

تبیین ابعاد تعدیل‌کننده سبک زندگی در ارتباط با میزان فشارخون در جمعیت شهری بالای ۳۰ سال شهر بوبین میاندشت/ اصفهان

ناصر شرفخانی^۱، حامد میرزایی^۲، هاجر رضایی^۳، احمدعلی اسلامی^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۸/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۰/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سبک زندگی سالم از منابع با ارزش کاهش بروز و شدت بیماری‌ها از جمله فشارخون و عوارض ناشی از آن‌هاست و روشی جهت ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی می‌باشد. لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی و پیش‌بینی ابعاد تعدیل‌کننده سبک زندگی در ارتباط با میزان فشارخون انجام شد. **مواد و روش کار:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۲۸۴ نفر از جمعیت شهری بالای ۳۰ سال تحت پوشش دو مرکز جامع سلامت شهری، شهر بوبین میاندشت انجام شد. ابزار گردآوری داده‌های این مطالعه، پرسشنامه‌های در زمینه سبک زندگی بنام "نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی Health Promoting Lifestyle (profile) و دستگاه فشارسنج عقربه‌ای ERKA switch comfort استاندارد شده بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۲ از طریق تحلیل رگرسیون و محاسبه ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** در این مطالعه بین میزان فشارخون با عوامل مختلف سبک زندگی مانند تغذیه سالم ($r=0.599$)، کنترل استرس ($r=-0.500$)، انجام فعالیت فیزیکی ($r=0.387$)، مسئولیت‌پذیری ($r=-0.217$) و رشد معنوی ($r=-0.253$) همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود داشت. اما بین میزان فشارخون با عامل ارتباطات فردی رابطه‌ای دیده نشد. سه عامل تغذیه سالم، کنترل استرس و انجام فعالیت فیزیکی در مدل آماری حاصل از تحلیل رگرسیون، توانایی تبیین حدود ۴۰ درصدی از میزان فشارخون مطلوب را داشت. **بحث و نتیجه‌گیری:** در مجموع، مطالعه حاضر اهمیت ابعاد مختلف سبک زندگی به‌ویژه داشتن تغذیه سالم، کنترل استرس و انجام فعالیت فیزیکی را روی میزان فشارخون آشکار کرد. بنابراین نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در هنگام برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات جهت مدیریت عوامل مؤثر بر میزان فشارخون، چارچوب نظری را برای طراحان این برنامه‌ها مهیا کند. **واژه‌های کلیدی:** سبک زندگی، فشارخون، رفتارهای بهداشتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۰۲، فروردین ۱۳۹۷، ص ۲۹-۲۲

آدرس مکاتبه: اصفهان، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تلفن: ۰۳۱۳۷۹۲۳۲۳۹
Email: eslamiaa@gmail.com

مقدمه

اهمیت آن در کشورهای در حال توسعه ناشناخته مانده است (۳). این بیماری در پی خود عارضه‌های همچون بیماری‌های قلبی عروقی، سکتة قلبی و نارسایی کلیوی را دارد به طوری که پرفشاری خون علت ۵۱ درصد مرگ‌ومیر ناشی از سکتة مغزی و ۴۵ درصد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی محسوب می‌شود (۴). در اکثر موارد علت واقعی فشارخون مشخص نیست ولی در مجموع، این بیماری مانند اغلب بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی،

فشارخون، یکی از مهم‌ترین و عمومی‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه‌یافته می‌باشد (۱). که از نظر هزینه درمانی و مراقبتی، رقم بالایی را به خود اختصاص می‌دهد (۲) و ۶ درصد از هزینه بیماری‌ها را در سراسر دنیا به خود اختصاص داده است (۱). گرچه اهمیت بیماری فشارخون بالا به‌عنوان یک عامل مهم مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته شناخته شده است، ولی هنوز

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۴ دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد (۵، ۶) و به‌تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس در سراسر جهان می‌باشد (۷) که در صورت عدم کنترل به‌موقع و مناسب، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانایی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و درنهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می‌شود (۵). در ایران نیز بیماری‌های ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی به‌شمار می‌روند (۸) که شیوع پرفشاری خون به‌عنوان یکی از این بیماری‌ها در گروه سنی ۲۰-۶۹ سال ۲۲ درصد گزارش شده است (۹).

