مجله سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر دوره چهارم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۸، صفحه ۶۵-۵۹

مقاله تحقیقی

بررسی شیوع پرفشاری خون و عوامل مرتبط با آن در سالمندان ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی

ابوالفضل ره‌گوی (PhD)[۱]، فاطمه رضایی ساریخانبگلو (MSc)*[۲]، سادات سید باقر مداح (PhD)[۳]، مهدی رهگذر (PhD)[۴]، سجاد نریمانی (MSc)[۵]، نازیلا موسوی ارفع (BSc)[۶]

۱-گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، تهران، ایران
۳- گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۵- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران
۶- کتابخانه مرکزی و اسناد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دریافت: ۹۸/۶/۱۲، اصلاح: ۹۸/۶/۲۱، پذیرش: ۹۸/۶/۲۷

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع و روند رو به افزایش پرفشاری خون و ازآنجایی‌که پرفشاری خون بیشتر به‌عنوان مشکل جوامع شهری شناخته‌شده است، کمتر تحقیقی در جمعیت‌های روستایی انجام شده است. لذا هدف مطالعه حاضر، بررسی شیوع پرفشاری خون و عوامل مرتبط با آن در جمعیت سالمندان مناطق روستایی شهرستان گرمی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی که جامعه آماری آن سالمندان ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی بود. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss از طریق آزمون‌های آماری مرتبط تحلیل شد.

یافته‌ها: شیوع پرفشاری خون در سالمندان ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی ۲۳/۲۹٪ برآورد گردید. شیوع پرفشاری خون در مردان نسبت به زنان ازلحاظ آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). افرادی که از روابط خانوادگی نامطلوب برخوردار بودند، ۲/۱ برابر بیشتر از سایرین شانس ابتلا به پرفشاری خون را داشتند (OR=۲/۱۳، p=۰/۰۰۸). همچنین وضعیت اقتصادی مطلوب، شانس پرفشاری خون را در نمونه‌های موردمطالعه، به‌صورت معنی‌داری افزایش می‌دهد (OR=۱/۸۷، p=۰/۰۰۳).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها میزان شیوع پرفشاری خون در سالمندان ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی را بالا گزارش می‌کند. شیوع پرفشاری خون در مردان بیشتر از زنان بود. سن بالای ۶۰ سال و نمایه توده بدنی بالا، وضعیت اقتصادی مطلوب، داشتن استرس و روابط خانوادگی نامطلوب از عوامل مرتبط با پرفشاری خون در سالمندان بودند.

واژه‌های کلیدی: پرفشاری خون، سالمند، شیوع، شهرستان گرمی، جمعیت روستایی.

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل حساس زندگی است و فرایند رو به افزایش جمعیت سالمندان به‌قدری قابل‌توجه است که از آن به‌عنوان انقلاب ساکت یادشده است. پیش‌بینی می‌شود؛ که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۷ درصد جمعیت جهان را افراد ۶۵ سال و بالاتر و ۴ درصد را افراد ۸۰ سال و بالاتر تشکیل دهند (۱). افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش سالمندان در سراسر جهان گردیده است. به‌گونه‌ای که سالمند شدن جهان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در مهروموم‌های کنونی تبدیل‌شده است (۲). کاهش میزان مرگ‌ومیر ارتقای سطح سلامت جامعه و پیشرفت‌های چشمگیر در علوم پزشکی و بهداشتی امید به زندگی را در جهان افزایش داده است. (۳) سالمندی پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر بوده که نتیجه آن کاهش کارآیی بدن به همراه افزایش خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن است.(۴) نتایج مطالعات حاکی از آن است که ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یکی از بیماری‌های مزمن مبتلا هستند.(۵) که آن‌ها را بیش از سایرین در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد و تقریباً ۴۰ درصد سالمندان برخی از محدودیت‌های مربوط به بیماری‌های مزمن را تجربه می‌کنند.(۶) یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن دوران سالخوردگی پرفشاری خون است.(۷) بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت ۳۳ درصد بزرگ‌سالان به پرفشاری خون مبتلا هستند. به‌عبارتی‌دیگر یک نفر از هر ۳ نفر بزرگ‌سال دنیا پرفشاری خون دارند و البته این میزان با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. درمجموع در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال یک نفر از هر ۱۰ نفر و در گروه سنی ۵۰ سال به بالا ۵ نفر از ۱۰ نفر پرفشاری خون دارند. گزارش‌ها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۱۰ حدود ۱/۲ میلیارد نفر در دنیا پرفشاری خون داشته‌اند. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ میلادی شیوع پرفشاری خون افزایش یابد و ۱/۵۶ میلیارد نفر جمعیت دنیا دچار پرفشاری خون باشند (۸). پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و شایع‌ترین علت ایجاد سکته

