



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

گزارش ارزیابی سلامت جامعه به منظور شناسایی مشکلات شهرک شهید رجائی

شهرستان شاهرود

همکاران طرح.....	۶
موقعیت جغرافیایی و ویژگی‌های شهرستان شاهرود.....	۷
جغرافیای تاریخی شاهرود.....	۷
پیشینه‌ی تاریخی.....	۷
مراکز تاریخی و باستانی.....	۸
اماکن زیارتی و مذهبی.....	۸
جاذبه های طبیعی.....	۸
دانشگاه و مراکز آموزش عالی.....	۸
صنایع.....	۹
معادن.....	۹
فن‌آوری.....	۹
ترکیب جمعیت و اطلاعات اجتماعی.....	۱۰
جمعیت.....	۱۰
هرم سنی جمعیت استان سمنان بر حسب گروههای سنی ۱۳۹۵.....	۱۰
هرم سنی جمعیت شهرستان شاهرود بر حسب گروههای سنی ۱۴۰۳.....	۱۱
مشخصات جمعیت تحت پوشش شهرک امام خمینی.....	۱۱
ناحیه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف شهرستان شاهرود.....	۱۱
منطقه هدف، جهت ارزیابی سلامت جامعه توسط تیم ارزیاب.....	۱۱
مراحل ارزیابی سلامت جامعه (خلاصه روش کار).....	۱۲
مرحله اول : تشکیل تیم ارزیابی سلامت جامعه.....	۱۴
تعیین اعضای تیم ارزیاب بشرح زیر.....	۱۴
گروه مشاوره.....	۱۴
برگزاری جلسه توجیهی توسط ناظر محترم پروژه جناب آقای دکتر خسروی (۲۸ آبان ۱۴۰۳).....	۱۴

مرحله دوم: جمع آوری داده های اولیه.....	۱۶
جمعیت هدف مورد مطالعه.....	۱۶
حجم نمونه مورد بررسی.....	۱۶
بحث گروهی متمرکز اول.....	۱۶
اولویت بندی مشکلات از دیدگاه رابطین سلامت.....	۱۷
بحث گروهی متمرکز دوم و سوم.....	۱۷
مشاهدات و بررسی منطقه توسط اعضای تیم ارزیاب و تهیه مستندات.....	۱۷
مستندات.....	۱۸
مصاحبه با مسئولین مرکز بهداشت و شناسایی مشکلات از دیدگاه آن ها.....	۱۹
مصاحبه با عابرین، ساکنین، مراجعه کنندگان به مرکز بهداشت، فروشندگان و افراد دارای کسب و کار در بلوک ۵ منطقه.....	۲۰
مرحله سوم: جمع آوری داده های ثانویه.....	۲۱
جمعیت کل و زیرگروه های سنی شهرک امام خمینی.....	۲۱
جمعیت شهرک امام خمینی بر اساس بلوک های تحت پوشش.....	۲۱
جمعیت کل و زیرگروه های سنی بلوک ۵ (شهرک شهید رجایی).....	۲۱
مشخصات و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت محیط منطقه.....	۲۲
مشخصات و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت حرفه ای منطقه.....	۲۲
آمار و شاخص های بهداشتی کل شهرستان شاهرود سال ۱۴۰۲.....	۲۳
آمار و شاخص های بهداشتی جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشت شهید شریف سال ۱۴۰۲.....	۲۴
مرحله چهارم: جمع بندی و تحلیل داده های اولیه و ثانویه.....	۲۵
لیست مشکلات شناسایی شده شهرک شهید رجایی در ۷ حیطه مختلف.....	۲۶
مرحله پنجم : گزارش به جامعه و تعیین اولویت های سلامت.....	۲۷
لیست امتیازات حیطه مشکلات شناسایی شده شهرک شهید رجایی بر اساس وسعت، شدت و قابل اصلاح بودن.....	۲۸

- لیست مشکلات شناسایی شده و امتیاز هر حیطة پس از تشکیل جلسه در تیم ارزیابی سلامت..... ۲۸
- جدول اولویت بندی مشکلات بهداشتی از دیدگاه رابطین سلامت، مردم و مسئولین..... ۲۹
- زمان بندی گام های اجرایی ارزیابی سلامت جامعه..... ۲۹
- مرحله ششم : سنجش حجم مشکل و عوامل مرتبط با آن در جامعه..... ۳۰
- حجم نمونه و روش تعیین حجم نمونه..... ۳۱
- روش آنالیز داده‌ها و نرم افزارهای مربوطه..... ۳۱
- مرحله هفتم : تدوین و انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه (نتایج)..... ۳۲
- نتایج توصیفی..... ۳۲
- سن و جنس..... ۳۲
- جدول ۱-۷- اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان..... ۳۲
- نمودار ۱-۷-: توزیع فراوانی گروه های سنی بر حسب جنس..... ۳۲
- وضعیت تاهل..... ۳۳
- جدول ۲-۷ فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تاهل..... ۳۳
- وضعیت شغل..... ۳۳
- جدول ۳-۷- فراوانی و درصد فراوانی وضعیت شغل..... ۳۳
- نمودار ۲-۷- درصد فراوانی شرکت کنندگان بر اساس گروه های شغلی در زنان..... ۳۴
- نمودار ۳-۷- درصد فراوانی شرکت کنندگان بر اساس گروه های شغلی در مردان..... ۳۴
- تحصیلات..... ۳۵
- جدول ۴-۷- فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تحصیلات..... ۳۵
- وضعیت فعالیت بدنی..... ۳۵
- فعالیت بدنی مرتبط با شغل..... ۳۵
- فعالیت بدنی با شدت متوسط..... ۳۵

۳۵	 BMI، وزن، قد
۳۶	 جدول ۵-۷- فراوانی و درصد فراوانی شاخص توده بدنی (BMI)
۳۶	 وضعیت فشارخون سیستولیک و دیاستولیک
۳۶	 متغیرهای موثر بر فشارخون
۳۷	 جدول ۶-۷- فراوانی و درصد فراوانی سایر متغیرهای مورد مطالعه موثر بر فشارخون
۳۸	 مصرف نمک
۳۸	 جدول ۷-۷- فراوانی و درصد فراوانی مصرف نمک
۳۸	 آگاهی شرکت کنندگان درباره فشارخون
۳۹	 جدول ۸-۷- درصد توزیع پاسخ شرکت کنندگان به سوالات سنجش آگاهی درباره فشارخون
۳۹	 نتایج تحلیلی
۳۹	 جدول ۹-۷- متغیرهای موثر بر فشارخون (نتایج آزمون رگرسیون Logistic)
۴۰	 مرحله هشتم : تدوین برنامه عملیاتی ارزیابی جامعه
۴۰	 جدول ۱-۸- برنامه عملیاتی ارزیابی سلامت جامعه
۴۱	 پیوست ها
۴۱	 پیوست شماره ۱: فرم ارزیابی سلامت از دیدگاه اعضای جامعه
۴۲	 پیوست شماره ۲: فرم امتیاز دهی جهت تعیین اولویت ها
۴۳	 پیوست شماره ۳: پرسشنامه ارزیابی وضعیت فشارخون در شهرک شهید رجائی شهرستان شاهرود
۴۵	 پیوست شماره ۴: پروپوزال طرح تحقیقاتی

همکاران طرح

آقای دکتر احمد خسروی (دانشیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود)

خانم زینب درینی (دانشجو کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود)

خانم آیدا پروانه (دانشجو کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود)

خانم رقیه معصومی (دانشجو کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود)

آقای ابراهیم ورجاوند (دانشجو کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود)

آقای یاسر محمدنیا (دانشجو کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود)

موقعیت جغرافیایی و ویژگی‌های شهرستان شاهرود

شهرستان شاهرود با مساحت ۴۳۴۰۵ کیلومترمربع و بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ جمعیت شهرستان بالغ بر ۲۱۸۶۲۸ نفر بود. شاهرود از شمال به استان گلستان و شهرستان میامی و از جنوب به استان‌های اصفهان و یزد و از شرق به استان خراسان رضوی و از مغرب به شهرستان دامغان محدود است. شهرستان شاهرود نیز مانند سمنان و دامغان در شمار ایالات قومس (کومش) قرار دارد. این محل نیز گذرگاه نفوذ آریایی‌ها و به ویژه پارت‌ها به فلات ایران بوده است. شاهرود در عصر صفویه منطقه کوچکی بود و نخستین بنای قابل توجه آن دژی بوده که به هنگام هجوم افغان‌ها در این شهر ساخته شده است. با هرج و مرج دوره نادری و جنگ‌های آغاز تأسیس سلسله قاجار این شهر از اهمیت افتاد، لیکن به علت موقعیت سوق‌الجیشی از زمان فتحعلی شاه دوباره روبه ترقی و پیشرفت گذاشت. از صومعه و آرامگاه بایزید بسطامی، مسجد جامع و برج کاشانه بسطام، مسجد جامع فرومد، بقعه امامزاده محمد، آرامگاه شیخ ابوالحسن خرقانی و آرامگاه ابن یمین فرومدی میتوان به عنوان برترین آثار تاریخی این شهرستان یاد کرد.

جغرافیای تاریخی شاهرود

شاهرود که شرقی‌ترین شهرستان استان سمنان محسوب میشود. در اوستا به نام «چخره یا شخره» نامیده شده است. هسته اولیه شهر شاهرود در حواشی رود بزرگ شاهرود شکل گرفته است که به مقتضای این رود منطقه را شاهرود نامیده اند. عده ای عقیده دارند بنای شهر شاهرود توسط اژی دهاک ساخته شده است. حداقل طول شرقی جغرافیایی شهرستان شاهرود ۵۴ درجه و ۳۳ دقیقه و حداقل عرض شمالی جغرافیایی ۳۴ درجه و ۱۴ دقیقه قرار داشته و ارتفاع ایستگاه هواشناسی مرکز شهرستان از سطح دریا ۱۳۴۹ متر و اختلاف ساعت مرکز شهرستان با شهر تهران ۱۴ دقیقه است. آب و هوای شاهرود به نسبت پستی و بلندی و نزدیکی به کویر نمک و رشته کوه البرز متغیر است. در این رابطه آب و هوای آن به دو منطقه تقسیم میگردد: قسمت مرکزی شامل شاهرود و دهستان‌های حومه، دهملا معتدل و قسمت جنوبی مانند طرود، بیارجمند و خوارتوران گرم معتدل است.

