

بررسی ارتباط بین سبک زندگی و پرفشاری خون اولیه در شهر سبزوار

لادن نجار - عباس حیدری - حمیدرضا بهنام‌وشانی*

پرفشاری خون اولیه احتمالاً مهم‌ترین معضل بهداشت عمومی در کشور است. این بیماری یک ریسک فاکتور مهم در بیماری‌های قلبی - عروقی و مهم‌ترین عامل خطر در حوادث عروقی مغز است. این پژوهش به منظور بررسی سبک زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه در شهر سبزوار در سال ۱۳۸۲ انجام شده است. ۱۴۹ بیمار مبتلا به پرفشاری خون اولیه بستری در بخش قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان واسعی سبزوار براساس نمونه‌گیری ساده انتخاب شدند. به همین تعداد بیمار مبتلا به بیماری‌های گوارشی و پوستی بعنوان گروه شاهد از بخش داخلی همان مرکز براساس همسان‌سازی انفرادی با مبتلایان به پرفشاری خون اولیه گزینش شدند. داده‌های پژوهش بوسیله پرسشنامه جمع‌آوری و به وسیله تست‌های آماری مجذور کای، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ الگوی تغذیه، خواب، مصرف دخانیات، فعالیت بدنی و همچنین ضریب توده بدنی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/0001$). یافته‌های پژوهش مشخص کرد که برنامه‌ریزی و توصیه‌های آموزشی برای تغییر در سبک زندگی ضروری است تا از این طریق روند خطرناک عوارض پرفشاری خون را به تأخیر اندازد.

واژه‌های کلیدی : پرفشاری خون ؛ سبک زندگی ؛ سبزوار.

* اعضای هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی سبزوار

مقدمه

پرفشاری خون اولیه احتمالاً مهم‌ترین معضل بهداشت عمومی در کشور است و از آن بعنوان قاتل بی صدا یاد می‌شود زیرا یک بیماری بدون علامت است و در صورت عدم درمان، اغلب به عوارض مرگبار منتهی می‌شود. این اختلال یک ریسک فاکتور مهم در بیماری‌های قلبی - عروقی (شامل بیماری‌های ایسکمیک قلب، نارسایی قلب، بیماری‌های عروق محیطی) می‌باشد و همچنین بعنوان یکی از علل مهم حوادث عروقی مغز و نارسایی مزمن کلیه از قدیم شناخته شده است (۱، ۲، ۳).

در رابطه با میزان شیوع پرفشاری خون، مطالعات اپیدمیولوژیکی متعددی صورت گرفته است بطوری که ۵۸ میلیون آمریکایی مبتلا به فشارخون بالا می‌باشند. در مطالعه مشابهی در کانادا، میزان شیوع پرفشاری خون بدون در نظر گرفتن سن و جنس ۲۰ درصد گزارش شده است (۴). در رابطه با میزان شیوع پرفشاری خون در ایران مطالعات پراکنده ای انجام شده است بطوری که در تهران شیوع فشارخون بالا ۱۸ درصد، در اصفهان ۱۱ درصد و در یزد ۱۵ درصد می‌باشد (۵، ۶، ۷). در تمام این مطالعات، شیوع پرفشاری خون با عوامل مربوط به سبک زندگی مانند نوع تغذیه، مصرف دخانیات، چاقی، بی‌حرکی، فشارهای روانی و الگوی خواب ارتباط معنی‌داری داشته است.

با عنایت به مطالب فوق و افزایش روزافزون شمار مبتلایان به پرفشاری خون و بار مالی هنگفتی که درمان مبتلایان به این بیماری و نگهداری مبتلایان به عوارض ناشی از پرفشاری خون بر اقتصاد کشور تحمیل می‌کند و نیز این مطلب که با افزایش آگاهی و تغییر مثبت رفتارها و سبک زندگی می‌توان از این بیماری پیشگیری نمود، این پژوهش با هدف مقایسه سبک زندگی در مبتلایان و غیرمبتلایان به پرفشاری خون اولیه بستری در بیمارستان واسعی سبزوار در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. به امید این که یافته‌های این پژوهش بتواند در جهت تدوین برنامه‌های آموزشی برای مبتلایان به پرفشاری خون اولیه نقش مؤثری داشته باشد.