*مسئول مقاله:فاطمه رضایی ساریخانبگلو
آدرس: تهران، ولنجک، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تلفن:۲۱۲۲۱۸۰۰۳۶-۹۸ +
E-mail:rezaeefatemeh4@gmail.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]

مغزی و نارسایی کلیوی در بزرگ‌سالان و به‌ویژه در سالمندان می‌باشد. (۹ و ۱۰) به‌طوری‌که پرفشاری خون علت ۵۱ درصد مرگ ناشی از سکته مغزی و ۴۵ درصد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود. (۱۱). مهم‌ترین مشخصه پرفشاری خون بی علامت بودن آن است؛ و نیازی به تجهیزات پیشرفته تشخیصی نبوده و به‌راحتی می‌توان با مصرف دارو آن را درمان و کنترل نمود. نتایج مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که با افزایش سن خطر ابتلا به پرفشاری خون نیز افزایش می‌یابد؛ و از سایر علل پرفشاری خون می‌توان به نژاد جنسیت عوامل ژنتیکی مصرف دخانیات چاقی عدم تحرک و رژیم غذای اشاره کرد.(۱۲-۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که فشارخون زنان سالمند ساکن در شهر و روستا به‌طورکلی دو برابر مردان می‌باشد؛ و میانگین سن در هنگام تشخیص در زنان بالاتر از مردان بوده است (۲۰).

سالمندی فرآیندی زیستی که تمام موجودات زنده ازجمله انسان را در برمی‌گیرد ولی می‌توان با بکار گیری روش‌های تشخیصی و مراقبت‌های به‌موقع و مناسب از اختلالات و معلولیت‌های سالمندی پیشگیری نمود و یا آن را به تعویق انداخت (۲۱). با توجه به شیوع پرفشاری خون و روند رو به افزایش آن در جوامع شهری (۷،۸،۲۰) و ازآنجایی‌که پرفشاری خون بیشتر به‌عنوان مشکل جوامع شهری شناخته‌شده است، کمتر تحقیقی در جمعیت‌های روستایی انجام‌شده است. با توجه به تفاوت شیوه‌های زندگی، شیوع پرفشاری خون در مناطق روستایی متفاوت از مناطق شهری ممکن است باشد و از طرف دیگر آگاهی از میزان شیوع پرفشاری خون در یک منطقه و عوامل خطر مرتبط با آن جهت طراحی راهکارهای پیشگیری اولیه ضروری است. لذا هدف اصلی از مطالعه حاضر بررسی شیوع پرفشاری خون و عوامل خطر مرتبط با آن در جمعیت سالمند ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی- در فاصله زمانی فروردین ۹۷ تا مهر ۱۳۹۷- بوده و جامعه آماری را سالمندان ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی تشکیل می‌دهند. بعد از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با کد اخلاق IR.USWR.REC.1397.013 و گرفتن معرفی‌نامه به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه گردید. با در نظر گرفتن شیوع پرفشاری خون ۱۸/۴ درصد، دقت ۰/۰۳ و سطح معناداری (p=۰/۰۵) و حدود اطمینان ۹۷ درصد، حجم نمونه‌ها ۷۰۴ نفر برآورد گردید. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای بر اساس جدول اعداد تصادفی و لیست خانوار و معیارهای ورود انتخاب شدند. برای بخش موران ۱۷۶ نفر، برای بخش مرکزی ۱۷۶ نفر و برای بخش انگوت ۳۵۲ نفر بر اساس تعداد جمعیت تحت پوشش در نظر گرفته شد.۶۰/۴۰ درصد نمونه‌ها را زنان و ۳۹/۶۰ درصد نمونه‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. به‌منظور رعایت اصول اخلاق پزشکی از کلیه افراد شرکت‌کننده در تحقیق رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی گرفته شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه که شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک و عوامل خطر مرتبط بود استفاده شد. مشخصات دموگرافیک شامل مشخصات فردی از قبیل کد که بجای نام و نام خانودگی بود – سن – میزان تحصیلات – شغل – وضعیت تأهل که شامل متأهل، مجرد، جدا از همسر، فوت همسر، طلاق بود. بیمه پایه و تکمیلی که با گزینه دارد و ندارد جواب داده می‌شد. تحت پوشش سازمان‌های حمایتی و خیریه که بابلی و خیر جواب داده می‌شد. آدرس محل سکونت. قد – وزن – دور کمر که با ترازو و متر استاندار اندازه‌گیری شد و فشارخون با گوش و فشارسنج عقربه‌ای (هانسون-آلمان) کالیبره شده اندازه‌گیری گردید. اندازه دور کمر مساوی و کوچک‌تر از ۸۸ طبیعی و بالاتر از ۸۸ به‌عنوان چاقی شکمی در نظر گرفته شد. نمایه توده بدنی: ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ طبیعی – پائین تر از ۱۸/۵ لاغر – ۲۵ تا ۲۹/۹ اضافه‌وزن – مساوی و بزرگ‌تر از ۳۰ چاقی در نظر گرفته شد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، فشار سیستول ۱۴۰ و بالاتر و فشار دیاستول ۹۰ و بالاتر به‌عنوان پرفشاری خون تلقی شد.