پیشینه تاریخی

مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد شاهرود یکی از شهرهای مهم چهاردهمین ایالت تاریخی، «چخره» (از تقسیمات شانزده گانه اوستایی در دوران باستان) بوده که در دامنه جنوبی رشته کوه البرز، توسط آریایی‌ها بنا نهاده شده است. برخی پژوهندگان واژه چخره را شکل ابتدایی شاهرود و در همان معنی دانسته‌اند.

مراکز تاریخی و باستانی

- آرامگاه شیخ ابوالحسن خرقانی
- کاروانسراهای میان‌دشت
- برج کاشانه بسطام
- آرامگاه بایزید بسطامی
- آرامگاه شیخ حسنجوری
- قلعه پارت‌ها
- کاروانسرای عباس‌آباد

اماکن زیارتی و مذهبی

- مسجد جامع بسطام
- برج کاشانه

جاذبه های طبیعی

- رودخانه تاش یا شاهرود
- منطقه حفاظت شده خارتوران
- منطقه شکارممنوع تپال
- جنگل ابر

دانشگاه و مراکز آموزش عالی

- دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود
- دانشگاه صنعتی شاهرود
- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی و غیردولتی شاهرود
- دانشگاه علوم قرآنی شاهرود

- دانشگاه پیام نور شاهرود
- دانشگاه علمی کاربردی آفرینش
- موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی برآیند شاهرود
- دانشگاه علمی کاربردی شرکت سیم و کابل مغان

صنایع

- کارخانه سیمان شاهرود
- شرکت البرز شرقی
- شرکت فولاد شاهرود

معادن

- معادن زغال سنگ البرز شرقی
- سنگ گچ
- سنگ آهک

فن آوری

- پایگاه فضایی ایران به نام پایگاه فضایی شاهرود

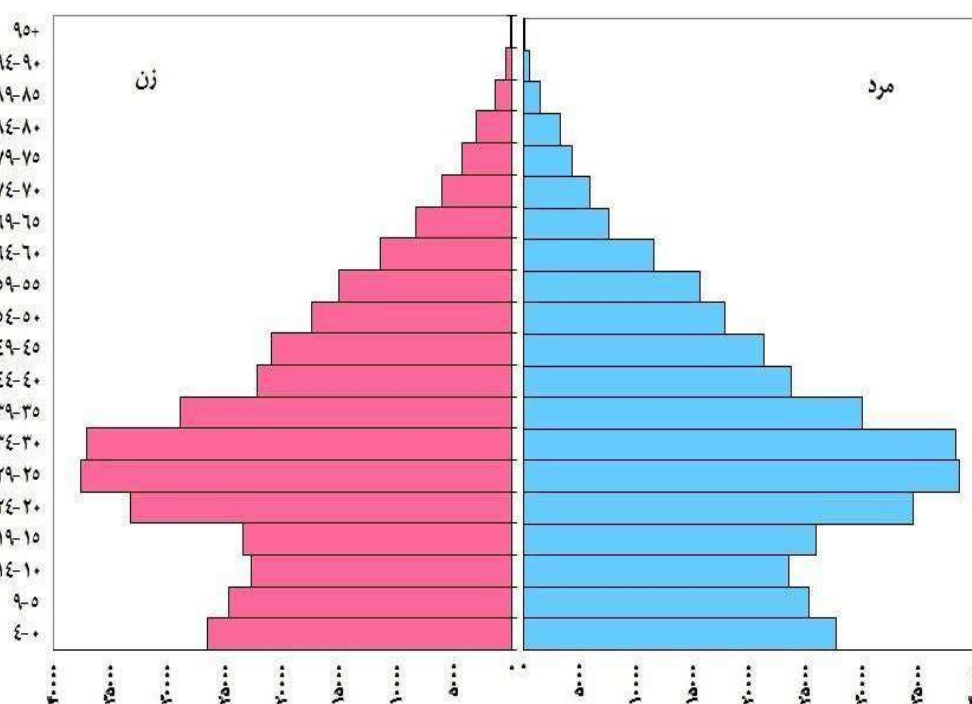
جمعیت

جمعیت شاهرود و میامی بر اساس واحد آمار در سال ۱۴۰۰ معاونت بهداشتی ۲۸۳۲۵۸ نفر بوده است که ۱۴۱۵۲ نفر زن و ۱۴۱۸۰۶ نفر مرد بوده اند. تعداد ۷۵۲۷۲ خانوار مربوط به شاهرود و ۱۱۹۹۶ خانوار مربوط به میامی می باشد.

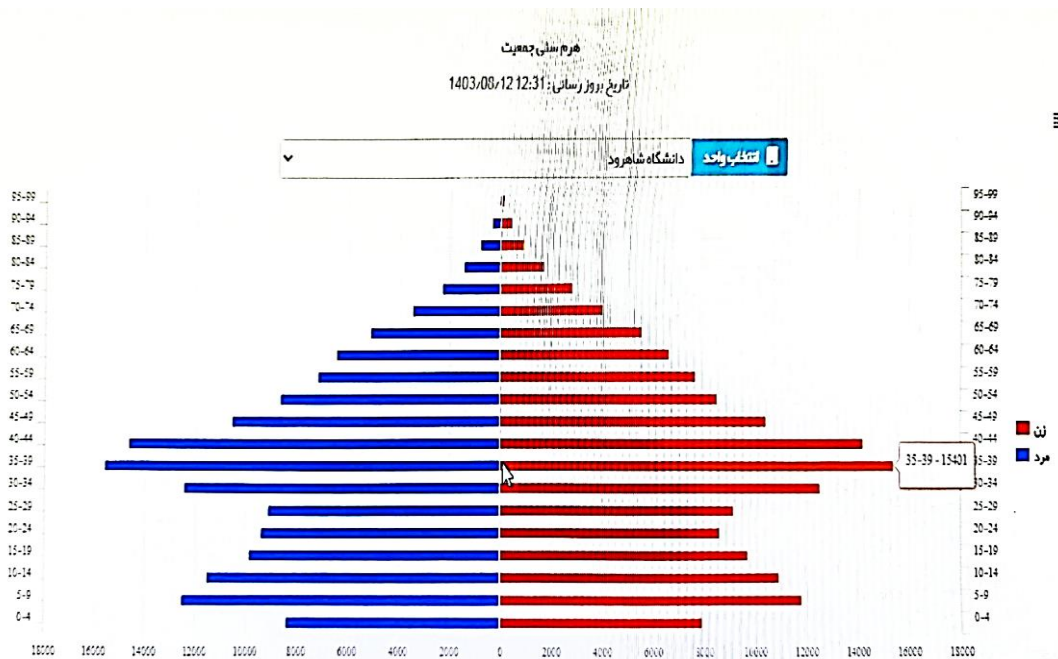
بر اساس اطلاعات سال ۹۷ دانشگاه علوم پزشکی شاهرود ۴۰ درصد جمعیت استان سمنان را پوشش می دهد، (شهرستان های شاهرود و میامی) این دانشگاه همچنین ۵۰ درصد از مساحت جغرافیایی استان را نیز تحت پوشش خدمات خود دارد که یکی از دشواری های کار خدمت رسانی مجموعه بهداشت و درمان همین مقوله پراکندگی وسیع جغرافیایی است.

۲۸ مرکز جامع سلامت شهری و روستایی در سراسر شهرستان های شاهرود و میامی به مردم خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می دهند. این مراکز در کنار ۱۶ پایگاه سلامت، به حدود نیمی از جمعیت استان سمنان در شهرهای زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود خدمات ارائه می دهند.

هرم سنی جمعیت استان سمنان بر حسب گروه های سنی ۱۳۹۵



هرم سنی جمعیت شهرستان شاهرود بر حسب گروههای سنی ۱۴۰۳



مشخصات جمعیت تحت پوشش شهرک امام خمینی

بر اساس آمار سال ۱۴۰۳ معاونت بهداشتی شهرستان شاهرود، جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف شهرک امام خمینی که جهت بررسی انتخاب شده است، ۱۴۳۴۷ نفر و تعداد ۴۱۹۵ خانوار است.

ناحیه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف شهرستان شاهرود



منطقه هدف، جهت ارزیابی سلامت جامعه توسط تیم ارزیاب

جمعیت تحت پوشش بلوک ۵ (شهرک شهید رجایی) مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف شهرک امام خمینی

مراحل ارزیابی سلامت جامعه (خلاصه روش کار)

این مطالعه در سال ۱۴۰۳ در مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف در شهر شاهرود و بر اساس مدل کارولینای شمالی که روش علمی و استاندارد ۸ مرحله ای برای ارزیابی سلامت جامعه می باشد، انجام گردید .

در مرحله اول تیم ارزیابی جامعه متشکل از ۵ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی جهت جمع آوری داده های اولیه و ثانویه تشکیل گردید.

در مرحله دوم تیم ارزیابی اقدام به جمع آوری داده ها نمود. داده های اولیه با استفاده از روش های کیفی از طریق برگزاری جلسات بحث گروهی با رابطین سلامت مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف، مردم محله، جمعی از نمازگزاران مسجد و همچنین مصاحبه هایی که با کارکنان مرکز صورت می گرفت جمع آوری شد.

برای به دست آوردن داده های اولیه از فرم ارزیابی سلامت ازدیدگاه اعضای جامعه از مشکلات سلامت مردم استفاده شد. به این صورت که این فرم به مراجعه کننده های مرکز شهید شریف داده شد. هم چنین تیم ۳ نفره ارزیابی برای تکمیل پرسشنامه های ارزیابی سلامت و شناسایی مشکلات به شهرک شهید رجایی مراجعه کرده و تعدادی پرسشنامه را از طریق کاسبان، ساکنین و مسئولین منطقه تکمیل نمودند.

داده های ثانویه مانند شاخص های جمعیتی، سلامت محیط، بهداشت خانواده، بیماریهای واگیر و غیر واگیر، تغذیه، بهداشت محیط، واکسیناسیون و حیوان گزیدگی با هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان از طریق کارشناسان استخراج گردید و در اختیار تیم ارزیابی قرار گرفت.

در مرحله سوم داده های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اعضای تیم اقدام به تعیین مشکلات احتمالی نمودند.

