

نگرش پزشکان عمومی قزوین نسبت به پرفشاری خون

دکتر حمیدرضا جوادی* دکتر آمنه باریکانی** دکتر شبنم جلیل القدر**

Evaluation of Qazvin general practitioners' attitude on hypertension

HR.Javadi A.Barikani Sh.Jalilolghadr

*Abstract

Background: Hypertension is one of the major risk factors for cardiovascular diseases, and the commonest factor of heart failure, cerebrovascular diseases and renal failure in many countries.

Objective: To evaluate the attitude of Qazvin physicians on hypertensive disease.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted at year of 2002 in 80 of 419 general practitioners. Data were collected using a valid and reliable questionnaire of WHO. All data analysis were carried out using SPSS, and X² test.

Findings: Out of all participants, 73.7% were male and 26.3% female. 55% of physicians were in age group of 30-40 years with a mean value of 39±9.7. The after graduation years were >10 in 46.3%. Out of all physician, 98.8% believed that high blood pressure is a serious problem for health and 96.3% believed that the primary prevention is effective 38.8% believed that the target of blood pressure for treatment is 140/90 mmHg. There was a relationship between the after graduation years and the target treatment of blood pressure and the treatment of uncontrolled blood pressure (p=0.02). Also, there was a link between age with professional tendency in using of laboratory tests and treatment approach in uncontrolled hypertension (P=0.01). There was no relation between gender and attitude.

Conclusion: The attitude on treatment of high blood pressure was changed over the after graduation years.

Keywords: Hypertension, Cardiovascular Diseases, Cerebral Vascular Disease, Noncommunicable Disease, Physicians

*چکیده

زمینه: بیماری پرفشاری خون یکی از مهم ترین عوامل خطر بیماری های قلبی-عروقی، شایع ترین عامل بروز نارسایی قلبی، بیماری های عروقی مغز و عامل ایجاد نارسایی کلیه در بسیاری از کشورهاست.

هدف: مطالعه به منظور تعیین نگرش پزشکان شهر قزوین در مورد بیماری فشار خون بالا انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۱ انجام شد، ۸۰ نفر از ۴۱۹ نفر پزشکان عمومی قزوین به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات مورد نظر با استفاده از پرسش نامه روا و پایایی تعیین نگرش که توسط سازمان بهداشت جهانی تنظیم شده بود، جمع آوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: ۷۳/۷٪ افراد شرکت کننده در مطالعه مرد و ۲۶/۳٪ زن بودند. ۵۵٪ در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۹±۹/۷ سال بودند. در ۴۶/۳٪ افراد بیش تر از ده سال از زمان فارغ التحصیلی می گذشت. ۹۸/۸٪ پزشکان معتقد بودند که بیماری فشار خون بالا یک مشکل بزرگ سلامتی است و ۹۶/۳٪ به تأثیر پیشگیری اولیه در کاهش ابتلا اعتقاد داشتند. ۳۸/۸٪ فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی مترجیوه را به عنوان ملاک درمان در نظر داشتند. در این بررسی بین مدت زمان بعد از فارغ التحصیلی با ملاک درمان و برخورد درمانی در مورد فشار خون های کنترل نشده ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۲). بین سن با توافق در مورد مفید بودن انجام آزمون های آزمایشگاهی و برخورد درمانی با فشار خون های کنترل نشده ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۱). بین جنس و نگرش ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد با گذشت زمان و فاصله گرفتن از آموزش های دانشگاهی، نگرش پزشکان نسبت به درمان فشار خون تغییر می یابد.

کلید واژه ها: افزایش فشار خون، بیماری های قلبی-عروقی، بیماری های عروقی مغز، بیماری های غیرواگیر، پزشکان

* استادیار گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی قزوین

* استادیار گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی قزوین

ادرس مکاتبه: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی

* مقدمه :