پرسشنامه عوامل مرتبط که شامل سبک زندگی (رژیم غذایی، عادت غذایی نامناسب، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات، مصرف مواد)، ارزیابی روان‌شناختی، عوامل خطر بیماری‌های زمینه‌ای، عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر سلامت می‌باشد. فعالیت جسمانی ۱۵۰ و کمتر نامطلوب و بالاتر از ۱۵۰ مطلوب در نظر گرفته شد. مصرف روزانه لبنیات ۲-۳ سهم – سبزی‌ها ۳-۵ سهم – میوه‌ها ۲-۴ سهم مطلوب ملاک قرار گرفت. اطلاعات جمع‌آوری و طبقه‌بندی شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار ۱۷spss و از طریق آزمون‌های آماری: آزمون کای اسکوئر، تی مستقل، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی اسپیرمن – مدل رگرسیون لوجستیک چندگانه تحلیل شد. پرسشنامه بر طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت (بوکلت) در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) تنظیم‌شده و مورد تائید وزارت بهداشت قرارگرفته است. پرسشنامه از قسمت مراقبت‌های ارزیابی روان‌شناختی – استعمال دخانیات- سابقه بیماری‌ها – فعالیت بدنی – بررسی عادات غذایی برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تنظیم‌شده است. از ابتدای مهرماه ۹۵ هرگونه، ثبت و جمع‌آوری و گزارش دهی اطلاعات به‌صورت کاغذی در سطح کشور ممنوع و صرفاً از طریق سامانه و به‌صورت الکترونیکی انجام می‌شود. راه‌اندازی سامانه یکپارچه بهداشت در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قالب برنامه‌ها و پروژه‌های تحول نظام سلامت اجرا شد.

یافته‌ها

شیوع پرفشاری خون به‌طورکلی ۲۳/۲۹٪(۲۳۲/۹ نفر در هر هزار نفر جمعیت موردمطالعه) برآورد گردید. شیوع پرفشاری خون در مردان نسبت به زنان ازلحاظ آماری معنی‌دار بود. ۶۰/۴۰ درصد نمونه‌ها را زنان و ۳۹/۴۰ در صد را مردان تشکیل دادند. میانگین سن نمونه‌های موردمطالعه،۱۴/۱۷±۶۲/۴۰ بود. ازلحاظ شاخص توده بدنی ۳۷/۵۰ درصد نمونه‌های موردپژوهش در رده اضافه‌وزن و ۲۳/۶۰ درصد چاق بودند که ازلحاظ آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۵)

میانگین فشارخون دیاستول نمونه‌های موردمطالعه ۶/۹۷ ± ۹۳/۴۷ و میانگین فشارخون سیستول آن‌ها ۱۲/۰۶± ۱۴۹/۸۱ بود. مینیمم فشار دیاستولی ۶۰ میلی‌متر جیوه و ماکزیمم ۱۲۰ بود. مینیمم فشار سیستولی نیز ۱۴۰ و ماکزیمم ۲۰۰ میلی‌متر جیوه گزارش شد.