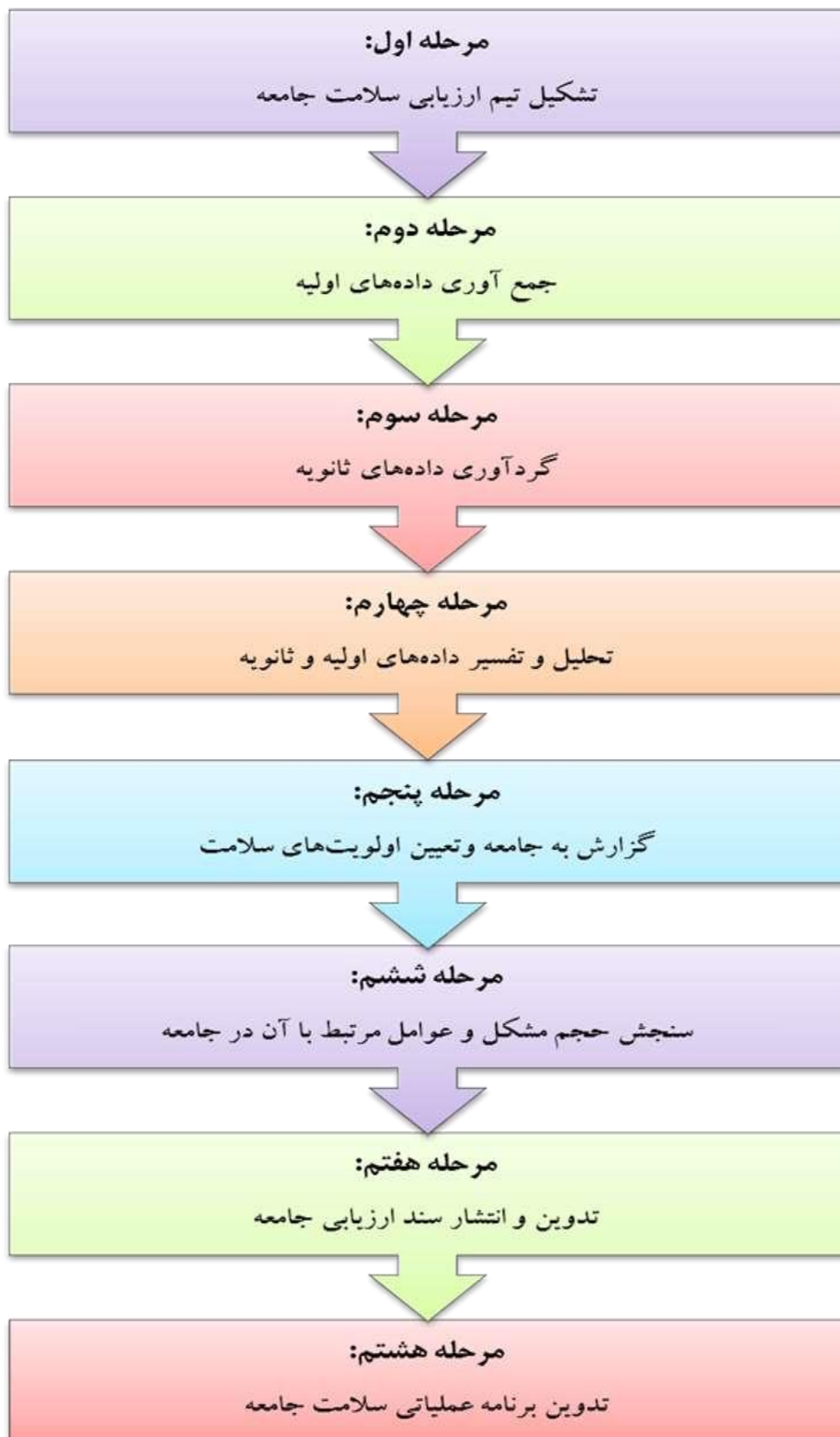
در مرحله چهارم داده های ثانویه و اولیه با یکدیگر ترکیب و مورد مقایسه قرار گرفتند و تیم ارزیابی با مقایسه آمارها با اظهارات کارکنان مرکز و نیز رابطین سلامت شناختی همه جانبه از مشکلات شهرک شهید رجایی پیدا کردند.

در مرحله پنجم نتایج ارزیابی به کارکنان مرکز و رابطین سلامت گزارش گردید تا تیم ارزیابی از ارزیابی صحیح جامعه و برداشت صحیح از نظرات آنها اطمینان حاصل نماید و تلفیق نظرات با یکدیگر انجام شد.

در مرحله ششم مشکلات شناسایی شده در مرحله قبل اولویت بندی گردیدند. اولویت بندی با استفاده از روش هانلون می باشد که به مشکلات شناسایی شده بر اساس (۱) بزرگی مشکل و (۲) نتیجه و پیامد و (۳) قابلیت اجرا و (۴) فوری بودن مشکل امتیاز داده شد. بعد از میانگین گیری امتیازات فهرست، مشکلات به ترتیب میانگین لیست شدند.

مرحله هفتم شامل ایجاد سند ارزیابی جامعه می باشد. در این مرحله گزارشی مستند از فرآیند انجام ارزیابی به همراه نتایج آن تهیه گردید.

مرحله ی هشتم طبق مدل کارولینای شمالی نوشتن برنامه عملیاتی بر اساس اولویت های مرحله ششم می باشد.



مرحله اول : تشکیل تیم ارزیابی سلامت جامعه

تعیین اعضای تیم ارزیاب بشرح زیر

- ناظر پروژه: جناب آقای دکتر خسروی (مدیر محترم گروه اپیدمیولوژی)

گروه مشاوره

- کارشناسان مراقب سلامت بلوک های مختلف منطقه
- مسئول محترم مرکز بهداشت شهید شریف شهرک امام خمینی
- کارشناس بهداشت محیط مرکز
- کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز
- کارشناس مامایی مرکز
- پزشک عمومی مرکز
- کارشناس مشاور و سلامت روان مرکز
- اعضای گروه کار: دانشجویان کارشناسی ارشد ورودی ۱۴۰۲ دانشگاه علوم پزشکی شاهرود خانم ها زینب درینی، آیدا پروانه، رقیه معصومی و آقایان ابراهیم ورجاوند، یاسر محمدنیا

برگزاری جلسه توجیهی توسط ناظر محترم پروژه جناب آقای دکتر خسروی (۲۸ آبان ۱۴۰۳)

طی نشست و جلسه ای که توسط تیم ارزیابی و ناظر پروژه در حضور مسئول مرکز بهداشت واقع در مرکز بهداشت شهید شریف شهرک امام خمینی شهرستان شاهرود راس ساعت ۱۰ صبح انجام شد، در ابتدا ضرورت و اهمیت انجام ارزیابی بیان شد و سپس مراحل مختلف انجام پروژه ارزیابی سلامت جامعه مجدداً مرور شد. در ادامه معرفی و آشنایی تیم ارزیابی با کارشناسان مختلف مرکز (مراقبین سلامت، پزشک، ماما، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای و مشاور روان) توسط سرپرست مرکز سلامت انجام شد و جمع آوری اطلاعات و مصاحبه ها آغاز گردید. اطلاعات کلی مرکز و ویژگی های جمعیت شناختی منطقه تحت پوشش و موقعیت جغرافیای مرکز شهید شریف شهرک امام خمینی شناسایی و جمع آوری شد.



جمعیت هدف مورد مطالعه

با توجه به گستردگی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت شهید شریف شهرک امام خمینی و بلوک بندی منطقه توسط معاونت بهداشتی، تنها یکی از بلوک ها جهت ارزیابی انتخاب شد. در این ارزیابی محدوده تحت پوشش بلوک ۵ مرکز بهداشت شهید شریف (شهرک شهید رجایی) بنا به نظر ناظر برنامه و سرپرست مرکز انتخاب و هدف گذاری شد.

حجم نمونه مورد بررسی

با توجه به لزوم نظر سنجی از تمامی اقشار ساکنین هر منطقه در بحث ارزیابی سلامت جامعه، تمامی ساکنان بلوک ۵ وارد مطالعه شدند. داده های اولیه با استفاده از روش های کیفی و از طریق برگزاری جلسات بحث متمرکز گروهی و مصاحبه های نیمه ساختارمند که با افراد کلیدی و مردم عادی جامعه و به منظور شناسایی مشکلات آنها صورت می گرفت، جمع آوری شدند. برای جمع آوری داده های اولیه در منطقه ۳ بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با ۴۲ نفر مردم منطقه به صورت پرسش از ۵ عنوان مهم از مشکلات منطقه و همچنین مصاحبه با مسئولین منطقه انجام شد. جهت استخراج مشکلات منطقه، طی چند مرحله مصاحبه حضوری بر اساس فرم ارزیابی تدوین شده (پیوست شماره ۱) با ساکنین منطقه، کارکنان مرکز بهداشت مربوطه، ریاست دانشگاه های منطقه، مدیر و مسئولین مدارس، باشگاههای ورزشی تحت پوشش و افراد حاضر در مساجد و رابطین سلامت در خصوص مهم ترین اولویت ها و مشکلات بهداشتی از دیدگاه آنها مصاحبه های نیمه ساختارمند انجام شد. در مجموع ۴۲ فرم ارزیابی سلامت جامعه جهت شناسایی مشکلات طی ۲ روز جمع آوری و اطلاعات به طور دقیق بر اساس اظهارات ثبت گردید.

بحث گروهی متمرکز اول

در ابتدا با هماهنگی مراقبین سلامت منطقه، جلسه ای با شرکت ۳ نفر از رابطین سلامت شهرک شهید رجایی و تمامی اعضای تیم ارزیابی به منظور شناسایی مشکلات منطقه از دیدگاه آنان و انجام بحث گروهی متمرکز صورت گرفت.