افراد بالای ۲۰ سال استان قزوین در سال ۱۳۷۹ دچار بیماری پرفشاری خون بودند. در طرح قلب سالم در سال ۱۳۷۶ در شهر تهران شیوع فشارخون دیاستولی بالا در محدوده سنی ۲۵ تا ۶۵ سال حدود ۲۳ درصد و فشارخون سیستولی بالا حدود ۱۰ درصد نشان داده شد.^(۶) در مطالعه الگوهای مصرف دارو در آلمان که توسط انستیتو داروسازی بالینی انجام شد، از بین ۴۳۵۴۰ بیماری که پزشک برای آنها تشخیص پرفشاری خون گذاشته بود، تنها ۴۰ درصد فشارخون بالا داشتند. از این تعداد ۹/۴ درصد هیچ درمانی دریافت نکرده بودند و ۶/۸ درصد تنها درمان غیردارویی و ۸۳/۸ درصد یک یا بیش تر داروی ضد پرفشاری خون گرفته بودند. استفاده از دارو در بیماران جوان تر کمتر گزارش شد، کنترل فشارخون ضعیف بود و ۷۰/۶ درصد به حد طبیعی نرسیده بودند. نتیجه مطالعه این بود که پزشکان درمان کافی برای بیماران انجام نمی دهند و درمان جدی زمانی شروع می شود که بیماری عوارض خود را به جای گذاشته است.^(۷)

مطالعه دیگری تحت عنوان بررسی دانش، نگرش و عملکرد پزشکان در درمان پرفشاری خون در آمریکا در سال ۲۰۰۱ انجام شد. از بین پزشکانی که به سؤال ها پاسخ دادند، تنها ۳۷/۲ درصد به چهار سؤال مرتبط با دانش پاسخ درست دادند و در ارتباط با نگرش و اهداف درمانی ثابت شده، اغلب با این اهداف موافق بودند. با این وجود وقتی از آنها در مورد چگونگی درمان پرفشاری خون خفیف و غیرعارضه دار سؤال شد، تنها ۲۳ درصد انتخاب های خود را به دیورتیک و بتابلوکر مطابق با روش های راهنما محدود کرده بودند.^(۸) مطالعه ای تحت عنوان اعتقاد پزشکان خانواده در مورد نحوه شروع دارو درمانی بیماری پرفشاری خون با استفاده از روش های راهنما توسط گروه اپیدمیولوژی و طب پیشگیری در استرالیا انجام شد. اغلب پزشکان جوان اعتقاد داشتند که داروهای جدید مؤثرتر و دارای عوارض کمتری هستند.^(۹)

مرگ و میر ناشی از بیماری های کرونری قلب طی بیست سال گذشته در بعضی از کشورهای اروپای غربی و آمریکا کاهش چشمگیری داشته است. در همین مدت این بیماری در کشورهای اروپای شرقی و بعضی از کشورهای در حال توسعه رو به افزایش نهاده است.^(۱) مصرف سیگار، کلسترول سرمی بالا و فشارخون بالا مهم ترین عوامل خطر برای بیماری های عروقی قلب هستند.^(۲) براساس اطلاعات به دست آمده از مطالعه های همه گیرشناسی از سال ۱۹۵۰ تعدادی از کشورها راهبردهایی را برای جلوگیری از بیماری های عروقی قلب از طریق کاهش سه عامل خطر اصلی یعنی مصرف سیگار، کلسترول سرمی بالا و فشارخون بالا در جمعیت به کار گرفته اند که نتایج آن کاهش عوامل خطر در این کشورها بوده است.^(۱) به عنوان مثال فنلاند شرقی که در اوایل سال ۱۹۷۰ بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های کرونری و بالاترین سطح عوامل خطر را نسبت به سایر ملل دنیا داشت، توانست با به کارگیری راهبردهای پیشگیری که بیش تر بر مبنای جامعه پی ریزی شده بود، سطح مرگ و میر ناشی از عوامل خطر را به میزان زیادی کاهش دهد.^(۳)

یکی از مهم ترین عوامل خطر، فشار خون بالا است و شایع ترین علت بروز نارسایی کلیه است.^(۴) در افراد بالغ، فشارخون سیستولی ۱۴۰ میلی مترجیوه یا بالاتر و فشارخون دیاستولی ۹۰ میلی متر جیوه یا بالاتر، پرفشاری خون محسوب می شود. براساس اطلاعات همه گیرشناسی در کشورهای مدیترانه شرقی و خاور میانه، شیوع فشارخون بالا در بررسی های مختلف ۱۰ تا بیش از ۱۷ درصد گزارش شده است.^(۵) مطالعه های انجام شده در کشور ما نیز حاکی از شیوع بالای پرفشاری خون است. در طرح سلامت و بیماری که در ۲۴ استان کشور در سال های ۶۹ تا ۷۲ انجام شد، فشارخون دیاستولی ۹۰ یا بالاتر در ۱۴ درصد افراد ۱۲ تا ۶۹ ساله گزارش شد. بر اساس همین طرح، ۱۴ درصد