۵۶/۰ درصد نمونه بی‌سواد بودند.۶۰/۵۰ درصد خانه‌دار و ۲۸/۵۰ درصد کشاورز بودند. ۷۳/۱ درصد متأهل،۱۰ درصد مطلقه،۱۴/۲۰ درصد تنها زندگی می‌کردند و ۱۷/۵۰ درصد همسر مرده و ۹/۳۰ درصد مجرد بودند. از مجموع افراد در مطالعه (۶۷۴ نفر)، اکثریت (۷۳/۳ درصد) دارای ممنوعیت غذایی نبوده و

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]

اکثریت (۹۲/۱ درصد) در حد مطلوبی از لبنیات مصرف می‌نمودند. ازنظر مصرف سبزیجات و مصرف میوه اکثریت در سطح نامطلوبی قرار داشته‌اند (به ترتیب با ۹۰/۷ درصد و ۸۷/۲ درصد). اکثریت (۹۸/۲ درصد) افراد در برنامه غذایشان از فست فود و نوشیدنی استفاده نمی‌کردند (به ترتیب با ۹۸/۲ درصد و ۵۸/۲ درصد). اکثریت (۹۷/۰ درصد) نمونه‌های از روغن جامد استفاده می‌کردند. همچنین اکثریت (۶۵/۷ درصد) از نمکدان سر سفره استفاده نموده و ازلحاظ فعالیت فیزیکی اکثریت (۷۹/۱ درصد) وضعیت مطلوبی نداشته‌اند. ۲۹/۱۰ درصد دچار افسردگی و ۸۶/۵۰ درصد اضطراب داشتند. بیماری قند ۱۷/۹۰ درصد چربی خون ۴۸/۵۰ درصد و قلبی ۴۰/۱۰ درصد بیماری کلیوی ۶/۲۰ درصد چشمی ۱/۵۰ درصد بیماری تنفسی ۵/۵۰ درصد داشتند که ازلحاظ آماری معنی‌دار نبود. (p=۰/۴۸۵) بر اساس نتایج حاصل از جدول شماره (۱)، در آنالیز چندگانه جهت تعیین عوامل مرتبط با فشارخون از مدل رگرسیون لوجستیک به روش پسرو(Logistic Regression Backward Method) استفاده شد. از بین متغیرهای موردمطالعه در مدل نهایی، جنس بیماران مرد نسبت به زن (p=۰/۰۱) ازلحاظ آماری معنی‌دار است به‌طوری‌که مردان، ۱/۶۶ برابر شانس پرفشاری بیشتری دارند (OR=۱/۶۶). با افزایش سن، شانس فشارخون افزایش می‌یابد (OR=۱/۰۱). افرادی که از روابط خانوادگی نامطلوب برخوردار بودند، ۲,۱ برابر بیشتر از سایرین شانس ابتلا به پرفشاری خون را داشتند (OR=۲/۱۳، =۰/۰۰۸). همچنین وضعیت اقتصادی مطلوب، شانس پرفشاری خون را در نمونه‌های موردمطالعه، به‌صورت معنی‌داری افزایش می‌دهد (OR=۱/۸۷، p=۰/۰۰۳).

جدول ۱. برآورد ضرایب و شانس نسبی عوامل مرتبط با پرفشاری خون بر اساس مدل رگرسیون لوجستیک

	ضریب رگرسیونی (B)	خطای معیار (S.E.)	سطح معنی‌داری (P)	شانس نسبی (OR)	فاصله اعتماد ۹۵ شانس نسبی	
					حد پائین	حد بالا
جنس (مرد نسبت به زن)	۰/۵۰۹	۰/۱۹۷	۰/۰۱۰	۱/۶۶۳	۱/۱۳۰	۲/۴۴۸
سن	۰/۰۱۳	۰/۰۰۸	۰/۰۹۷	۱/۰۱۳	۰/۹۹۸	۱/۰۲۸
وضعیت اقتصادی (مطلوب نسبت به نامطلوب)	۰/۶۲۴	۰/۲۰۷	۰/۰۰۳	۱/۸۶۶	۱/۲۴۵	۲/۷۹۷
وضعیت روابط خانوادگی (نامطلوب نسبت به مطلوب)	۰/۷۵۶	۰/۲۸۶	۰/۰۰۸	۲/۱۲۹	۱/۲۱۵	۳/۷۳۰
مقدار ثابت	-۱/۶۱۸	۰/۶۰۱	۰/۰۰۷	۰/۱۹۸		