طی این نشست، نخست از رابطین خواسته شد به صورت گروهی و به اتفاق نظر لیستی از مهم ترین مشکلات منطقه را شرح دهند و در پایان جلسه مجدداً موارد مرور و تکرار شد تا از سوء برداشت توسط افراد مصاحبه کننده جلوگیری

شود و نهایتاً از رابطین خواسته شد به مشکلات ذکر شده رتبه داده و اولویت بندی شود که نتایج جلسه به شرح زیر می باشد:

اولویت بندی مشکلات از دیدگاه رابطین سلامت

(۱) دور بودن فاصله مرکز خدمات جامع سلامت

(۲) فشارخون بالا

(۳) سگ های ولگرد

(۴) دیابت

(۵) نبود امکانات تفریحی

بحث گروهی متمرکز دوم و سوم

مصاحبه ۳ نفر از اعضای تیم ارزیابی با گروهی از جمعیت زنان و مردان مسجد محل و هیئت امنای مسجد صورت گرفت که نتایج این مصاحبه بر اساس مشکلات اعلام شده به شرح زیر می باشد:

(۱) سگ های ولگرد

(۲) بیکاری جوانان

(۳) فقر

(۴) دور بودن مرکز خدمات جامع سلامت

(۵) کمبود مدرسه

مشاهدات و بررسی منطقه توسط اعضای تیم ارزیاب و تهیه مستندات

اعضای تیم ارزیاب طی مشاهدات مستقیم و بررسی دقیق منطقه مشکلات زیر را لیست کرد:

(۱) بهداشت محیط ضعیف اطراف مدرسه ابتدایی دخترانه

(۲) نبود امکانات بهداشتی در تنها پارک منطقه

(۳) وجود سگ های ولگرد

(۴) رها سازی فاضلاب و پس آب خانگی به محیط

(۵) رها سازی و به آتش کشیدن زباله در اطراف محل



مصاحبه با مسئولین مرکز بهداشت و شناسایی مشکلات از دیدگاه آن‌ها

از دیدگاه مسئولین بهداشتی منطقه و شهرستان مشکلات زیر لیست شد:

- (۱) فشارخون بالا
- (۲) دیابت
- (۳) سالمندی جمعیت
- (۴) سگ‌های ولگرد و گزش آن‌ها
- (۵) کاهش مراجعات مردم جهت دریافت خدمات بهداشتی



مصاحبه با عابرين، ساكنين، مراجعه كنندگان به مركز بهداشت، فروشندگان و افراد داراي كسب و كار در

بلوك ۵ منطقه

از ديدگاه ساكنين و كسبه منطقه و مراجعه كنندگان به مركز خدمات جامع سلامت مشكلات زير ليست شد:

(۱) جانمايي و محل خطرناك مدرسه دخترانه

(۲) سگ هاي ولگرد

(۳) دوري مركز خدمات جامع سلامت از منطقه

(۴) بيكاري

(۵) فقر



مرحله سوم: جمع آوری داده های ثانویه

در ابتدا با مراجعه تیم ارزیاب به مرکز بهداشت شهید شریف شهرک امام خمینی، آمار و اطلاعات موجود در خصوص شاخص های سلامتی مورد نظر در این مرکز، به کمک ماما و ناظر مرکز جمع آوری شد که به شرح زیر می باشد:

تعداد جمعیت تحت پوشش: ۱۴۳۴۷

تعداد خانوار: ۴۱۹۵

جمعیت کل و زیر گروه های سنی شهرک امام خمینی

تعداد کل جمعیت	کودکان	نوجوانان	جوانان	میانسالان	سالمندان	
۱۴۳۴۷	۷۲۹	۲۵۴۰	۱۸۵۷	۶۸۸۳	۲۳۳۸	شهرک امام خمینی

جمعیت شهرک امام خمینی بر اساس بلوک های تحت پوشش

جمعیت	بلوک ۱	بلوک ۲	بلوک ۳	بلوک ۴	بلوک ۵
۲۵۴۰	۱۹۷۸	۲۳۲۳	۴۵۸۵	۲۵۴۴	۲۵۴۴

جمعیت هدف این ارزیابی: بلوک ۵

جمعیت کل و زیر گروه های سنی بلوک ۵ (شهرک شهید رجایی)

تعداد کل جمعیت	کودکان	نوجوانان	جوانان	میانسالان	سالمندان	
۲۵۴۴	۱۵۲	۴۹۵	۳۱۲	۱۲۴۳	۳۴۲	شهرک شهید رجایی (بلوک ۵)

مشخصات و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت محیط منطقه

- منطقه دارای ۲۱۲ مرکز تهیه و توزیع مواد غذایی شامل: نانوايي، سوپري، قنادي، قصابي، رستوران، لبنیاتی، اغديه فروشي، فروشگاه زنجيره ای، عمده فروشي مواد غذایی، عطاری است.
- ۲۲ واحد اماکن عمومی شامل مدرسه، مسجد، پادگان، باشگاه، مهدکودک و آرایشگاه است.

مشخصات و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت حرفه ای منطقه

- کل کارگاه های تحت پوشش منطقه: ۱۱۱ عدد می باشد.
- درصد کارگاه های بازرسی شده: ۹۸/۹ درصد درصد شاغلین معاینه شده: ۱۶ درصد
- درصد شاغلین بهره مند از خدمات اندازه گیری و کنترل: ۹۰/۸ درصد درصد شاغلین در مواجهه با صدای زیان آور: ۵/۵ درصد
- درصد شاغلین در مواجهه با مواد شیمیایی زیان آور: ۲۰/۷ درصد (افزایشی نسبت به میزان ۰/۹ درصد در سال گذشته)
- تعداد خدمات انجام شده دیابت، فشارخون و خطر سنجی مرکز در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۳:
- تعداد خدمت دیابت برای پزشک: ۲۴۷ مورد
- تعداد خدمت دیابت برای غیرپزشک: ۸۰۶ مورد
- تعداد خدمت فشارخون برای پزشک: ۳۴۳ مورد
- تعداد خدمت فشارخون برای غیرپزشک: ۱۲۴۷ مورد
- تعداد خدمت خطرسنجی: ۱۶۶۷ مورد

سپس دو نفر از اعضا تیم ارزیابی از طریق مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان شاهرود داده های ثانویه شاخص های مورد نظر را برای کل شهرستان و مرکز بهداشت شهید شریف با مراجعه به واحد آمار، بهداشت خانواده، بیماری های واگیر و غیر واگیر، تغذیه، بهداشت محیط، واکسیناسیون (حیوان گزیدگی) جمع آوری و گزارش کردند.



بر اساس اطلاعات ارائه شده توسط کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان، هیچ مورد بروز هاری در شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۳ ثبت نشده بود. هم چنین بیش از ۹۰ درصد حیوان گزیدگی های رخ داده در شهر شاهرود بوسیله حیوانات خانگی بوده است. در حالی که گزش توسط سگ ها رو به کاهش بود موارد گزش توسط گربه ها افزایش داشت.

تعداد کل گزش های ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۳ شهر شاهرود ۶۴۸ مورد بود که از این تعداد ۳۳۳ مورد توسط حیوانات اهلی و صاحب دار و ۳۱۵ مورد توسط حیوانات بلاصاحب صورت گرفته بود.

تعداد کل گزش های ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۳ مرکز بهداشت شهید شریف شهرک امام خمینی نیز ۳۳ مورد بود که ۲۱ مورد آن در مردان و ۱۲ مورد در زنان رخ داده بود. و تعداد موارد حیوان گزیدگی توسط حیوانات اهلی (۲۰ مورد) بیشتر از موارد گزش توسط حیوانات وحشی (۱۳ مورد) بود.

آمار و شاخص های بهداشتی کل شهرستان شاهرود سال ۱۴۰۲

۲۶۹۳۵۱	تعداد کل جمعیت
۲۹۶۵	تعداد تولد زنده
۱۳۸۰	تعداد مرگ
۱/۴۹	میزان باروری کل
۰/۵	رشد جمعیت
۱۸۰۳۵۸	جمعیت بالای ۳۰ سال
۲۳۸۶۸	تعداد مبتلایان به فشارخون
۱۲۸۴۸	تعداد مبتلایان به دیابت نوع ۲
۵۹	تعداد فوت بر اثر حوادث
۵۲۰	تعداد فوت بر اثر بیماری قلبی عروقی
۲۲۵	تعداد فوت بر اثر سرطان
۲۰۶	تعداد فوت بر اثر بیماری های تنفسی
۶۹	تعداد فوت بر اثر دیابت
۴۸	تعداد فوت بر اثر بیماری ادراری تناسلی
۴۶	تعداد فوت بر اثر بیماری گوارشی
۷/۴	میزان مرگ نوزادان کمتر از ۲۸ روز (NMR)
۱۰/۴	میزان مرگ نوزادان کمتر از یک سال (IMR)
۱۲/۸	میزان مرگ نوزادان کمتر از ۵ سال
۰	میزان مرگ مادران حول زایمان (MMR)
۰/۹	درصد کم وزنی نوزادان متولد شده (LBW)

آمار و شاخص های بهداشتی جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشت شهید شریف سال ۱۴۰۲

۱۴۳۴۷	تعداد کل جمعیت
۱۳۸	تعداد تولد زنده
۴۳	تعداد مرگ
۱۶۴	میزان باروری کل
۰/۵	رشد جمعیت
۹۰۵۹	جمعیت بالای ۳۰ سال
۱۴۹۴	تعداد مبتلایان به فشار خون
۹۳۴	تعداد مبتلایان به دیابت نوع ۲
۲	تعداد فوت بر اثر حوادث
۱۴	تعداد فوت بر اثر بیماری قلبی عروقی
۷	تعداد فوت بر اثر سرطان
۳	تعداد فوت بر اثر بیماری های تنفسی
۰	تعداد فوت بر اثر دیابت
۰	تعداد فوت بر اثر بیماری ادراری تناسلی
۲	تعداد فوت بر اثر بیماری گوارشی
۰	میزان مرگ نوزادان کمتر از ۵ سال
۰	میزان مرگ مادران حول زایمان (MMR)
۸	تعداد نوزادان متولد شده با کم وزنی (LBW)

مرحله چهارم: جمع بندی و تحلیل داده های اولیه و ثانویه

در مرحله چهارم داده های ثانویه از مرحله ۲ و ۳ با داده های اولیه ترکیب و مقایسه می گردد و براین اساس تیم ارزیابی جامعه، شناختی جامع از مشکلات عمده شهرک رجایی پیدا نمود.

نظرات مردم و مسئولین درمورد مشکلات منطقه تا حدودی مطابقت داشت. اما در برخی موارد نیز مشکلات مطرح شده، هیچ تطابقی با یکدیگر نداشتند، برای مثال مردم به مشکلاتی چون کمبود نانوايي، نبود امکانات بهداشتی در پارک، بیکاری، وجود سگ های ولگرد، کمبود فضای تفریحی و ورزشی، کمبود مدرسه، حضور ارازل و اوباش، اعتیاد، دزدی و فقر اشاره نمودند درحالی که مسئولین به هیچ یک از این مشکلات اشاره ای نداشتند. از طرفی مشکلاتی چون فشارخون بالا، کمبود نیروی بهداشتی، دیابت، کمبود داروخانه و پایگاه اورژانس، قطعی آب و برق و سالمندی جمعیت توسط مسئولین اشاره شده بود. در توجیه این تفاوت ها در ابراز مشکلات منطقه باید گفت که هریک از این دوگروه بر اساس مستندات خود مشکلات

را شناسایی می کنند. مردم برمبنای مشاهدات و مسئولین برمبنای آمار و ارقامی که در دست دارند مشکلات را شناسایی و بیان می کنند. اهمیت این مسئله اینجاست که مسائلی چون دزدی و کودک آزاری و حضور ارازل و اوباش و اعتیاد که به علت تابو بودن به روشی آسان قابل اندازه گیری نیستند را میتوان با روش ارزیابی جامعه شناسایی نمود زیرا که چنین مسائلی ممکن است به دلیل فقدان آمار و ارقام از دید مسئولین دور بماند، اما مردم بخاطر افزایش امنیت خود این مسائل را بیان می کنند.