روش پژوهش

این مطالعه به روش مورد - شاهدهی انجام شده است. در این پژوهش ۱۴۹ نفر مبتلا به پرفشاری خون اولیه و به همین تعداد، غیرمبتلایان به پرفشاری خون اولیه انتخاب گردیدند. مبتلایان به پرفشاری خون اولیه بستری در بخش سی‌سی‌یو و قلب بعنوان گروه مورد و افراد مبتلا به امراض گوارشی، پوستی و تنفسی بستری در همان بیمارستان بعنوان گروه شاهد بررسی شدند. ابزار مورد استفاده جهت اندازه‌گیری فشارخون، فشارسنج جیوه‌ای (ALPK2) و گوشی لیتمن^۱ بود. در این پژوهش برای تفکیک بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه و افرادی که فشارخون طبیعی داشتند، از تشخیص متخصص قلب و عروق استفاده شده است.

برای بررسی سبک زندگی از پرسشنامه‌ای استفاده شده است که شامل مشخصات فردی افراد مورد پژوهش از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، میزان تقریبی درآمد ماهیانه، درجه فشارخون و قد و وزن است. بقیه سؤالات در مورد عوامل مربوط به سبک زندگی است که شامل ۴ بخش در ارتباط با الگوی تغذیه خواب، مصرف دخانیات و فعالیت بدنی واحدهای مورد پژوهش است و در مورد استرس از جدول مشهور Holmes-Rahea استفاده گردید که حاوی ۴۳ سؤال ارزش‌گذاری شده می‌باشد. سپس در این قسمت از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد حوادثی که در طی یک سال گذشته برای آنها رخ داده است با علامت ضربدر (*) مشخص کنند و بالاخره جهت تعیین چاقی از معیار BMI استفاده شد که قد بیماران با متر پارچه‌ای و وزن با وزنه‌های استاندارد سنجیده شد.

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد. اعتماد علمی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد بر روی ده نفر از افراد واجد شرایط به فاصله یک هفته انجام شد. پس از کسب رضایت از افراد واجد شرایط جهت شرکت در

1. Lithman

مطالعه، فرم پرسشنامه در اختیار آنان قرار می گرفت و توضیح مختصری درباره نحوه تکمیل پرسشنامه به آنان داده می شد. پاسخگویی پرسشنامه به مدت ۲۰ دقیقه و در محل بخش های مذکور و با حضور پژوهشگر انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون تی استیودنت، آنالیز واریانس یکطرفه و دوطرفه، مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته ها

در خصوص اطلاعات دموگرافیک از ۱۴۹ بیمار مبتلا به پرفشاری خون اولیه مورد بررسی، ۹۲ نفر زن (۶۳ درصد) و ۵۴ مرد (۳۷ درصد) بودند. از این گروه ۹۵ نفر (۶۴/۶ درصد) متأهل و ۴۸ نفر (۳۲/۷ درصد) همسر مرده بودند و محدوده سنی آنها بین ۳۱ تا ۸۲ سال بود. از نظر میزان تحصیلات، ۱۰۲ نفر (۶۹/۹ درصد) در سطح ابتدایی، ۳۲ نفر (۲۱/۹ درصد) سیکل، ۵ نفر (۳/۴ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲/۱ درصد) فوق دیپلم، ۱ نفر (۰/۷ درصد) لیسانس و بالاتر بودند.

در خصوص متغیرهای مربوط به سبک زندگی، یافته های پژوهش در ارتباط با الگوی تغذیه تفاوت آماری معنی داری را از نظر مقدار مصرف نمک، نوع گوشت مصرفی، استفاده از میوه و سبزیجات تازه بین دو گروه نشان داد ($P < 0/0001$) (جدول شماره ۱).

جدول ۱: مقایسه فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب الگوی تغذیه در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه آزمون			گروه شاهد		مبتلایان به پرفشاری خون اولیه		گروه
X ²	DF	P	درصد	تعداد	درصد	تعداد	الگوی تغذیه
۴۲/۸۴	۳	۰/۰۰۰۱	۱۷/۴	۲۶	۴۵	۶۷	مصرف نمک به مقدار زیاد
۳۹/۶۹	۴	۰/۰۰۰۱	۳۷/۶	۵۶	۷۱/۸	۱۰۷	مصرف گوشت قرمز
۵۷/۲۰	۳	۰/۰۰۰۱	۴۸/۳	۷۱	۸۸/۶	۱۳۲	مصرف کم میوه و سبزیجات تازه
۲/۰۲	۳	۰/۵۶	۹۷/۳	۱۴۳	۹۸/۶	۱۴۶	مصرف روغن جامد

یافته های پژوهش در ارتباط با عوامل مربوط به الگوی خواب در سبک زندگی تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد (جدول ۲). از نظر میزان فعالیت بدنی در حین انجام فعالیت های روزانه و تمرینات ورزشی، یافته های پژوهش تفاوت آماری معنی داری را نشان داد (جدول ۳).