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۲۳/۲۹ درصد افراد سالمند دارای پرفشاری خون بودند که نسبت به شیوع پرفشاری خون در مطالعات عزیزی و شریفی (به ترتیب ۴۷ درصد و ۶۰ درصد) کمتر است. (۲۲ و ۲۳) شیوع بالای پرفشاری خون در سایر مطالعات به ترتیب ۶۰ درصد (۲۴) و ۶۲ درصد (۲۵) ۴۸ درصد (۲۶). یکی از دلایل پائین بودن شیوع پرفشاری خون در مطالعه حاضر می‌تواند میانگین سنی پائین افراد سالمند در مطالعه ما باشد. به‌طوری‌که میانگین سنی ۱۴/۱۷±۶۲/۴۰ می‌باشد. درحالی‌که به‌طور مثال در مطالعه شریفی و همکاران میانگین سنی مردان و زنان به ترتیب ۷۱ و ۷۲ سال و شیوع پرفشاری خون ۶۱/۹ درصد بود. (۲۷) این یافته‌ها بار دیگر بر رابطه مستقیم بین بالا رفتن سن و افزایش پرفشاری خون تائید دارد. (۲۸ و ۲۹)

۲۰/۶۴ درصد زنان و ۲۷/۳۴ درصد مردان پرفشاری خون داشتند. به‌طوری‌که مردان، ۱/۶۶ برابر شانس پرفشاری خون بیشتری داشتند. در مطالعه صادقی شیوع پرفشاری خون در مناطق شهری و روستایی اصفهان–اراک و نجف‌آباد را ۱۵/۶ درصد برای مردان، ۱۸/۸ درصد برای زنان برآورد نمود و درکلیه افراد بالای ۲۵ سال شیوع آن در زنان بیش از مردان گزارش کرد (۳۰)

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در تحقیق حاضر بین شاخص توده بدنی و فشارخون بالا ارتباط معنی‌داری وجود داشت. چاقی یکی از عوامل خطرساز برای پرفشاری خون است و در مطالعه‌ای که توسط آسیابر انجام شد، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین شاخص توده بدنی و فشارخون بالا وجود داشت. این موضوع ضرورت توجه به تغییر شیوه‌های زندگی و به‌خصوص اصلاح رژیم غذایی و اجتناب از کم‌تحرکی را نشان می‌دهد. افزایش وزن سبب افزایش بروز پرفشاری خون می‌گردد و در بیماران چاق مبتلابه پرفشاری خون، برون ده قلبی، حجم ضربه‌ای و حجم داخل عروقی افزایش می‌یابد. همچنین فعالیت رنین ـ آنژیوتانسین ممکن است توسط بافت چربی افزایش یابد. برای پیشگیری از فشارخون بالا، تشویق جامعه به کاهش وزن به‌عنوان یکی از اقدامات پیشگیرانه توصیه می‌شود.

در این مطالعه، ۷۳,۱۰ درصد (۴۹۳ نفر) متأهل و ۳۰/۹ درصد (۶۳ نفر) مجرد بودند. ۱۷/۵۰ درصد (۱۱۸ نفر) همسر مرده بودند. همسو با این مطالعه، در مطالعه‌ای، افراد سالمند مجرد نسبت به متأهل ۱/۸۱ برابر شانس بیشتری برای ابتلاء به پرفشاری خون سیستولیک داشتند. همچنین در مطالعه دیگری، افراد سالمندی که به تنهایی زندگی می‌کردند ۱/۶۸ برابر بیشتر دچار پرفشاری خون می‌شدند. یافته‌های فوق می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که نوع و کیفیت زندگی سالمندان می‌تواند برافزایش برخی از عوامل خطر همچون پرفشاری خون مؤثر باشد وضعیت زندگی افراد سالمند (زندگی مجردی و زندگی به‌تنهایی) می‌تواند از عوامل خطر احتمالی در افزایش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک باشد (۳۱)