درنهایت براساس مصاحبه های صورت گرفته با ساکنین و مسئولین منطقه و اطلاعات بدست آمده بر اساس مشاهدات، مستندات و داده های اولیه و ثانویه، مشکلات گزارش شده توسط اهالی به صورت کلی در حوزه های زیر طبقه بندی شدند:

لیست مشکلات شناسایی شده شهرک شهید رجایی در ۷ حیطه مختلف

مشکلات	حیطه
شیوع بالای فشارخون فقدان مرکز بهداشت فقدان داروخانه پدیکلوزیس سالمندی جمعیت	بهداشت و سلامت
وجود حیوانات ولگرد و موزی دفع غیر بهداشتی فاضلاب نظافت نامناسب خیابان‌ها	بهداشت محیط
کمبود فضای ورزشی کمبود نانوائی قطع آب و برقی	خدمات رفاهی و تفریحی
فقدان مدرسه ابتدایی پسرانه نامناسب بودن شرایط مدرسه دخترانه و شلوغ بودن کلاس‌ها	آموزشی و فرهنگی
بیکاری فقر و کمبود درآمد اعتیاد بالا بودن اجاره بهای منازل	اقتصادی و اجتماعی
سرقت حضور اراذل و اوباش در پارک محله وجود افراد زباله گرد	امنیت و حقوق شهروندی
دسترسی سخت به تاکسی روشنایی نامناسب معابر باریک بودن معابر	حمل و نقل

مرحله پنجم: گزارش به جامعه و تعیین اولویت های سلامت

هنگامی که داده های اولیه و ثانویه توسط تیم ارزیابی سلامت جامعه جمع آوری و تحلیل شد، اطلاعات بدست آمده با ساکنان و مسئولین منطقه مطرح شد و اولویت های سلامت تعیین گردید. بدین منظور فرم های امتیاز دهی در مرحله اول در اختیار اعضا تیم ارزیابی تشکیل شده در مرحله اول قرار گرفت و سپس به کمک مراقبین سلامت مرکز، از رابطین سلامت، مسئولین مراکز مهم منطقه و تعدادی از ساکنین منطقه دعوت شد تا چک لیست امتیاز دهی (پیوست شماره ۲) را تکمیل نمایند. در ابتدا توضیح کاملی در خصوص مراحل انجام رتبه بندی داده شد. همچنین اطلاعاتی از نتایج نهایی جمع آوری و تحلیل داده های اولیه و ثانویه و بیشترین دغدغه های منطقه از دیدگاه افراد در اختیار حضار قرار گرفت.

سپس با استفاده از فرم امتیازدهی، مراحل انتخاب و اولویت بندی مشکلات و امتیاز دهی بر اساس شدت و وسعت مشکل، پیامد مشکل و مداخله پذیری مشکل تشریح گردید. حاضرین با توجه به اطلاعات ارائه شده، به مشکلات شناسایی شده بر اساس دیدگاه خود امتیاز دادند. هر فرد بر اساس وسعت مشکل، شدت مشکل و قابلیت اصلاح پذیری مشکل حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۱۰ را روبروی مشکل یادداشت می کرد. سپس اعضا تیم ارزیابی امتیازهای کسب شده هر مشکل را جمع کردند. همچنین فرم ها توسط خود اعضای تشکیل دهنده تیم ارزیابی براساس مشاهدات و یافته های کلی نیز امتیاز دهی شد.

با توجه به اینکه حیطه بهداشت و سلامت در نظرسنجی اولویت اول را به خود اختصاص داده است و با توجه به اینکه در حیطه بهداشت و سلامت بر اساس فرم تعیین اولویت ها مشکلاتی از قبیل شیوع بالای فشارخون، فقدان مرکز بهداشت در منطقه، پدیکلوزیس و سالمندی جمعیت در این حیطه قرار گرفتند، بنابراین با توجه به وسعت، شدت و قابلیت اصلاح بودن مشکل و با توجه به استانداردهای تعیین شده و استعلام های اخذ شده از معاونت بهداشتی، مدیریت و تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف و نظرسنجی از رابطین سلامت، وجود حیوانات ولگرد و موزی بالاترین امتیاز را به خود اختصاص و شیوع فشارخون در جایگاه دوم قرار گرفت ولی با توجه به اینکه امکان مداخله و قابلیت اجرایی جمع آوری و کنترل حیوانات ولگرد بسیار پایین می باشد، شیوع فشارخون بالا به عنوان اولویت اول بهداشتی منطقه شهرک شهید رجایی (بلوک ۵ مرکز خدمات جامع سلامت شهید شریف شهرک امام خمینی) انتخاب گردید.

لیست امتیازات حیطه مشکلات شناسایی شده شهرک شهید رجایی بر اساس وسعت، شدت و قابل اصلاح بودن

اولویت	جمع امتیازات	قابل اصلاح بودن (۱-۱۰)	شدت مشکل (۱-۱۰)	وسعت مشکل (۱-۱۰)	حیطه مشکل
۱	۲۷	۸	۹	۱۰	بهداشت و سلامت
۲	۲۳	۷	۸	۸	بهداشت محیط
۳	۲۰	۶	۷	۷	خدمات رفاهی و تفریحی
۴	۱۹	۶	۷	۶	آموزشی و فرهنگی
۵	۱۸	۴	۷	۷	اقتصادی و اجتماعی
۶	۱۵	۴	۵	۶	امنیت و حقوق شهروندی
۷	۱۲	۴	۳	۵	حمل و نقل

لیست مشکلات شناسایی شده و امتیاز هر حیطه پس از تشکیل جلسه در تیم ارزیابی سلامت

اولویت	حیطه مشکلات شناسایی شده	جمع امتیازات
۱	بهداشت و سلامت شیوع بالای فشارخون، فقدان مرکز بهداشت در شهرک، فقدان داروخانه در شهرک، پدیکلوزیس، سالمندی جمعیت	۲۷
۲	بهداشت محیط وجود حیوانات ولگرد و مودی، دفع غیربهداشتی فاضلاب، نظافت نامناسب خیابان‌ها	۲۳
۳	خدمات رفاهی و تفریحی کمبود فضای ورزشی، کمبود نانوائی، قطعی آب و برق	۲۰
۴	آموزشی و فرهنگی فقدان مدرسه ابتدایی پسرانه، نامناسب بودن شرایط مدرسه دخترانه و شلوغ بودن کلاس‌ها	۱۹
۵	اقتصادی و اجتماعی بیکاری، فقر و کمبود درآمد، اعتیاد، بالا بودن اجاره بهای منازل	۱۸
۶	امنیت و حقوق شهروندی سرقت، حضور اراذل و اوباش در پارک محله، وجود افراد زباله گرد	۱۵
۷	حمل و نقل دسترسی سخت به تاکسی، روشنایی نامناسب معابر، باریک بودن معابر	۱۲

جدول اولویت بندی مشکلات بهداشتی از دیدگاه رابطین سلامت، مردم و مسئولین

امتیاز نهایی	نوع مشکل
۲۱۲	وجود حیوانات ولگرد و موزی در منطقه
۲۰۱	شیوع فشارخون بالا
۱۹۴	شیوع دیابت
۱۸۸	بیکاری
۱۸۲	فقر و کمبود درآمد
۱۶۹	کمبود فضا و امکانات آموزشی ابتدایی و دبیرستان (نبود مدرسه ابتدایی پسرانه، نامناسب بودن شرایط مدرسه دخترانه، شلوغ بودن کلاسها)
۱۶۳	اعتیاد
۱۶۱	بالا بودن اجاره بهای منزل
۱۵۸	وضعیت نامناسب بهداشت محیط خیابانها و معابر (دفع غیر بهداشتی فاضلاب، پرورش حیوانات اهلی، نظافت نامناسب)
۱۵۸	نبود مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی (پایگاه سلامت، داروخانه و اورژانس)
۱۵۶	کمبود فضای ورزشی و تفریحی و نامناسب بودن وضعیت موجود
۱۵۵	کمبود نانوائی
۱۴۸	پایین بودن امنیت در محله (سرقت، حضور اراذل و آوایش در پارک محله، وجود افراد زباله گرد)
۱۴۵	شپش سر (پدیکلوزیس)

زمان بندی گام های اجرایی ارزیابی سلامت جامعه

ردیف	فعالیت های اجرایی	زمان کل تعیین شده	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	جمع آوری داده های اولیه	۲ روز	*	*				
۲	جمع آوری داده های ثانویه و ترکیب آنها	۲ روز	*	*				
۳	گزارش به جامعه و تعیین اولویت مشکلات	۱ روز			*			
۴	جمع آوری داده ها برای مشکل دارای اولویت اصلی	۳ روز				*	*	*

مرحله ششم: سنجش حجم مشکل و عوامل مرتبط با آن در جامعه

در این مرحله تیم ارزیاب جهت سنجش نتایج بدست آمده در مراحل قبل، یک طرح پژوهشی (مطالعه از نوع مقطعی توصیفی) جهت ارزیابی و سنجش وضعیت کلی بهداشت محیط منطقه طراحی کردند تا نتایج حاصل از ارزیابی و تجزیه تحلیل آماری مطالعه را با یافته های حاصل از مراحل قبل مقایسه کنند. جزئیات این طرح پژوهشی در پیوست شماره ۴ قرار دارد.

روش اجرا:

جامعه آماری در این پژوهش ۲۴۰ نفر از ساکنین شهرک شهید رجایی شاهرود در سال ۱۴۰۳ بود. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت فشارخون بالا در شهرک شهید رجایی و عوامل موثر بر آن که به عنوان مهم ترین مشکل شناسایی شده در فاز اول مطالعه (مصاحبه های نیمه ساختارمند کیفی) بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: افراد ساکن شهرک شهید رجایی باشند، سن بالای ۳۰ سال، تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش داشته باشند. نمونه گیری در این بررسی به صورت در دسترس انجام شد. البته با توجه به اینکه در مرحله اول جهت شناسایی مشکلات محله از نظرات افراد متفاوت استفاده شد، برای مرحله نمونه گیری نیز این تنوع در نظر گرفته شد، به طوری که نظرات افراد مراجعه کننده به مرکز بهداشت، رابطین بهداشتی و مسئولین منطقه (کارکنان مرکز بهداشت، مدیران و معلمان مدارس منطقه، ریاست دانشگاه و باشگاه و امام جماعت مساجد) بجز ساکنینی که در خیابان های منطقه از آن ها پرسشنامه تکمیل شد، در نظر گرفته شد و پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت.