بنابراین توصیه‌های مراقبتی برای پیشگیری و کنترل فشارخون، باید در رابطه با اصلاح سبک زندگی نادرست باشد (۱۰). سبک زندگی سالم از منابع با ارزش کاهش بروز و شدت بیماری‌ها و عوارض ناشی از آن‌هاست و روشی جهت ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی است (۱۱) و همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است (۱۲). در مطالعات مختلف به ابعاد مختلفی از سبک زندگی در ارتباط با بیماری فشارخون به‌مانند بعد تغذیه، فعالیت فیزیکی، بعد روانی همچون کنترل استرس، بعد عاطفی مانند معنویت و بعد اجتماعی که در آن به مسئولیت‌پذیری و روابط بین فردی تأکید شده است (۱۰، ۱۳، ۱۴).

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 (۱۵). لذا 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 (۱۶).

با توجه به آنچه در فوق آمد این مطالعه درصدد پاسخ به این سؤال کلیدی است که قدرت تبیین ابعاد مختلف سبک زندگی سالم در ارتباط با میزان فشارخون در افراد بالای ۳۰ سال به چه میزان است 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 روش کار

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی روی ۲۸۴ نفر از ساکنین بالای ۳۰ سال تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهری (با دارا بودن دو مرکز)، شهر بوبین میاندشت انجام شد. معیار ورود

نمونه‌ها به مطالعه شامل: ۱- داشتن شرایط سنی بالای ۳۰ سال ۲- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش ۳- نداشتن مشکل ارتباطی و تکلم ۴- نداشتن اختلال شناختی و دمانس بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱- عدم تمایل برای شرکت در مطالعه ۲- عدم ابتلا به سایر مشکلات (سایر بیماری‌ها) که بازتاب آن‌ها فشارخون باشد. نمونه‌ها به روش تصادفی سیستماتیک به این صورت که با مراجعه به دو مرکز جامع سلامت شهری، ۳۰۰ پرونده خانوار از بین ۳۱۴۲ پرونده سلامت خانوار انتخاب و از هر پرونده سلامت خانوار یک نفر که دارای شرایط ورود به مطالعه بود، 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 و وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌های این مطالعه، پرسشنامه‌ای در زمینه سبک زندگی بنام "نیمرخ سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامتی (Health Promoting Lifestyle profile) و دستگاه فشارسنج عقربه‌ای ERKA switch comfort که به‌وسیله شرکت سازنده کالیبره شده و از نظر استاندارد اندازه‌گیری فشارخون مورد تأیید بود که به‌واسطه پرسشگر از مراکز جامع سلامت شهر بوبین میاندشت جمع‌آوری شد. پرسشنامه شامل سؤالات دموگرافیک و سؤالات مرتبط با رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت بود که دارای ۵۲ سؤال است که پاسخ‌های هر سؤال شامل طیف چهارگزینه‌ای هرگز، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه بود و در آن رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامتی در شش بعد سبک زندگی ۱- تغذیه با ۹ سؤال برای مثال " رژیم غذایی کم‌چرب استفاده می‌کنم. "، ۲- فعالیت فیزیکی با ۸ سؤال برای مثال " برای ۲۰ دقیقه یا بیشتر، حداقل سه بار در هفته ورزش می‌کنم. " ۳- کنترل تنش با ۸ سؤال برای مثال " در مورد نگرانی‌ها و دلوپسی‌های بهداشتی‌ام با پرسنل بهداشتی صحبت می‌کنم. " ۴- رشد معنوی با ۹ سؤال برای مثال " حضور خدا را در زندگی‌م احساس می‌کنم "، ارتباطات بین فردی با ۹ سؤال برای مثال " با اطرافیانم ارتباط مداوم داشته و صله‌رحم بجا می‌آورم. " و مسئولیت‌پذیری سلامتی با ۹ سؤال برای مثال " در برنامه‌های آموزشی در زمینه مراقبت و بهداشت فردی شرکت می‌کنم. " اندازه‌گیری شد و نمره‌گذاری آن‌ها به این صورت که، به پاسخ همیشه " نمره ۴، اکثر اوقات " نمره ۳، گاهی اوقات " نمره ۲ و به پاسخ هرگز " نمره ۱ " داده شد. جهت سطح‌بندی مطلوبیت سبک زندگی در ابعاد مختلف، بخش تغذیه در مجموع ۳۶ امتیاز، فعالیت فیزیکی دارای ۳۲ امتیاز، بعد کنترل تنش ۳۲، بعد رشد معنوی ۳۶، بعد ارتباطات بین فردی ۳۶ و بعد مسئولیت‌پذیری معنوی ۳۶ امتیاز داشت که بر مبنای درصد امتیاز کسب‌شده در سه طبقه نامطلوب زیر ۵۰ درصد، نسبتاً مطلوب بین ۵۰ تا ۷۵ درصد و مطلوب بالای