جدول ۲: مقایسه فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب ابعاد مختلف خواب

نتیجه آزمون			شاهد		مبتلایان به پرفشاری خون اولیه		گروه
X ²	DF	P	درصد	تعداد	درصد	تعداد	الگوی خواب
۷/۲۶	۱	۰/۰۰۷	۸۰	۱۱۶	۶۶	۹۷	داشتن زمان منظم برای خوابیدن
۷/۱۶	۱	۰/۰۰۷	۲۰	۲۹	۳۴	۴۸	بیدار شدن در طی خواب
۱۱/۸۸	۱	۰/۰۰۱	۱۴/۸	۲۲	۳۱/۷	۴۶	مشکل در بیدار شدن
۱۰/۹۹	۱	۰/۰۰۱	۱۷/۷	۲۶	۳۴/۷	۵۱	زود خیزی

جدول ۳: مقایسه فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان فعالیت بدنی در دو گروه مورد مطالعه

جمع		شاهد		مبتلایان به پرفشاری خون اولیه		گروه / میزان فعالیت بدنی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۰/۳	۶۰	۲۰/۹	۳۱	۴۰/۳	۶۰	کم
۳۴/۲	۵۱	۲۸/۴	۴۲	۳۴/۲	۵۱	معمولی
۲۵/۵	۳۸	۵۰/۷	۷۵	۲۵/۵	۳۸	زیاد
۱۰۰	۱۴۹	۱۰۰	۱۴۸	۱۰۰	۱۴۹	جمع

$$(X^2=22/22, df=2, P<./0001)$$

نتایج این مطالعه در ارتباط با مصرف دخانیات، بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری را نشان داد ($P<./0001$) (جدول شماره ۴).

از نظر میزان درآمد خانواده که در سه طبقه در حد کفافی، کمتر از کفافی و بیش از کفافی مورد بررسی قرار گرفت، بیشترین فراوانی در مبتلایان به پرفشاری خون مربوط به درآمد کمتر از کفافی ۹۵ نفر، ($69/9$ درصد) بود. از نظر ضریب توده بدنی، بیشترین طبقه در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه $BMI=25$ بود ($77/5$ درصد) ولی در گروه شاهد بیشترین فراوانی مربوط به BMI کمتر از ۲۵ (55 درصد) بود. از این دو گروه تفاوت آماری معنی داری را نشان می‌دهد ($P=0/002$).

جدول ۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مصرف دخانیات در دو گروه مورد مطالعه

جمع		شاهد		مبتلایان به پرفشاری خون اولیه		گروه / دخانیات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۷/۶	۱۰۵	۲۶/۸	۳۷	۴۸/۲	۶۸	مصرف می‌کردند
۶۲/۴	۱۷۴	۷۳/۲	۱۰۱	۵۱/۸	۷۳	مصرف نمی‌کردند
۱۰۰	۲۷۹	۱۰۰	۱۳۸	۱۰۰	۱۴۱	جمع

$$(X^2=13/62, df=1, P<./0001)$$

بحث

در رابطه با الگوی تغذیه بین گروه مبتلا به پرفشاری خون و گروه شاهد، تفاوت معنی داری از نظر مصرف مقدار نمک زیاد در رژیم غذایی دیده شد که این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش کولین (۱۹۹۹) همخوانی دارد. کولین نیز از یک کار آزمایی بالینی نتیجه‌گرفت که کاهش مصرف نمک در الگوی تغذیه یکی از تغییرات مهم در سبک زندگی است که موجب کاهش فشار خون در بیماران با فشار خون خفیف می‌شود (۸). در مورد استفاده از روغن جامد، گوشت قرمز و مصرف کم میوه و سبزیجات تازه با پرفشاری خون بین گروه مبتلا

به پرفشاری خون و گروه شاهد تفاوت معنی دار بود و این یافته با نتایج پژوهش ساکس و همکاران (۱۹۹۹) و بائو (۱۹۹۸) همخوانی داشت که بیان می نمودند که رژیم غذایی حاوی میوه و سبزیجات تازه و استفاده بیشتر از گوشت مرغ و ماهی نسبت به گوشت قرمز و همچنین جایگزین کردن روغن های غیر اشباع شده بجای روغن های اشباع شده، نقش مهمی در کاهش پرفشاری خون اولیه دارد. (۹، ۱۰).

فخرزاده و همکاران (۱۳۷۸) در پژوهشی با عنوان مصرف ماهی و میزان فشار خون اعلام کردند که مصرف ماهی در کاهش فشارخون اولیه مؤثر است (۷).