پرسشنامه ها در اختیار افراد قرار می گرفت که تکمیل نمایند اما چنانچه فرد سواد خواندن و نوشتن نداشت، سوالات توسط اعضا تیم تحقیق برای آنها خوانده شد و پرسشنامه تکمیل گردید.

پرسش نامه (پیوست شماره ۳) شامل دو بخش بود. بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل) بود و در بخش دوم ۲۰ سوال مرتبط با مشکل اصلی گزارش شده و ابعاد این مشکل بود که ۳ پرسش مربوط به ارزیابی وضعیت فعالیت بدنی، ۳ پرسش مربوط به میزان مصرف نمک، ۵ پرسش مربوط به سابقه خانوادگی فشارخون بالا، مصرف داروی پرفشاری خون و کلسترول و ابتلا به بیماری زمینه ای، ۵ پرسش مربوط به بررسی سطح آگاهی از علایم و عوامل خطر پرفشاری خون، ۲ پرسش مربوط به ارزیابی وضعیت مصرف دخانیات و ۲ پرسش مربوط به بررسی وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد در شهرک شهید رجایی شهرستان شاهرود به همراه ثبت مقادیر اندازه گیری شده قد، وزن و فشار خون افراد بود.

حجم نمونه و روش تعیین حجم نمونه

برای محاسبه حجم نمونه با توجه به شیوع مشکل فشارخون بالا (۳۲٪) که در نتایج مطالعه STEPS کشوری ذکر شده بود و با حدود اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه با استفاده از نرم افزار stata تعداد ۲۱۵ نفر محاسبه گردید. با توجه به احتمال نواقص در پرسشنامه ها، ۱۲ درصد ریزش به حجم نمونه اضافه و حجم نمونه نهایی ۲۴۰ نفر محاسبه شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه افرادی است که در شهرک شهید رجایی زندگی می کنند. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود.

روش آنالیز داده ها و نرم افزارهای مربوطه

پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط نمونه های مورد پژوهش، داده ها در نرم افزار SPSS ورژن ۲۷ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد فراوانی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هم چنین به منظور بررسی ارتباط دو متغیر کیفی از آزمون کای دو (chi square) و ارتباط متغیرهای کمی و کیفی از آزمون تی مستقل (Independent Samples T-Test) و آزمون رگرسیون Logistic استفاده گردید.

مرحله هفتم: تدوین و انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه (نتایج)

در مجموع در این طرح ۱۹۴ پرسشنامه در مورد اولویت اصلی شناسایی شده (فشار خون بالا) تکمیل گردید و مورد آنالیز و بررسی به صورت توصیفی و تحلیلی قرار گرفت.

نتایج توصیفی

سن و جنس

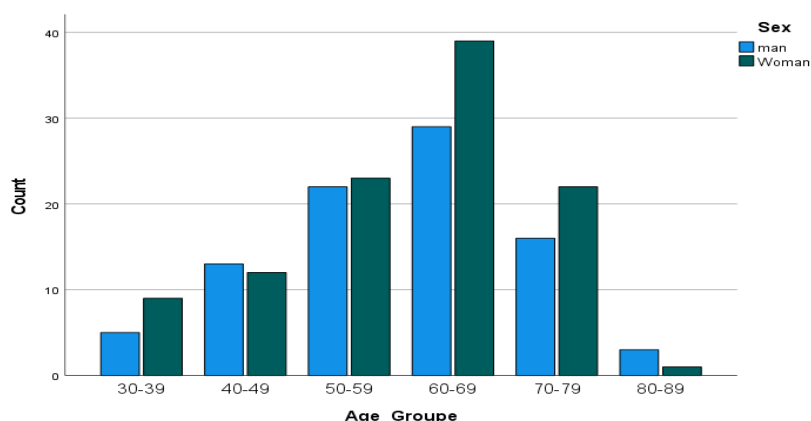
بر اساس نتایج حاصل ۵۴/۶ درصد (۱۰۶ نفر) پرسشنامه‌ها توسط زنان و ۴۵/۴ درصد (۸۸ نفر) توسط مردان تکمیل شد. میانگین سنی در کل $59/55 \pm 12/25$ و برای زنان $55/75 \pm 11/95$ و مردان $64/14 \pm 11/03$ بود. حداقل سن شرکت کنندگان در پژوهش ۳۰ سال و حداکثر ۸۶ سال بود (جدول ۷-۱).

جدول ۷-۱- اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

کل	زن	مرد	
۱۹۴	۱۰۶	۸۸	تعداد شرکت کننده (فراوانی)
$59/55 \pm 12/25$	$55/75 \pm 11/95$	$64/14 \pm 11/03$	سن (انحراف معیار $\pm$ میانگین)
۶۲	۵۷	۶۵	میان سن
۳۰	۳۰	۳۱	حداقل سن
۸۶	۸۶	۸۳	حداکثر سن

هم چنین در نمودار ۷-۱ توزیع گروه های سنی افراد شرکت کننده ارائه شده است. بیشترین تعداد در کل شرکت

کنندگان در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال با ۳۵/۱ درصد و کمترین مربوط به گروه سنی ۸۰-۸۹ سال با ۲/۱ درصد بود.



نمودار ۷-۱- توزیع فراوانی گروه های سنی بر حسب جنس

وضعیت تاهل

بر اساس نتایج جدول ۷-۲ از نظر وضعیت تاهل، اکثریت شرکت کنندگان متاهل (۸۵/۶ درصد) بودند.

جدول ۷-۲ فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	مردان		زنان		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مجرد	۵	۵/۷	۳	۲/۸	۸	۴/۱
متاهل	۸۲	۶۳/۲	۸۴	۷۹/۲	۱۶۶	۸۵/۶
بیوه	۱	۱/۱	۱۹	۱۷/۹	۲۰	۱۰/۳
مطلقه	۰	۰	۰	۰	۰	۰

وضعیت شغل

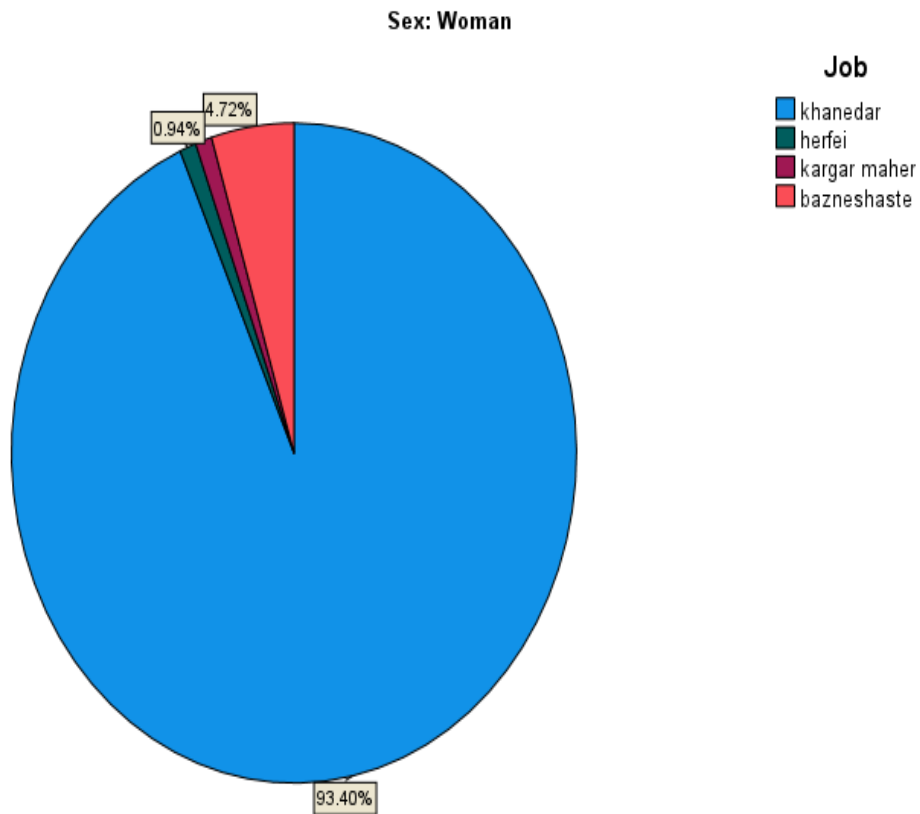
اکثر شرکت کنندگان خانه دار بودند (۵۱ درصد) که همگی در گروه زنان قرار داشتند و بعد از آن افراد بازنشسته با

۲۹/۴ درصد بودند.