نمونه‌ها (۸، ۸۳ درصد) متأهل بودند. از نظر شغلی نیز بیشتر آنان خانه‌دار (۶/۴۲ درصد) بودند. نمای کلی مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

میانگین نمره ابعاد مختلف سبک زندگی نمونه‌ها در ارتباط با رفتارهای پیشگیری یا کنترل‌کننده میزان فشارخون در حد مطلوبی نبودند و بیشترین چالش را به ترتیب در بعد انجام رفتارهای فعالیت بدنی با میانگین نمره (۲۳، ۴۷±۱۵، ۵۱)، رفتارهای تغذیه‌ای با میانگین نمره (۶۴، ۵۲±۱۳، ۱۶) و کنترل استرس با میانگین نمره (۸۷، ۵۴±۱۴، ۱۷) را داشتند. (جدول ۲).

ضریب همبستگی پیرسون نشان‌دهنده ارتباط معکوس و معنی‌دار در ارتباط با اکثر ابعاد مختلف سبک زندگی و میزان فشارخون نمونه‌ها بود، اما در این میان همبستگی بین بعد ارتباطات بین فردی و میزان فشارخون نشان داده نشد. ضرایب همبستگی ابعاد مختلف سبک زندگی با میزان فشارخون در جدول شماره ۳ آمده است.

برای تعیین قدرت پیش‌بینی کنندگی تغییرات میزان فشارخون، از تحلیل رگرسیونی و روش گام‌به‌گام (Stepwise) استفاده گردید. در این تحلیل رگرسیونی شش بعد سبک زندگی فوق‌الذکر لحاظ گردیدند که بر اساس نتایج آن، بعد تغذیه، کنترل استرس و فعالیت بدنی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نهایی تغییرات میزان فشارخون تعیین شدند. این متغیرها مجموعاً قادر تبیین ۴۰ درصد ($R^2=0/402$) از تغییرات میزان فشارخون در نمونه‌ها بودند. (جدول ۴ و ۵).

۷۵ درصد ارزیابی گردید. لازم به ذکر است که اعتبار محتوا و پایایی ($\alpha=0/86$) پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه توسط مروتی و همکاران در مطالعه‌ای موردسنجش قرار گرفته بود (۱۳). همچنین اندازه‌گیری فشارخون نمونه‌ها در شرایط آرام و بدون تنش و حدود ۱۰ دقیقه بعد از مراجعه فرد به مرکز جامع سلامت شهر انجام شد و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی افراد دارای فشارخون سیستولیک برابر یا بالای ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون دیاستولی برابر یا بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه به‌عنوان مبتلا به فشارخون تلقی شدند.

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، آمار توصیفی نظیر درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار لحاظ گردید و با توجه به اینکه آزمون کولموگراف اسمیرنو بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه دارای کد اخلاق (IR.MUI.REC.1396.1.118) می‌باشد و شرکت کلیه نمونه‌ها در این مطالعه به‌صورت آگاهانه و داوطلبانه بوده است.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۸۴ فرد بالای ۳۰ سال با میانگین سنی $53/18 \pm 15/62$ مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۷۱ نفر (۶۰/۲ درصد) زن و ۱۱۳ نفر دیگر (۳۹/۸ درصد) مرد بودند. از نظر تأهلی، ۲۳۸ نفر از

جدول (۱): فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک واحدهای موردپژوهش

نوع متغیر	تعداد یا میانگین	درصد یا انحراف معیار
جنسیت	زن	۳۹،۸
	مرد	۶۰،۲
وضعیت تأهل	متأهل	۸۳،۷
	مجرد	۵،۷
	مطلقه و همسر از دست داده	۱۰،۶
	کشاورز	۵۳
نوع شغل	کارمند	۱۶،۹
	کارگر	۲۷
	خانه‌دار	۹،۵
	مستمری‌بگیر	۴۲،۵
	ازکارافتاده و بیکار	۶
		۶،۴
اندازه فشارخون سیستولیک (در کل نمونه‌ها)	۱۲۸،۷۰	۱۶/۸۷