پژوهش حاضر نیز نشان داد که بین مصرف دخانیات و پرفشاری خون ارتباط معنی داری وجود دارد و بیشترین دخانیات مورد استفاده در افراد با پرفشاری خون سیگار (۴۵/۳ درصد) و قلیان (۵۳/۱ درصد) بوده است. این یافته ها با یافته های دل پیشه و سایه میری (۱۳۷۷) که به بررسی ارتباط بین سابقه استعمال دخانیات و هیپرتانسیون پرداخته است همخوانی دارد (۱۱). هاریسون (۲۰۰۱) نیز یکی از عوامل خطر ساز اصلی هیپرتانسیون را مصرف سیگار عنوان نموده است (۳).

در مورد فعالیت بدنی بین گروه مبتلا به پرفشاری خون و گروه شاهد نیز تفاوت معنی دار بود؛ این یافته با یافته های افراز و همکاران (۱۳۷۷) مطابقت دارد که به این نتیجه رسیدند که ورزش های هوازی می تواند سبب کاهش فشارخون شود (۱۲) و همچنین رید و همکاران (۲۰۰۰) در یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که سبک زندگی (افزایش فعالیت بدنی و تغییر رژیم غذایی) می تواند جایگزین درمان دارویی در بیماران با پرفشاری خون اولیه می شود (۱۳).

از نظر ضریب توده بدنی بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری دیده می شود؛ یعنی در گروه مبتلا به پرفشاری خون، ضریب توده بدنی بیشتر است؛ این نتیجه در راستای یافته پژوهش دوف (۲۰۰۰)، اپی دیمول (۲۰۰۱) و بلومن تال (۲۰۰۰) می باشد (۱۴، ۱۵، ۱۶). دوف در یک کارآزمایی بالینی که با هدف تأثیر آموزش و پیگیری بر کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد، نتیجه گرفت که کاهش وزن بطور مؤثری باعث کاهش فشارخون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه می شود؛ همچنین بلومن تال در تحقیقی با عنوان تأثیر ورزش و کاهش وزن بر فشارخون در مردان و زنان با پرفشاری خون خفیف گزارش نمود که کم کردن وزن در افراد چاق فشار سیستولیک را به میزان ۷ میلی متر جیوه و دیاستولیک را به میزان ۵ میلی متر جیوه کاهش می دهد که اگر برنامه کاهش وزن همراه با ورزش های هوازی باشد، فشارخون به میزان بیشتری کم می گردد.

از نظر تأثیر سبک زندگی و استرس های محیطی که ناشی از مسایل خانوادگی، شغلی و یا اجتماعی می باشد و بعنوان یکی از عوامل تشدید کننده هیپرتانسیون ذکر شده است، یافته های این پژوهش نشان داد که در گروه مورد مرگ همسر، تورم و گرانی هزینه زندگی و عدم درآمد کافی با فراوانی ۹۲/۷ درصد از مهم ترین عوامل فشارزای روانی بوده است و با پژوهش آقامحمدیان (۱۳۸۰) مطابقت دارد؛ وی گزارش نمود که استرسورها نقش مهمی در افزایش بیماری های روان - تنی نظیر بیماری پرفشاری خون ایفا می کند (۱۷).

در رابطه با مقایسه عوامل مربوط به الگوی خواب بین گروه مبتلا به پرفشاری خون و گروه شاهد در موارد داشتن زمان منظم برای خوابیدن و زودخیزی، تفاوت معنی داری بود و با مطالعه لوزاردی در یک راستا است که نتیجه گرفت محرومیت از خواب موجب افزایش فشارخون می شود (۱۸).

با عنایت به مطالب فوق، فرضیه پژوهش که بیانگر وجود تفاوت در سبک زندگی گروه مبتلا به پرفشاری خون اولیه و گروه شاهد می باشد، مورد تأیید قرار گرفت که این خود زنگ خطری است برای مراقبین سیستم بهداشت و درمان که بیش از پیش در جهت ارائه برنامه های آموزشی برای مبتلایان به پرفشاری خون اولیه برای تغییر در سبک زندگی آنان بکوشند تا از این طریق عوارض کشنده پرفشاری خون را به تأخیر اندازند.

Abstract

The Relationship Between Lifestyle and Essential Hypertension in Sabzevar, Iran

Ladan Najjar , Abbas Heidari , Hamidreza Behnam Vashani . Faculty Members of Sabzevar School of Medical Science.