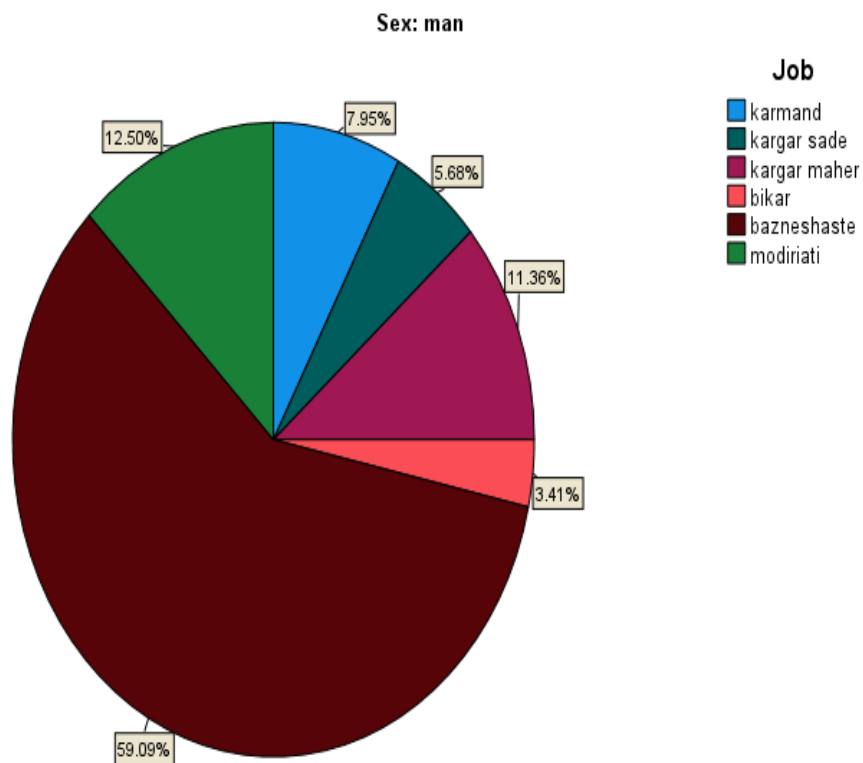
جدول ۷-۳ فراوانی و درصد فراوانی وضعیت شغل

وضعیت شغل	مردان		زنان		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خانه دار	۰	۰	۹۹	۹۳/۴	۹۹	۵۱
کارمند	۷	۸	۰	۰	۷	۳/۶
حرفه ای	۰	۰	۱	۰/۹	۱	۰/۵
کارگر ساده	۵	۵/۷	۰	۰	۵	۲/۶
کارگر ماهر	۱۰	۱۱/۴	۱	۰/۹	۱۱	۵/۷
بیکار	۳	۳/۴	۰	۰	۳	۱/۵
بازنشسته	۵۲	۵۹/۱	۵	۴/۷	۵۷	۲۹/۴
مدیریتی	۱۱	۲/۵	۰	۰	۱۱	۵/۷

نمودار ۲-۷- درصد فراوانی شرکت کنندگان بر اساس گروه های شغلی در زنان



نمودار ۳-۷- درصد فراوانی شرکت کنندگان بر اساس گروه های شغلی در مردان



تحصیلات

دامنه سال های تحصیل افراد از ۰ تا ۱۹ سال با میانه ۶ سال بود و میانگین سال های تحصیل در این افراد ۶/۶۰ سال با انحراف معیار ۰/۳۷۱ می باشد. براساس نتایج جدول ۴-۷ بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مرتبط با تحصیلات ابتدایی و پس از آن بی سواد است.

جدول ۴-۷- فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تحصیلات

مقطع تحصیلی	فراوانی	درصد فراوانی
بی سواد	۴۶	۲۳/۷
ششم ابتدایی	۷۷	۳۹/۸
دیپلم دبیرستان	۴۵	۲۳/۱
کاردانی و بالاتر	۲۶	۱۳/۴

وضعیت فعالیت بدنی

فعالیت بدنی مرتبط با شغل

میانگین ساعات فعالیت بدنی مرتبط با شغل افراد در هفته ۱۱/۱۳ ساعت با انحراف معیار ۱/۶۳ بود. تعداد ۲۳ نفر از کل جمعیت فعالیت بدنی مرتبط با شغل شان گزارش کردند که از این تعداد ۴۳/۵ درصد، ۲/۵ ساعت یا بیشتر در هفته فعالیت بدنی داشتند.

فعالیت بدنی با شدت متوسط

میانگین ساعات فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته ۳/۶ ساعت با انحراف معیار ۰/۲۸ بود. تعداد ۸۵ نفر از کل افراد فعالیت بدنی با شدت متوسط گزارش کردند که از این تعداد ۶۳/۵ درصد افراد فعالیت بدنی مناسب و کافی، یعنی ۵ روز در هفته هر بار حداقل ۳۰ دقیقه داشتند.

قد، وزن، BMI

در جمعیت مورد پژوهش میانگین وزن ۷۴/۳ (انحراف معیار: ۰/۸۹)، میانگین قد ۱۶۴/۷۸ (انحراف معیار: ۰/۴۷) و میانگین BMI ۲۷/۳۷ (انحراف معیار: ۰/۳۱) است. با توجه به داده های جدول ۵-۷ تعداد ۷۴ نفر از افراد اضافه وزن داشتند که بیشترین فراوانی را با ۳۸/۱ درصد به خود اختصاص داده بود. بعد از آن افراد با وزن طبیعی با فراوانی ۳۵/۶ درصد قرار داشتند.

جدول ۵-۷- فراوانی و درصد فراوانی شاخص توده بدنی (BMI)

گروه بندی شاخص توده بدنی (BMI)	فراوانی	درصد فراوانی
کم وزن	۱	۰/۵
طبیعی	۶۹	۳۵/۶
اضافه وزن	۷۴	۳۸/۱
چاقی سطح ۱	۴۲	۲۱/۶
چاقی سطح ۲	۶	۳/۱
چاقی سطح ۳	۲	۱
جمع کل	۱۹۴	۱۰۰

وضعیت فشار خون سیستولیک و دیاستولیک

میانگین فشارخون سیستول افراد ۱۴۰/۵۶ میلی‌متر جیوه با انحراف معیار ۱/۴۳ و میانگین فشارخون دیاستول آن‌ها ۸۹ میلی‌متر جیوه با انحراف معیار ۰/۸۶ بود.

تعداد ۱۴ نفر (۷/۲ درصد) در دسته بندی فشارخون نرمال یعنی فشار سیستولیک کمتر از ۱۲۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلی‌متر جیوه قرار دارند و سایر افراد فشارخون غیرطبیعی داشتند.

از کل جمعیت ۱۹۴ نفری مورد مطالعه تعداد ۱۰۴ نفر (۵۳/۶٪) فشارخون سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ و دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه داشتند و تعداد ۲۵ نفر (۲۱/۷٪) از آن‌ها از وضعیت فشارخون غیرطبیعی خود آگاهی نداشتند. تعداد ۷۹ نفر (۴۰/۷٪) داروی فشارخون مصرف می‌کردند که از این افراد تعداد ۵۵ (۶۹/۶٪) نفر فشارخون کنترل شده داشتند.

متغیرهای موثر بر فشارخون

حدود ۴۰ درصد افراد داروی فشارخون مصرف می‌کردند و ۱۳ درصد افراد با فشارخون بالا سابقه بستری شدن در بیمارستان به علت فشارخون داشتند همچنین اکثر افراد تحت مطالعه (۵۵/۲ درصد) سابقه خانوادگی ابتلا به فشارخون داشتند. ۲۴ درصد افراد مبتلا به دیابت بودند و ۳۰ درصد هم سایر بیماری‌های مزمن از جمله پرکاری تیروئید، بیماری عروق کرونر، نارسایی کلیوی و غیره را گزارش کردند. حدود ۴۰ درصد افراد چربی خون بالا داشتند و برای آن دارو مصرف می‌کردند. ۱۳ درصد افراد سیگاری بودند و ۳ درصد هم قلیان مصرف می‌کردند. بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش (۶۲/۹ درصد) وضعیت اجتماعی اقتصادی خود را متوسط عنوان کردند.

جدول ۶-۷- فراوانی و درصد فراوانی سایر متغیر های مورد مطالعه موثر بر فشارخون

عنوان متغیر	وضعیت پاسخ	فراوانی	درصد فراوانی
مصرف داروی فشارخون	بلی	۷۹	۴۰/۷
	خیر	۱۱۵	۵۹/۳
سابقه بستری در بیمارستان	بلی	۲۵	۱۲/۹
	خیر	۱۶۹	۸۷/۱
سابقه خانوادگی ابتلا به فشارخون	بلی	۱۰۷	۵۵/۲
	خیر	۸۷	۴۴/۸
دیابت	بلی	۴۸	۲۴/۷
	خیر	۱۴۶	۷۵/۳
ابتلا به بیماری های مزمن	بلی	۶۰	۳۰/۹
	خیر	۱۳۴	۶۹/۱
مصرف سیگار	بلی	۲۶	۱۳/۴
	خیر	۱۶۸	۸۶/۶
مصرف قلیان	بلی	۶	۳/۱
	خیر	۱۸۸	۹۶/۹
مصرف دارو چربی خون	بلی	۸۷	۴۰/۲
	خیر	۱۱۶	۵۹/۸
وضعیت اجتماعی اقتصادی از دیدگاه خود فرد	خوب	۳۶	۱۸/۶
	متوسط	۱۲۲	۶۲/۹
	ضعیف	۳۵	۱۸
	خیلی ضعیف	۱	۰/۵

مصرف نمک

علی‌رغم اینکه اکثریت شرکت کنندگان عنوان کردند میزان مصرف غذای پرنمک آن‌ها گاهی (۳۶درصد) یا به ندرت (۴۵درصد) است و وضعیت مصرف نمک خود را به مقدار مناسب (۴۸درصد) و کم (۲۵درصد) گزارش کردند، تعداد ۷۴ نفر (۳۸ درصد) از نمکدان سر سفره استفاده می‌کردند.

جدول ۷-۷- فراوانی و درصد فراوانی مصرف نمک

وضعیت پاسخ	فراوانی	درصد فراوانی
استفاده از نمکدان سر سفره	بلی	۷۴
	خیر	۱۲۰
میزان مصرف غذای پرنمک	همیشه	۳
	اغلب	۱۴
	گاهی	۷۰
	به ندرت	۸۸
	هرگز	۱۹
	خیلی زیاد	۷
وضعیت مصرف نمک از دیدگاه خود فرد	زیاد	۲۵
	مناسب	۹۴
	کم	۵۰
	خیلی کم	۱۸

آگاهی شرکت کنندگان درباره فشار خون

بیش از ۵۰ درصد افراد به چهار سوال مقدار فشار خون طبیعی، عوامل قابل پیشگیری در ابتلا به فشار خون، راهکارهای کنترل فشار خون بالا و نوع نمک موثر بر افزایش فشارخون پاسخ صحیح دادند و بیشترین میزان آگاهی در زمینه مقدار فشار خون طبیعی با ۶۱/۳ درصد بود. اما در زمینه وضعیت فشار خون نیازمند مراجعه فوری به پزشک کمتر از ۳۰ درصد افراد پاسخ صحیح را می‌دانستند و بیشترین فراوانی مرتبط با پاسخ غلط و عدم آگاهی نیز مرتبط با این حیطه است. به طور کلی حدود ۴۰ تا ۴۵ درصد افراد میزان آگاهی کافی درباره فشارخون نداشتند که مقدار قابل توجهی است.