جدول (۲): میانگین نمرات عوامل مختلف سبک زندگی در ارتباط با فشارخون در واحدهای مورد پژوهش

ابعاد سبک زندگی	میانگین نمره کل نمونه‌ها ± انحراف معیار	مطلوب	متوسط	نامطلوب
تغذیه	۱۳،۱۶±۵۲،۶۴	۸۲ (۲۸،۸٪)	۱۶۳ (۵۷،۵٪)	۳۹ (۱۳،۷٪)
فعالیت بدنی	۱۵،۵۱±۴۷،۲۳	۱۹۰ (۶۶،۹٪)	۸۱ (۲۸،۵٪)	۱۳ (۴،۶٪)
کنترل استرس	۱۴،۱۷±۵۴،۸۷	۱۳۳ (۴۶،۸٪)	۱۳۱ (۴۶،۲٪)	۲۰ (۷٪)
ارتباطات بین فردی	۱۰،۵۹±۶۵،۱۵	۵۳ (۱۸،۷٪)	۱۹۵ (۶۸،۶٪)	۳۶ (۱۲،۷٪)
عامل مسئولیت‌پذیری	۱۱،۹۴±۵۸،۰۹	۱۰۳ (۲۶،۳٪)	۱۶۴ (۵۷،۷٪)	۱۷ (۶٪)
عامل رشد معنوی	۱۲،۳۳±۶۵،۸۶	۵۹ (۲۰،۸٪)	۱۷۴ (۶۱،۲٪)	۵۱ (۱۸٪)

جدول (۳): ضریب همبستگی پیرسون بین عوامل مختلف سبک زندگی با میزان فشارخون

متغیر	عامل تغذیه	عامل فعالیت بدنی	عامل کنترل استرس	ارتباطات بین فردی	عامل مسئولیت‌پذیری	عامل رشد معنوی	میزان فشارخون
r	-۰،۵۹۹××	-۰،۳۸۷××	-۰،۵۰۰××	۰،۰۲۱	-۰،۲۱۷××	-۰،۲۵۳××	۱
p	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۷۴۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	فشارخون

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

جدول (۴): مراحل تحلیل رگرسیون خطی در پیش‌بینی میزان فشارخون

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	(R) همبستگی	ضریب تبیین (R ^۲)	ضریب تبیین تعدیل‌شده (R ^۲ Adjusted)
عوامل سبک زندگی	تغذیه	۰،۵۸۴	۰،۳۴۱	۰،۳۳۸
	تغذیه و عامل کنترل استرس	۰،۶۱۸	۰،۳۸۲	۰،۳۷۶
	تغذیه، عامل کنترل استرس و فعالیت بدنی	۰،۶۳۴	۰،۴۰۲	۰،۳۹۴

جدول (۵): ضرایب رگرسیون پیش‌بینی میزان فشارخون با توجه به نمرات عوامل مختلف سبک زندگی

مراحل	منبع تغییرات	ضرایب غیراستاندارد		سطح معنی‌داری
		B	Std. Error	
۱	مقدار ثابت	۱۹۲،۱۵۴	۵،۸۶۹	۰،۰۰۱
	عامل تغذیه	-۱،۶۵۲	۰،۲۰۷	۰،۰۰۱
	عامل کنترل استرس	-۰،۷۸۰	۰،۱۸۶	۰،۰۰۱
	فعالیت بدنی	۰،۶۰۵	۰،۲۱۵	۰،۰۰۵

بحث

نیز میانگین نمره سبک زندگی پایینی را در بعد تغذیه، کنترل استرس و انجام فعالیت فیزیکی در ارتباط با میزان فشارخون بالا گزارش نمودند و نیز فاطمه السادات حسینی و همکاران (۱۷) و نسرین باروق و همکاران (۱۴) اذعان داشتند که نمره سبک زندگی، جامعه تحت مطالعه خودشان در ارتباط مدیریت میزان فشارخون در حد نامطلوبی بوده است.