مانند سن، جنس، سال های بعد از فارغ التحصیلی، محل انجام کار، آخرین مدرک تحصیلی و همچنین سؤال هایی در مورد نگرش پزشکان در بیماری پرفشاری خون، نحوه تشخیص و درمان آن بود. با هماهنگی قبلی و توسط یک اطلاعات مورد نظر پرسش گر جمع آوری شد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند و بر اساس پنج سطح یادگیری در حیطه نگرش (دریافت و توجه، پاسخ دادن، ارزش گذاری، سازماندهی ارزش ها و تبلور ارزش های سازمان یافته در شخصیت) طبقه بندی شد.

* یافته ها :

۷۳/۷ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه، مرد و ۲۶/۳ درصد زن بودند. ۵۵ درصد شرکت کنندگان در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۴۶/۳ درصد از پزشکان بیش تر از ده سال از زمان فارغ التحصیلی آنان می گذشت. ۶۳/۸ درصد مطب خصوصی و بقیه مطب خصوصی همراه با کار در مراکز دولتی و دانشگاهی داشتند.

در پاسخ به سؤال های مربوط به اولین سطح حیطه نگرش (دریافت و تجزیه) ۹۸/۸ درصد پزشکان، بیماری پرفشاری خون را یک مشکل بزرگ برای سلامتی می دانستند.

در دومین سطح (پاسخ دادن) ۸۷/۵ درصد از پزشکان به سؤال آیا شما آزمون آزمایشگاهی خاصی برای بیماران دارای فشارخون بالا در نظر دارید، جواب مثبت دادند.

در سومین سطح (ارزش گذاری) در پاسخ به سؤال علت درخواست آزمون های آزمایشگاهی، ۸۲/۷ درصد بررسی وجود آسیب اندام های هدف، تعیین دیگر عوامل خطر و تعیین وجود پرفشاری خون ثانویه را از جمله علل درخواست آزمون های آزمایشگاهی عنوان کردند.

در چهارمین سطح، ۹۶/۳ درصد پزشکان به پیشگیری اولیه در پرفشاری خون اعتقاد داشتند. از بین

مطالعه دیگری توسط دپارتمان پزشکی بالینی در ایتالیا تحت عنوان آگاهی و نحوه رویکرد پزشکان خانواده در مورد عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی در سال ۲۰۰۲ طراحی شد. حدود ۳۶ درصد از آنها قادر به ارزیابی درست عوامل خطر بیماری قلبی نبودند.^(۱۰) در یک مطالعه که در بحرین توسط گروه داروسازی در سال ۲۰۰۰ انجام شد، تفاوت تجویز دارویی پزشکان زن و مرد مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی مشاهده شد که در درمان تک دارویی پزشکان زن مهارکننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتنسن (ACEi) را ترجیح می دهند.^(۱۱) برای پیشگیری از بیماری، بررسی آگاهی و نگرش پزشکان شاغل بسیار اهمیت دارد. در صورتی که آموخته ها و دانش پزشکان را در مقابله با بیماری های غیرواگیر در هنگام اتمام دروس دانشگاهی و اخذ مدرک مربوطه، کافی بدانیم یکی از راهکارهای عمده ای که می توان برای پیشگیری از بروز بیماری به کار گرفت، افزایش توجه و تغییر نگرش پزشکان نسبت به عوامل خطر عمده بیماری ها، از جمله فشارخون بالاست. هدف از این مطالعه بررسی نگرش پزشکان در سطوح یادشده است تا بتوان از نتایج آن در برنامه ریزی های آموزشی و بازآموزی بهره گرفت و در صورت لزوم برای تغییر نگرش اقدام نمود.