درصد پرفشاری خون در افراد با مشکلات خشونت و درگیری و طلاق بیشتر از افراد است که روابط خانوادگی مطلوب داشته‌اند. همسو با نتایج این مطالعه در مطالعه دکتر صدرنیا (۱۳۸۹) میانگین دفعات تماس با پدر و مادر در گروه دچار پرفشاری خون ۱/۴ (۱/۶–۱/۲) و در گروه کنترل ۳ (۳/۲– ۲/۸) است. درزمینهٔ تماس با نزدیکان و دوستان ۶۴/۹ درصد گروه مورد و ۴۷/۳ درصد گروه شاهد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]

کمتر از ۳ بار در هفته با ایشان تماس داشتند که این میزان در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری دارد. (p<۰/۰۰۱) و (OR=۲/۰۶)

در این مطالعه، تنها ۰/۴۰ درصد (۳ نفر) مبتلا به اختلال اعصاب و روان، حدود ۲۹/۱۰ درصد (۱۹۶ نفر) مبتلا به افسردگی و بالغ بر ۸۶/۵۰ درصد (۵۸۳ نفر) دچار اضطراب بودند. پرفشاری خون با اختلال اعصاب و روان، ارتباط آماری معنی‌داری داشته است (p=۰/۰۱۲) بطوریکه درصد پرفشاری خون در افراد با اختلالات اعصاب روان بیشتر از افراد بدون این‌گونه اختلالات است (۱۰۰/۰۰ درصد در مقابل ۲۳/۰۰ درصد). در میان رفتارهای کنترل‌کننده پرفشاری خون، پرهیز از استرس با ۱۷/۹ درصد دارای کمترین فراوانی انجام بود. همسو با این پژوهش، در مطالعه خسروی و همکاران (۲۰۰۵) نیز رفتارهایی از قبیل عدم کنترل فشار روانی و استرس در بین بیماران دچار پرفشاری خون دارای کمترین فراوانی بود. لازم به ذکر است که بیماران مهم‌ترین دلایل عدم انجام تمرینات آرام‌سازی بدنی و کنترل استرس را نداشتن آگاهی و عدم توانایی در به‌کارگیری این تمرینات ذکر نمودند. ازلحاظ وضع اقتصادی،۴۶/۴ درصد در شرایط مطلوبی قرار داشتند. وضعیت اقتصادی مطلوب، شانس پرفشاری خون را در نمونه‌های موردمطالعه، به‌صورت معنی‌داری افزایش می‌داد (or=۱/۸۷،p=۰/۰۰۳). از دلایل احتمالی این یافته الگوهای متفاوت زندگی در افراد با تمکن اقتصادی (تغذیه، فعالیت، مصرف دخانیات و...) است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد بیشتر زنان نسبت به مردان بود که برای مشارکت مردان سالمند نیاز به برنامه‌ریزی بیشتری می‌باشد. شرکت‌کننده‌ها از رده سالمندان جوان بوده و سایر گروه‌ها کمتر وارد مطالعه شدند؛ و مورد دیگر سطح سواد پائین سالمندان بود که با خواندن سؤالات پرسشنامه به سالمندان پرسشنامه تکمیل گردید. همچنین در تحقیق فقط سالمندان ساکن مناطق روستایی موردمطالعه قرار گرفتند و سالمندان ساکن شهر مطالعه نگردید.

یافته‌های مطالعه بیانگر این است که میزان شیوع پرفشاری خون در سالمندان ساکن مناطق روستایی شهرستان گرمی در سال ۱۳۹۷ بالا می‌باشد. مردان بیشتر از زنان پرفشاری خون داشتند. سن بالای ۶۰ سال و نمایه توده بدنی بالا وضعیت اقتصادی مطلوب و استرس و روابط خانوادگی نامطلوب از عوامل خطر مرتبط با پرفشاری خون در سالمندان بودند. با توجه به نتیجه (شیوع بالای پرفشاری خون در جمعیت سالمندان روستایی شهرستان گرمی) توصیه می‌گردد که اولاً برنامه‌های غربالگری جهت شناسایی دقیق موارد سالمند مبتلا انجام‌شده و موارد تحت نظر مراکز بهداشت روستایی منطقه جهت درمان و پیگیری درمان قرار گیرند؛ و برنامه‌ریزی مناسب برای افزایش سطح کیفی سلامت سالمندان صورت گیرد که در این راستا برانجام برنامه‌های مراقبت از سلامت سالمندان ساکن مناطق روستایی تأکید می‌گردد.