Essential hypertension, as a health problem, and Also as an important risk factor in many other diseases such as cardiovascular and venal diseases has attracted the attention of many health-related organizations. In this analytical study, carried out as a case – control design, the relationship between dimensions of lifestyle and essential hypertension was investigated. A sample of 149 patients with essential hypertension and 149 other patients without hypertension problems hospitalized in the same hospital were selected as experimental and control groups respectively. A questionnaire was designed by the researchers to measure lifestyle dimension such as nutrition and sleeping patterns , smoking and physical activity. Based on chi-square and Pearson correlation coefficient statistical tests, our finding revealed significant relationships between essential hypertension and factors in lifestyle such as nutrition patterns and smoking. There fore a lifestyle modification program is beneficial for blood pressuse control.

Key Word: *Essential hypertension ; Lifestyle ; Sabzevar.*

منابع

- ۱- آندرنئولی. مبانی طب داخلی سیسیل، بیماری‌های قلب و عروق. ترجمه آرش رشیدی، تهران، انتشارات طبیب، بهار ۱۳۸۰.
- ۲- فخرزاده حسین و همکاران. مصرف ماهی و میزان فشارخون. مجله طب جنوب شماره ۱ شهریور ۱۳۷۸ صص. ۴۷-۴۱.
- ۳- هاریسون. بیماری‌های قلب و عروق. ترجمه علی‌رضا فتح الهی. چاپ اول، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۰.
4. Philips and et al. Textbook Medical surgical nursing. Mosby, 1999.
- ۵- جوادی حمیدرضا. شیوع پرفشاری خون در افراد بالای ۲۰ سال شهر قزوین. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، ۱۳۷۸، شماره ۹، صص. ۲۹-۲۳.
- ۶- طالبان عباس. شیوع پرفشاری خون شریانی در کارگران مرد شاغل در کارخانجات شهر یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، پاییز ۱۳۷۸، صص. ۲۵-۱۸.
- ۷- فخرزاده حسین و همکاران. پرفشاری خون در جمعیت بالای ۱۹ سال بندر بوشهر. مجله طب جنوب، بهار ۱۳۷۸، شماره ۱. صص. ۲۳۱-۲۲۳.

8. Colin P.R. The dietary approaches to stop hypertension clinical trial: implications for lifestyle modification in the treatment of hypertensive patients. *Candiol Rev J* 1999; Sep. Vol.5, No.7, PP. 284-8.
9. Sacks F.M and et al. A review of the dietary Approaches to stop hypertension. *Clin cardiol* 1999; Vol. 7, No.22, PP. 6-10.
10. Bao D and et al. Effects of dietary fish and weight reduction on ambulatory blood pressure in overweight hypertensive. *Hypertension J* 1998; Oct, Vol.4, NO.32 , PP. 710-70.
- ۱۱- دل پیشه علی و همکاران. بررسی وضعیت فشارخون شاغلین بالای ۴۰ سال استان ایلام و ارتباط آن با سبک زندگی و شاخص توده بدنی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. پاییز و زمستان ۱۳۸۰. صص ۱۷-۱۱.
- ۱۲- افراز محمدرضا و همکاران. بررسی میزان تأثیر ورزش بر روی فشارخون ورزشکاران ورزش همگانی شهرستان رشت. شماره ۱۶، دوره شانزدهم، ۱۳۷۷. جلد سوم. صص ۱۸-۱۰.
13. Reid C.M and et al. Substituting lifestyle management for pharmacological control of blood pressure. *Blood press J* 2000; Vol. 9, NO. 5, PP. 267-74.
14. Duffem and et al. Impact on blood control of a six-month intervention project. *Med J* 2000; Dec, Vol.49, No. 4, PP. 307-11.
15. Epidemol A. lifestyle intervention influence relative errors in self. Reported diet intake of sodium and potassium. *Public Health science* 2001; Feb. Vol.11, No.2 , PP. 85-93.
16. Blumental J.A and et al. Exercise and weight loss reduce blood pressure in man and women with mild hypertension. *Med J* 2000; Vol.160, No.13, PP. 1974-58.
- ۱۷- آقا محمدیان حمیدرضا. بررسی مقایسه ای عوامل فشارزای روانی در زنان مبتلا به فشارخون بالا در شهر مشهد. *مجله اسرار*. ۱۳۸۰. شماره ۲. صص. ۵۱-۴۱.
18. Lusardi P and et al. Effect of a restricted sleep regimen on ambulatory blood pressure monitoring in hypertensive subject. *American journal of hypertension* 1995; Vol. 9, No. 5, PP. 503-505.