* مواد و روش ها :

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۱ انجام شد. ابتدا لیست ۴۱۹ نفر از پزشکان عمومی شاغل در بخش دولتی و خصوصی از طریق دانشگاه علوم پزشکی همراه با مشخصات فردی و آدرس تهیه شد و از بین آنها حدود ۸۰ نفر به طور تصادفی و براساس فرمول حجم نمونه برای نسبت با سطح اطمینان ۹۵ درصد و برآورد ثبات نگرش ۸۵ درصد و دقت ۸ درصد انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز جهت بررسی نگرش با استفاده از پرسش نامه نگرش سنجی سازمان بهداشت جهانی جمع آوری شد. پرسش نامه حاوی مشخصات زمینه ای

نیز اظهار داشتند که مجموعه ای از چند آزمایش را برای بیماران خود درخواست می نمایند. همچنین ۱۰۰ درصد پزشکان اعلام داشتند که در صورت کنترل فشار خون، درمان بیمار را قطع نمی نمایند. مهم ترین علت قطع درمان توسط بیماران کنترل بیماری و فقدان علائم اعلام شد (جدول شماره ۱).

مداخله های موجود در پیشگیری از فشارخون بالا، ۱۱/۳ درصد به ورزش و تحرک بدنی و ۲۱/۴ درصد به ترکیبی از چند مداخله (کنترل وزن، محدودیت نمک، ورزش، محدودیت مصرف الکل) معتقد بودند.

در پنجمین سطح، ۸۰ درصد پزشکان اعلام داشتند که قبل از شروع درمان ۲ تا ۴ بار فشار خون بیمار را اندازه گیری می کنند. ۶۱/۲ درصد

جدول ۱- فراوانی ابعاد مختلف نگرش پزشکان عمومی شهر قزوین در مورد پرفشاری خون

جمع	فراوانی		ابعاد مختلف نگرش
	خیر (%)	بلی (%)	
			دریافت توجه
۱۰۰	۱/۲	۹۸/۸	بیماری پرفشاری خون به عنوان یک مشکل بزرگ سلامتی
۱۰۰	۲۳/۸	۷۶/۳	آگاهی در مورد درمان های دارویی پرفشاری خون
۱۰۰	۱۸/۳	۸۱/۷	اعتقاد به درمان های غیر دارویی پرفشاری خون
			پاسخ دادن
۱۰۰	۱۲/۵	۸۷/۵	در نظر داشتن آزمون آزمایشگاهی خاص برای بیماران دارای فشار خون بالا
۱۰۰	۸	۹۲	نیاز به انجام بیش از یک آزمایش برای بیماران
۱۰۰	۵۳/۸	۴۶/۳	مصرف منظم داروهای پرفشاری خون توسط بیماران
			ارزش گذاری
۱۰۰	۶/۳	۹۳/۷	اعتقاد به مفید بودن آزمون های آزمایشگاهی برای درمان بیماران
۱۰۰	۱۷/۳	۸۲/۷	در نظر داشتن دلیلی برای درخواست آزمون های آزمایشگاهی
۱۰۰	۵۱/۳	۴۸/۸	اعتقاد به شناسایی بیماری توسط علائم بیمار
			سازماندهی ارزش ها
۱۰۰	۳/۷	۹۶/۳	اعتقاد به پیشگیری اولیه پرفشاری خون
۱۰۰	۲۰	۸۰	نیاز به ۲ تا ۴ بار معاینه جهت تشخیص قطعی بیماری
۱۰۰	۵۸/۷	۴۱/۳	افزایش مقدار دارو در صورت عدم کنترل بیماری
			تبلور ارزش های سازمان یافته در شخصیت
۱۰۰	۲۰	۸۰	کنترل فشار خون ۲ تا ۴ بار قبل از درمان
۱۰۰	۰	۱۰۰	عدم قطع درمان در صورت کنترل بیماری
۱۰۰	۴۶/۲	۵۳/۸	استفاده از بتابلوکر در درمان پرفشاری خون خفیف
۱۰۰	۷۰	۳۰	استفاده از دیورتیک ها در درمان پرفشاری خون خفیف
۱۰۰	۹۵	۵	استفاده از ACEinh در درمان فشار خون خفیف
			استفاده از سایر داروها
۱۰۰	۶۲/۵	۳۷/۵	ملاک درمان فشار خون ۱۳۰/۸۵
۱۰۰	۶۱/۲	۳۸/۸	ملاک درمان فشار خون ۱۴۰/۹۰
۱۰۰	۷۶/۲	۲۳/۸	ملاک درمان فشار خون ۱۳۰/۸۰