تقدیر و تشکر

از مسئولین و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شبکه بهداشت شهرستان گرمی که با صبر و حوصله ما را در طراحی و اجرای این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]

Prevalence of hypertension and its related factors in the elderly living in rural areas of Germy

A. Rahgoi (PhD) [1], F. Rezaei- sarikhanbaglo*(MSc)[2], SSB Madad (PhD)[3], M. Rahgozar (PhD) [4], S. Narimani(MSc)[5], N. Moosavi Arfa (MSc) [6]

1. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R.Iran
2. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R.Iran
3. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R.Iran
4. Department of Bio-Statistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R.Iran
5. Nursing Department, Nursing and Midwifery Faculty. Ardabil University of Medical Sciences, I.R.Iran
6. Central Library and Documents, Shahid Beheshti University of Medical Sciences of Tehran, I.R.Iran

Caspian Journal of Health and Aging; 4(1); Spring & summer 2019; PP: 59-65
Received: Sep 3th 2019, Revised: Sep 12th 2019, Accepted: Sep 17th 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Due to the prevalence and increasing trend of hypertension in urban communities, less research has been conducted in rural population. The aim of this study was to determine the prevalence of hypertension and its related factors in the elderly population living in the rural areas of the city of Germy.

METHODS: The statistical population of this cross-sectional study was the elderly living in rural areas of Germy. Data were collected through multi-stage random sampling and analyzed using SPSS and relevant statistical tests.

FINDINGS: The prevalence of hypertension in the elderly living in rural areas of Germy city was estimated 23.29%. Statistically, the prevalence of hypertension was significantly higher in men than women (p□0.05). Hypertension was 2.1 times higher in those with undesirable family relationship than the rest (OR=2.13, p=0.008). Moreover, the favorable economic status significantly increased the chance of hypertension in the studied samples (OR=1.87, p=0.003).

CONCLUSION: The results indicated high prevalence of hypertension in the elderly living in rural areas of Germy. The prevalence of hypertension was higher in men than women. Over 60 years of age, high BMI, favorable economic status, stress and poor family relationships were factors associated with hypertension in the elderly.

KEY WORDS: *Hypertension, Elderly, Prevalence, Germy city, Rural population*.

Please cite this article as follows:

Rahgoi A, Rezaei- sarikhanbaglo F, Madad SSB, Rahgozar M, Narimani S, Moosavi Arfa N. Prevalence of hypertension and its related factors in the elderly living in rural areas of Germy. CJHAA.2019;4(1):59–65.

***Corresponding author: FatemehRezaee (MSc)**
Address: kodakyar Ave, daneshjo Blvd, Evin University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Thran, I.R.Iran
Tel: +98 -9129459782
E-mail: rezaeefatemeh4@gmail.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]

References

1.Aghajani S, Samadifard HR.The Role of Cognitive Fusion, Locus of Control and Cognitive Avoidance in the Prediction of Death Anxiety in the Elderly. JHC. 2017;19(1): 62-74.

2 .Salehi L, Selki S, Alizadeh L. Evaluation of health- related quality of life of elderly members aged care center in Tehran in 2009. IJE. 2012; 8(1):14-20. [In Persian]

3 .Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol Azar, Moradian Sorkhkolaei M. The Impact of chronic diseases on The quality of life among the elderly people in the east of Tehran. Payavard. 2012;6(3): 225-35. [In Persian]

4 .Jamshidi L SA. Comparison of cardiovascular diseases risk factors in male and female older adults of Hamadan City, 2014. JOGE. 2016;1(1):1-10. [In Persian]

5 .Peyman H YM, Seyed Mohammadi A, Delpishe A. Evaluation of Prevalence of Chronic Disease in Older Adults in Elam. SALMAND. 2011;6 (22):7- 13. [In Persian]

6 .Adib Hajibaghery M, Aghahoseini S. The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan. BMC public health. 2007;7(1):261-7.