با توجه به نتایج تحقیق، بررسی میزان همبستگی بین ابعاد سبک زندگی تغذیه (-۰،۵۹۹)، فعالیت فیزیکی (-۰،۳۸۷)، کنترل استرس (-۰،۵۰۰)، مسئولیت‌پذیری (-۰،۲۱۷)، رشد معنوی

سبک زندگی جزء اساسی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی است ولی باوجود اهمیت زیاد سبک زندگی در پیشگیری و کنترل فشارخون یافته‌های پژوهش نشان داد، که میانگین نمره ابعاد مختلف سبک زندگی نمونه‌ها در ارتباط با رفتارهای پیشگیری یا کنترل‌کننده میزان فشارخون در حد مطلوبی نبودند و بیشترین چالش را به ترتیب در بعد انجام رفتارهای فعالیت بدنی با میانگین نمره (۱۵،۵۱±۴۷،۲۳)، رفتارهای تغذیه‌ای با میانگین نمره (۱۳،۱۶±۵۲،۶۴) و کنترل استرس با میانگین نمره (۱۴،۱۷±۵۴،۸۷) را داشتند. مطالعه صابر مقدم رنجبر و همکاران

(۲۵۳-۰)، با میزان فشارخون نشان می‌دهد که این همبستگی معکوس و معنی‌داری است. ولی بین بعد ارتباطات بین فردی (۲۱،۰) و میزان فشارخون همبستگی مشاهده نشد. که با یافته‌های زرین قبائی فقط در بعد تغذیه هم‌خوانی و در بقیه ابعاد سبک زندگی مغایرت دارد (۱۸).

حاصل این تحقیق یک مدل آماری متشکل از سه متغیر شامل تغذیه سالم، کنترل استرس و انجام فعالیت فیزیکی شد که به‌تنهایی قادر به تبیین حدود ۴۰ درصد کاهش میزان فشارخون بود. البته توان هر یک از متغیرهای سه‌گانه فوق در تبیین کاهش میزان فشارخون متفاوت است. در تحلیل مدل رگرسیونی در ارتباط با ابعاد سبک زندگی و فشارخون، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بعد تغذیه قوی‌ترین تبیین‌کننده از میزان فشارخون می‌باشد، به‌گونه‌ای که افرادی موردپژوهشی که از غذاهای پرچرب و مصرف نمک به‌عنوان عامل مهم غذایی در برنامه تغذیه خود استفاده می‌کردند دارای میزان فشارخون بالای بودند. Paul Farajian و همکاران (۱۹)، انتخاب رژیم غذایی ناسالم بخصوص در انتخاب غذاهایی با میزان نمک دریافتی بالا از آن‌ها را با میزان فشارخون مرتبط دانستند و همچنین simces و همکاران (۲۰) اذعان کرده‌اند که با سبک زندگی سالم از جمله تغذیه سالم و کاهش نمک دریافتی از غذاها می‌توان میزان فشارخون را مدیریت و از آن پیشگیری کرد. که این یافته با منابع و مراجع موجود در ذکر عوامل مهم خطر بروز پرفشاری خون همسو بوده (۲۱) در اثبات این موضوع که تغذیه ناصحیح یکی از عوامل اصلی در ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی من جمله پرفشاری خون می‌باشد تأکید دارد و توصیه می‌شود ضمن تدوین طرحی برای کاهش دریافت نمک و چربی و افزایش توانایی افراد در انتخاب رژیم غذایی سالم بخصوص مصرف میوه و سبزی‌ها در اختیار این افراد قرار بگیرد (۲۲).

دومین عامل پیشگویی‌کننده کنترل استرس می‌باشد. که این نتیجه با یافته‌های حاصل از مطالعه Lindquist و همکاران که به نقش استرس و فاکتورهای مرتبط با آن در میزان فشارخون تأکید داشته‌اند همسو می‌باشد (۲۳) و همچنین حمیدی زاده و همکاران در مطالعه خود نشان داده‌اند که ایجاد استرس، اضطراب و فشارهای روانی، تغییر در میزان فشارخون را به دنبال دارد (۲). با توجه به این موضوع می‌توان استرس را نیز یکی از عوامل دخیل در میزان فشارخون می‌باشد، چراکه با توجه به تغییرات فیزیولوژیکی در نتیجه ایجاد استرس و تأثیری که بر روی عروق و جریان فشارخون دارد در طولانی‌مدت و تنش‌های مداوم احتمالاً می‌تواند در ایجاد این تغییرات دخالت داشته باشد. از این رو توصیه می‌شود افراد با انجام

فعالیت‌های فیزیکی مؤثر مانند ورزش‌های هوازی در زمان استراحت‌های روزمره و در حین کارها در طول روز و مشاوره با روانشناس و بهره‌گیری از اصول صحیح کاهش و کنترل استرس مانع از بروز آن و در نتیجه جلوگیری از بروز بیماری‌های متعاقب آن همچون فشارخون گردند (۱۸).