نکته دیگری که باید به آن توجه نمود، اعتقاد نزدیک به نیمی از پزشکان مبنی بر تشخیص فشارخون بالا توسط علائم بیمار است. با توجه به این که پرفشاری خون در اکثر موارد بدون علامت است، این اعتقاد باعث عدم تشخیص بیماران بدون علامت خواهد شد. این موضوع می تواند از تأثیر نگرش جامعه و بیماران بر روی پزشکان ناشی شود که باید اصلاح گردد.

اکثر پزشکان معتقد بودند برای تشخیص بیماری پرفشاری خون و گذاردن برچسب بیماری بر روی یک فرد باید حداقل ۲ تا ۴ بار وی را معاینه نمایند تا تشخیص قطعی فشارخون داده شود. در مطالعه پیترو، از بین ۴۳۵۴۹ بیماری که پزشکان برای آنها تشخیص پرفشاری خون گذاشته بودند، تنها ۴۰ درصد آنها پرفشاری خون داشتند.^(۳)

اعتقاد ۹۵ درصد پزشکان به روش های پیشگیری اولیه و توصیه تنها ۱۱/۳ درصد آنها به تحرک بدنی و ورزش جای تأمل دارد. توجه به تحرک بدنی، ورزش، اصلاح الگوهای تغذیه ای و شیوه زندگی، در پیشگیری و درمان بیماری های غیرواگیر از جمله پرفشاری خون نقش بسیار مهمی دارد. پزشکان در کنار استفاده از دارو باید به این شیوه ها نیز توجه نمایند. مطالعه بانگاس در اسپانیا نشان داد که فشار خون ۴۲ درصد بیماران به حد درمانی نمی رسد و کنترل پرفشاری خون در افراد دیابتی یا دارای بیماری کلیوی کمتر است.^(۱۲) در مطالعه پیترو از بین بیماران با تشخیص پرفشاری خون، ۹/۴ درصد هیچ درمانی دریافت نکرده بودند، ۶/۸ درصد تنها درمان غیردارویی و ۸۳/۸ درصد دارو دریافت کرده بودند. کنترل پرفشاری خون بسیار ضعیف گزارش شده بود، یعنی پزشکان درمان کافی برای بیماران انجام نداده بودند و فقط زمانی درمان جدی را شروع می کردند که بیماری عوارض خود را برجای گذاشته بود.^(۱۰) از طرفی بیماران نیز به علت عدم دریافت آموزش و ناآگاهی با رفع علائم، درمان را قطع می کنند که این موضوع باید مورد توجه جدی پزشکان قرار گیرد. در این مطالعه اکثر پزشکان از

در بررسی انجام شده بین مدت زمان بعد از فارغ التحصیلی با ملاک انتخاب درمان پرفشاری خون و برخورد درمانی با پرفشاری خون کنترل نشده ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0/02$). افرادی که کمتر از ۵ سال از زمان فارغ التحصیلی آنها می گذشت، فشارخون $140/90$ را به عنوان ملاک درمان، فارغ التحصیلان بین ۵ تا ۱۰ سال فشارخون $130/85$ و بعد از ۱۰ سال گزینه های $120/80$ و $140/90$ و $130/85$ را تقریباً به طور برابر انتخاب کرده بودند. همچنین بین سن و درمان پرفشاری خون کنترل نشده ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0/01$). با افزایش سن اکثر پزشکان در صورت عدم کنترل پرفشاری خون نوع دارو را تغییر می دادند. بین جنس و ابعاد مختلف نگرش ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

* بحث و نتیجه گیری :