7 .Abdollahzadeh R MR. Investigating the condition of the elderly in Sarbisheh, Southern Khorasan State. NJV. 2017;3 (9):14-23. [In Persian]

8 .Bahrami Nejad N, Hanifi N, Mousavi Nasab S. Comparing the effect of two family and individual based interventionon blood pressure and lifestyle. J Qazvin Univ Med Sci. 2008;12(1):62-8. [In Persian]

9 .Derex L. Acute stroke management in elderly patients. Rev Prat. 2012;62(9):1225-8.

10 .World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization;2002.

11 .World Health Organization. World Health Statistics2012. Geneva: World Health Organization;2012.

12.Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. Epidemiology and Control of Common Diseases in Iran. 3th ed. Tehran: Khosravi;2012.

13 .Fakhrzadeh H, Larijani B, Bandarian F, Adibi H, Samavat T, Malekafzal H, et al. The Relationship between Ischemic Heart Disease and Coronary Risk Factors in Population Aged over 25 in Qazvin: A Population-based Study. JQUMS. 2005;9(2):26-34.

14 .Lauer R, Clarke W. Childhood risk factors for high adult blood pressure: the Muscatine Study. Pediatrics. 1989;84(4):633-41.

15 .Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C. Definition of metabolic syndrome report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on scientific issues related to definition. Circulation. 2004;109(3):433-8.

16 .Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics. 1999;103(6):1175-82.

17 .Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. Jama. 2002;288(15):1882-8.

18.Martin M, Browner W, Hulley S, Kuller L, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, and mortality: implications from a cohort of 361662 men. The Lancet. 1986;328(8513):933-6.

19 .Lawes CM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. The Lancet. 2008;371(9623):1513-8.

20.Maghsudnia SH. Primary Health Care in Iranian Old Population. 1th ed. Tehran:University of soical Welfare and Rehabilitation Sciences;2008.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]

21 .Cheraghi P, Mihandoost Yeganeh Z, Doosti Irani A, Sangestani M, Cheraghi Z, Khezeli M. Study on the prevalence of hypertension and its associated factors in the elderly population. jgn.1394:1(3):73-86. [In Persian]

22 .Aziai F, Emami H, Salehi P, ghanbarian A, Mirmiran P, Mirbluki M. The Riskfactor of cardiovascular disease in elderly people, TLGS study. IJEM. 1382;5(1):3-14. [In Persian]

23 .Sharifi F, Mir Arefeian M, Fakhrzadeh H, saadat S, Ghaderpanahi M, Bdamchi Zadeh Z, et al. Prevalence of Hypertension and Diabetes in Elderly Residents of Kahrizak. Iranian Journal of Ageing. 2009;4(1):16-29.

24 .Lu FH, Tang SJ, Wu JS, Yang YC, Chang CJ. Hypertension in elderly persons its prevalence and associated cardiovascular risk factors in Tainan city, southern Taiwan. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000;55(8):463-8.

25 .Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Lacombe JM, Ducimetière P, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. J Hypertens. 2006;24(1):51-8.

26 .Prakash R, Choudhary S, Singh US. A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur, Rajasthan. Indian J Community Med. 2004;29(1):35-40.

27 .Hoseini R, Zabihi A, Bijani A. The Prevalence of Cardiovascular Disease among amirshar elderly people in 2006. Salmandan. 2010;4(11):46-52. [In Persian]

28 .Tugay Aytekin N, Pala K, Irgil E, Akis N, Aytekin H. Distribution of blood pressures in Gemlik District, north-west Turkey. Health Soc Care Community. 2002;10(5):394-401.

29 .Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. Hypertension. 1995;25(3):305-13.

30.Sadeghi M, Roohafza HR, SadryGh, Bahonar A, Saaidi M. Prevalence of high blood pressure and its relation with cardiovascular risk factors. J Qazvin Univ Med Sci. 2003;26:46-53. [In Persian]

31. Cheraghi P, Myanobosh Yeganeh Z, Doostiariani A, Sangastani M, Cheraghi Z, Khazali M. Evaluation of the Prevalence of Hypertension and Its Effective Factors in the Elderly. jgn. 2015;1(3):73-86. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.59]