سومین عامل پیشگویی‌کننده بعد فعالیت فیزیکی بود، که این یافته با نتایج مطالعه Diaz و همکاران (۲۴)، Saladini و همکاران (۲۵)، Egan و همکاران (۲۶) و C Ineke Neutel (۲۷) که فعالیت فیزیکی منظم را به‌عنوان بعدی از سبک زندگی و عاملی محافظتی و کنترل‌کننده میزان فشارخون دانسته‌اند که همسو با یافته این مطالعه است. کاهش فعالیت فیزیکی یکی از عوامل شیوه زندگی است که باعث افزایش فشارخون می‌شود، زیرا باعث افزایش در مقدار لیپیدهای خون می‌گردد که یکی از ریک فاکتورهای ابتلا به فشارخون بالاست (۲۸).

بر اساس نتایج فوق و با شناسایی عوامل مؤثر بر میزان فشارخون تا حدود بسیاری می‌توان عوامل تأثیرگذار بر فشارخون را شناسایی نموده و نیز در مدیریت این بیماری و این عوامل را می‌توان به کار گرفت.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت فشارخون و عوارض جسمی، اقتصادی و اجتماعی و روانی که برای تک‌تک افراد و جامعه به بار دارد نیازمند توجه به عوامل مرتبط و تعیین‌کننده میزان فشارخون و تلاش در جهت تعدیل الگوهای زندگی ناسالم چون فعالیت فیزیکی کم و پراسترس، رژیم غذایی ناسالم و سایر کاستی‌ها در و عامل اجتماعی و عاطفی است که نیاز به برنامه‌ریزی‌های هدفمند و به‌کارگیری استراتژی و راهبردهای مؤثر و کارآمد می‌باشد که نتایج این مطالعه می‌تواند چارچوب نظری را در جهت طراحی مداخلات مفید مهیا کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی مصوب در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت به شماره ۳۵۲۷-۱۴۰-۰۱-۱۳۹۶ و کد اخلاق (IR.MUI.REC.1396.1.118) معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده و لذا بدین‌وسیله نویسندگان مقاله مراتب امتنان و تشکر خود را از آن معاونت محترم و نیز شبکه بهداشت بوبین میاندشت و کلیه نمونه‌های شرکت‌کننده‌ها در این طرح اعلام می‌دارند.

References:

1. Kaplan MS, Huguot N, Feeny DH, McFarland BH. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. *Soc Sci Med* 2010;70(6): 844-9.
2. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Asghari M. Study effect of relaxation technique on anxiety and stress in elders with hypertension. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006;8.
3. Fuentes R, Ilmaniemi N, Laurikainen E, Tuomilehto J, Nissinen A. Hypertension in developing economies: a review of population-based studies carried out from 1980 to 1998. *J Hypertens* 2000;18(5): 521-9.
4. Mularrcik KA. Self efficacy toward health behaviors to improve blood pressure in patients who receive care in a primary care network (Dissertation). Ohio, OH: Sciences in the Graduate School, Ohio State University; 2010.
5. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *J Clin Psychol* 2010;1(5): 27-34.
6. Issazadegan A, Shieky S, Hafeznia M. the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on style and quality of life in patients with hypertension. *Urmia Med J* 2013;24(8): 583-92.
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. 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): 261-3.
9. Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M, Sarrafzadeh A, Azizi F. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population. *Tehran Lipid and Glucose Study*; 2004.
10. 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 Promot Manag* 2012;1(2): 8-23.
11. Lyons R, Langille L. Healthy lifestyle: strengthening the effectiveness of lifestyle approaches to improve health. Edmunton (AB): Health Canada; 2000.
12. Monahan F, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green-Nigro C. Phipps' medical-surgical nursing. Health and illness perspectives, 8th ed; Philadelphia: Mosby. Elsevier; 2007.
13. 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 Univ Med Sci J* 2005;12: 23-9.
14. 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* 2010;15(5): 193-8.
15. Markas A. Health for all: An attainable goal or an idealistic dream. *Health Educ J* 2005;105(1): 5-10.
16. Ostadrahimi A, Mahboob S, Afiatmilani S. Relationship between blood pressure and daily sodium, potassium, calcium intake and BMI. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003;7(2): 36-40.
17. Aghamolaei T, Hossaini FS, Farshidi H, Madani A, Ghanbarnejad A. Lifestyle of Patients With