این مطالعه نشان داد که اکثر قریب به اتفاق پزشکان، پرفشاری خون را یک مشکل بزرگ سلامتی می دانند. اعتقاد به وجود مشکل و توجه به اهمیت موضوع می تواند قدم بسیار مهمی در حل یک مشکل باشد. با توجه به این که ارزیابی درست عوامل خطر در برخورد با بیماری فشارخون بالا مهم است، تنها ۶۱/۲ درصد پزشکان مجموعه ای از آزمایش ها را درخواست می کردند و نزدیک به ۴۰ درصد، بیماران را به درستی ارزیابی نمی کردند. در مطالعه ای که توسط سلناتو در ایتالیا انجام شد نیز نتایج تقریباً مشابهی به دست آمد.^(۱۰) بیش از نیمی از پزشکان بر این اعتقاد بودند که بیماران به طور منظم دارو مصرف نمی کنند. یکی از دلایل عدم مصرف دارو را می توان به عدم برقراری ارتباط صحیح پزشکان با بیماران و عدم توجه بیماران نسبت به عوارض بیماری ارتباط داد. توانایی برقراری ارتباط برای یک پزشک اهمیتی برابر با دانش پزشکی او دارد. نارضایتی در مورد پزشکانی که ارتباط درستی با بیماران برقرار نمی کنند بیش تر است و این موضوع طبعاً به عدم رعایت دستورات پزشک منجر می شود.

Organization, Regional Committee for the eastern mediteranian, June 1980

6. Maleki M, Noohi F, Oraili S et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in Tehran: Healthy Hearth Project. Iranian Heart J 1998; supp 11: 130

7. Pittrow D, Kirch W, Bramlage P et al. Patterns of antihypertensive drug utilization in primary care. Eur J Clin Pharmacol 2004; 60(2): 135-42

8. Huse DM, Roht LH, Alpert JS. Physicians Knowledge, attitudes and practice of pharmacology treatment of hypertension. Ann Pharmacother 2003; 35(10): 1173-9

9. Nelson MR, Reid CM, Krum H. Factors influencing family physician adherence treatment guideline recommendations on the ignition of pharmacotherapy: questionnaire survey. Am J Cardiovas Drugs 2003; 3(6): 437-41

10. Celentano A, Panico S, Palmieri V et al. Citizen and family doctors facing awareness and management of traditional cardiovascular risk factors: results from the Global Cardiovascular Risk Reduction Project. Nutr Metab Cardiovas Dis 2003; 13(4): 211-7

11. Sequera RP, Khaja KA, Damanhori AH. Physician gender and antihypertensive prescription pattern in primary care. Jevl Clin Prac 2003; 9(4): 409-15

12. Bangeas JR, Segura J, Ruilope LM et al. Blood pressure control and physician management of hypertension in hospital hypertension units in Spain. Hypertension 2004 Jun; 43(6):1338-44

بتابلوکرها و دیورتیک ها در درمان پرفشاری خون خفیف استفاده می کردند که با مطالعه هاوس در آمریکا که فقط ۲۳ درصد پزشکان از این داروها استفاده می کردند مغایرت دارد.^(۱۱) در این مطالعه بین سال های بعد از فارغ التحصیلی با ملاک درمان و برخورد درمانی در مورد پرفشاری خون کنترل نشده ارتباط معنی داری مشاهده شد. در مطالعه ای که در استرالیا توسط نلسون انجام شد نیز در رویکرد درمانی پزشکان جوان با پزشکان مسن تر تفاوت آشکاری دیده شد.^(۱۲) در این مطالعه بین جنس و نگرش ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با مطالعه انجام شده توسط سکویرا در بحرین مغایرت دارد.^(۱۳) به طور کلی به نظر می رسد نگرش پزشکان در مورد بیماری پرفشاری خون با گذشت زمان تغییر می کند و این موضوع ضرورت برگزاری دوره های بازآموزی را نشان می دهد.

* مراجع :

1. Urema K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. World Health State 1989; 41: 155-78
2. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. Monograph no 29, New York, American Health Association, 1970
3. Puska p, Nssinen A, Tpmilehto J et al. The community based strategy to prevent coronary cardiac disease project. Ann Rey Public Health 1985; 147-930
4. Braunwald E. Heart Disease, a textbook of cardiovascular medicine. 5th ed, Philadelphia, W B sanders, 1997, 814-6
5. Cardiovascular Disease, prevention and control. Technical paper, World Health