TL, Beilin LJ, Knuiiman MW. Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. Hypertension 1997;29(1 Pt 1):1-7.
18. Pejhan A, Najjar L, Heydari A, Hajezadeh S, Rakhshani M. The status of blood pressure in urban population of Sabzevar in 1382. J Rafsanjan Univ Med Sci 2005;4(2):95-102. (Full Text in Persian)
19. Fakhzadeh H. Smoks, Prevention of cardiovascular diseases. Tehran: New Medicine Publication; 2002. p. 17. (Full Text in Persian)