- High Blood Pressure in Rural Areas of Jahrom, Iran. *J Prev Med* 2014;1(1): 1-9.
18. Saber M, Rajabzade R, Nasiry- ZG D. Relationship of lifestyle and hypertension in administrative employees in Bojnourd rural areas. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013;5: 785-91.
19. Farajian P, Panagiotakos DB, Risvas G, Micha R, Tsioufis C, Zampelas A. Dietary and lifestyle patterns in relation to high blood pressure in children: the GRECO study. *J Hypertens* 2015;33(6): 1174-81.
20. Simces ZL, Ross SE, Rabkin SW. Diagnosis of hypertension and lifestyle modifications for its management. *B C Med J* 2012;54(8): 392-8.
21. Brunner LS. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
22. Elliott D. *Stoelting's Anaesthesia and Co-existing Disease*. Oxford University Press; 2008.
23. Lindquist TL, Beilin LJ, Knuiiman MW. Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension* 1997;29(1): 1-7
24. Diaz KM, Booth JN, Seals SR, Abdalla M, Dubbert PM, Sims M, et al. Physical Activity and Incident Hypertension in African Americans: The Jackson Heart Study. *Hypertension* 2017;69(3):421-7.
25. Saladini F, Mos L, Fania C, Garavelli G, Casiglia E, Palatini P. Regular physical activity prevents development of hypertension in young people with hyperuricemia. *J Hypertens* 2017;35(5): 994-1001.
26. Egan BM. Egan BM. Physical Activity and Hypertension: Knowing Is Not Enough; We Must Apply. Willing Is Not Enough; We Must Do—von Goethe. *Am Heart Assoc* 2017: 404-6.
27. Neutel CI, Campbell NR. Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. *Can J Cardiol* 2008;24(3): 199-204.
28. Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ, Kendrick JS. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8(1): 253-87.

SURVEY AND PREDICTING THE BALANCING ASPECTS OF LIFE STYLE IN RELATION WITH THE BLOOD PRESSURE IN URBAN POPULATION HAS OVER 30 YEARS IN BUIN MIANDASHT / ESFAHAN

Naser Sharafkhani¹, Hamed Mirzaei², Hajar Rezaei³, AhmadAli Eslami^{4}*

Received: 10 Nov, 2016; Accepted: 20 Jan, 2017

Abstract

Background & Aims: The healthy life style is one of the valuable sources of happening and intensifying of diseases like blood pressure and their side effects and is a way to raise health and life quality. Therefore the current study was conducted with the aim of investigating and predicting the balancing aspects of life style in relation with the blood pressure.

Material & Methods: This descriptive-analytical investigation is a periodical type conducted on 284 of urban people above 30 under support of two urban health community in Boein, Miandasht.

The tool for data collecting of this study had been the questionnaire in the field of life style called health promoting life style and ERKA switch comfort. The data were analyzed by use of spss, 22 version and by regression and analyzing coefficient correlation.

Results: In this study, there was a reverse and meaningful correlation between blood pressure with various elements of life style like healthy diet ($P < 0.001$ $r = -0.599$), control of stress ($P < 0.001$ $r = -0.500$), exercising ($P < 0.001$ $r = -0.387$), responsibility ($P < 0.001$ $r = -0.217$) and spiritual growth ($P < 0.001$ $r = -0.253$) but there was no correlation between blood pressure and individual communication element ($P < 0.05$). The three elements of healthy diet, control of stress and exercising in statistical model resulted from analytical regression, had the capacity of stating about 40% of blood pressure ($P < 0.001$).

Conclusion: Totally the current investigation indicated the importance of various life style's aspects like healthy diet, control of stress and exercising on blood pressure. Therefore the results of current investigation is able to provide the abstract framework for the designers of these programs in planning and designing the interventions to manage the effective elements on blood pressure.

Keywords: Lifestyle, Blood Pressure, Health Behaviors

Address: Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Tel: +98 03137923239

Email: eslamiaa@gmail.com

¹ PhD Candidate, Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² PhD Candidate, Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ PhD Candidate, Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Associate Professor of Health Education & Health Promotion, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)