جدول ۸-۷- درصد توزیع پاسخ شرکت کنندگان به سوالات سنجش آگاهی درباره فشار خون

سوال	پاسخ صحیح	پاسخ نادرست	عدم آگاهی
مقدار فشار خون طبیعی	۶۱/۳	۸/۸	۲۹/۹
عوامل قابل پیشگیری در ابتلا به فشار خون	۵۷/۲	۱۵/۵	۲۷/۳
راهکارهای کنترل فشار خون بالا	۵۸/۸	۱۳/۹	۲۷/۳
وضعیت فشار خون نیازمند مراجعه فوری به پزشک	۲۵/۸	۲۷/۳	۴۶/۹
نوع نمک موثر بر افزایش فشارخون	۴۷/۴	۲۴/۸	۲۷/۸

نتایج تحلیلی

نتایج آزمون رگرسیون Logistic برای سنجش ارتباط بین متغیرهای موثر بر فشارخون در جدول ۹-۷ قرار دارد. با توجه به این جدول شاخص توده بدنی (BMI) با فشارخون بالا ارتباط آماری معنی داری داشت به طوری که با افزایش یک واحد به مقدار شاخص توده بدنی شانس ابتلا به فشارخون بالا ۱۴ درصد افزایش می‌یافت. متغیرهای سن، جنسیت، مصرف داروی چربی خون، استفاده از نمک پاش، مصرف سیگار، فعالیت بدنی و سابقه خانوادگی ابتلا به فشارخون که بر فشارخون موثر است نیز وارد آنالیز شد اما هیچ کدام از آن‌ها از لحاظ آماری معنی دار نبودند.

جدول ۹-۷- متغیرهای موثر بر فشار خون (نتایج آزمون رگرسیون Logistic)

نام متغیر	OR	P-VALUE	CI(lower)	CI(upper)
سن	۱/۰۱۰	۰/۵۶۴	۰/۹۷۷	۱/۰۴۴
جنسیت	۰/۵۸۶	۰/۱۸۰	۰/۲۶۹	۱/۲۸۰
استفاده از نمک پاش	۱/۰۲۷	۰/۹۴۳	۰/۴۹۶	۲/۱۲۴
مصرف دارو چربی خون	۱/۰۸۶	۰/۸۳۷	۰/۴۹۵	۲/۳۸۵
مصرف سیگار	۰/۹۳۳	۰/۸۹۸	۰/۳۲۲	۲/۶۹۹
شاخص توده بدنی (BMI)	۱/۱۴۳	۰/۰۰۱	۱/۰۵۵	۱/۲۳۷
فعالیت بدنی متوسط	۰/۵۶۶	۰/۱۳۱	۰/۲۷۰	۱/۱۸۵
سابقه خانوادگی	۱/۳۵۸	۰/۴۰۷	۰/۶۵۹	۲/۷۹۹

مرحله هشتم : تدوین برنامه عملیاتی ارزیابی جامعه

در این مرحله اعضا تیم بر اساس نتایج حاصل از هفت مرحله قبلی اقدام به تهیه یک برنامه عملیاتی برای مشکل اصلی شهرک شهید رجایی کردند که در جدول ذیل قرار داده شده است.

جدول ۱-۸- برنامه عملیاتی ارزیابی سلامت جامعه

هدف کلی	مشکل	فعالیت	مسئول اجرا
بررسی شیوع پرفشاری خون و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک شهید رجایی	زیاده روی در مصرف نمک و چربی	آموزش به خانوارها جهت مصرف به اندازه نمک و چربی در رژیم غذایی	مرکز بهداشت
		نصب بنر و توزیع پلتفرم های آموزشی در سطح شهرک	مرکز بهداشت شهرداری
	نداشتن آگاهی	برگزاری کلاس های آموزشی در مساجد و مرکز بهداشت جهت آموزش در خصوص علائم فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن	مرکز بهداشت
		آموزش به مردم جهت مراجعه مداوم به مرکز بهداشت و اندازه گیری فشار خون	مرکز بهداشت
	وضعیت بد اقتصادی	اشتغال زایی	
	مصرف دخانیات	آموزش	مرکز بهداشت
		نصب بنر و توزیع پلتفرم های آموزشی در سطح شهرک	مرکز بهداشت شهرداری
	نداشتن فعالیت بدنی	برگزاری کلاس های ورزشی صبح هنگام در پارک شهرک	مرکز بهداشت
		آموزش به مردم در خصوص عواقب نداشتن تحرک و فعالیت بدنی	مرکز بهداشت

پیوست شماره ۱: فرم ارزیابی سلامت از دیدگاه اعضای جامعه

فرم ارزیابی سلامت از دیدگاه اعضای جامعه

لطفاً با توجه به شرایط کنونی منطقه شهرک شهید رجائی فرم زیر را با دقت پر نمایید.

نام و نام خانوادگی:	سن:	جنسیت:	نوع اشتغال:	میزان تحصیلات:

آیا هم اکنون ساکن منطقه شهرک شهید رجائی هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

از دیدگاه شما پنج مشکل عمده مرتبط با سلامت منطقه به ترتیب اولویت شامل چه مواردی می باشد؟

(۱)

(۲)

(۳)

(۴)

(۵)

پیوست شماره ۲: فرم امتیاز دهی جهت تعیین اولویت‌ها

جدول اولویت بندی مشکلات بهداشتی از دیدگاه رابطین، مردم و مسئولین				
مشکل بهداشتی	وسعت مشکل	شدت مشکل	قابلیت اصلاح مشکل	جمع کل
حیوانات ولگرد و مودی در منطقه				
وضعیت نامناسب بهداشت محیط خیابان ها و معابر (دفع غیر بهداشتی فاضلاب، پرورش حیوانات اهلی، نظافت نامناسب)				
بیکاری				
فقر و کمبود درآمد				
اعتیاد				
بالا بودن اجاره بهای منازل				
نبود مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی (نبود پایگاه سلامت، داروخانه و اورژانس)				
شیوع بالای دیابت				
شیوع بالای فشارخون				
شیپش سر				
پایین بودن امنیت در محله (سرقت، حضور اراذل و اوباش در پارک محله ، وجود افراد زباله گرد)				
کمبود فضای ورزشی تفریحی و نامناسب بودن فضای موجود				
کمبود نانوایی				
کمبود فضا و امکانات آموزشی ابتدایی و دبیرستان (نبود مدرسه ابتدایی پسرانه، نامناسب بودن شرایط مدرسه دخترانه، شلوغ بودن کلاس ها)				

پیوست شماره ۳: پرسشنامه ارزیابی وضعیت فشار خون در شهرک شهید رجائی شهرستان شاهرود

پرسشنامه ارزیابی وضعیت فشار خون در شهرک شهید رجائی شهرستان شاهرود			
اطلاعات دموگرافیک: کدشناسایی:..... کد ملی:..... آیا ساکن شهرک رجایی هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر سن (سال)..... جنسیت : ☐ زن ☐ مرد تحصیلات (سال)..... وضعیت تأهل: ☐ مجرد ☐ متاهل ☐ همسر جدا شده ☐ همسر فوت شده شغل: خانه دار کارمند بیکار بازنشسته سایر.....			
میزان فعالیت بدنی: (۱) آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت متوسط که حداقل ۱۰ دقیقه به طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش خفیف تنفس و ضربان قلب شود؟ (مانند کارگر نظافت، باغبانی، دوشیدن شیر، تراشیدن چوب، هم زدن سیمان، مراقبت از حیوانات و ...) ☐ بلی ☐ خیر چند روز در هفته..... هر بار چند ساعت یا دقیقه..... نوع فعالیت..... (۲) آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که حداقل ۱۰ دقیقه مداوم به طول انجامیده و ضربان قلب شما را به شدت افزایش دهد (مثل بازی فوتبال و دویدن سریع، کوهنوردی، ورزش هوازی، شنای سریع) انجام می دهید؟ ☐ بلی ☐ خیر چند روز در هفته..... هر بار چند ساعت یا دقیقه..... نوع فعالیت..... (۳) آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط که حداقل ۱۰ دقیقه مداوم به طول انجامیده و تنفس و ضربان قلب شما را به شدت افزایش دهد (مثل والیبال، شنا معمولی، دوچرخه سواری، یوگا، دویدن غیر سریع) انجام می دهید؟ ☐ بلی ☐ خیر چند روز در هفته..... هر بار چند ساعت یا دقیقه..... نوع فعالیت.....			
اندازه گیری ها: Weight (kg) Height (cm) BP(mmHg) Sis..... Dis..... سابقه مصرف داروی ضد فشارخون ☐ دارد ☐ ندارد سابقه بستری به دلیل فشارخون بالا ☐ دارد ☐ ندارد سابقه خانوادگی فشارخون بالا (بستگان درجه ۱) ☐ دارد ☐ ندارد دیابت ☐ دارد ☐ ندارد بیماری زمینه ای دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر نام بیماری.....			
مصرف نمک:			

۱) آیا در آخرین وعده غذایی ناهار یا شام که میل کرده اید، در سر سفره از نمکدان استفاده کرده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر ۲) هر چند وقت یکبار از غذاهای فرآوری شده پرنمک (مانند خیارشور، ترشی شور، پاپ کرن، پفک، چیپس، سوسیس، کالباس، غذاهای کنسروی، آجیل یا تخمه شور) استفاده میکنید؟ ☐ همیشه ☐ اغلب ☐ گاهی اوقات ☐ به ندرت ☐ هرگز ۳) فکر میکنید چه مقدار نمک استفاده میکنید؟ ☐ خیلی زیاد ☐ زیاد ☐ به مقدار مناسب ☐ کم ☐ خیلی کم
مصرف دخانیات: ۱) کدام یک از موارد زیر را تا به حال (در ۶ ماه گذشته) مصرف کرده اید؟ سیگار ☐ بلی ☐ خیر قلیان ☐ بلی ☐ خیر ۲) آیا در حال حاضر مواد دخانی مصرف میکنید؟ ☐ خیر ☐ بلی روزانه چند نخ/پاکت:.....
وضعیت کلسترول: ۱) آیا در ۶ ماه گذشته آزمایش کلسترول خون انجام داده اید؟ بلی ☐ مقدار کلسترول:..... ☐ خیر ☐ ۲) آیا به علت کلسترول بالا داروی خوراکی مصرف میکنید؟ بلی ☐ خیر ☐
وضعیت اقتصادی اجتماعی: ماشین یا موتورسیکلت ☐ تلویزیون ☐ جاروبرقی ☐ اینترنت wifi ☐ مایکروویو ☐ ماشین ظرفشویی ☐ یخچال فریزر ☐ فریزر ☐ کامپیوتر ☐ لباسشویی ☐ تلفن هوشمند با قابلیت اتصال به اینترنت ☐

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت پژوهشی و فناوری

❀ پروپوزال طرح تحقیقاتی ❀

نام و نام خانوادگی مجری / مجریان / طرح دهندگان: احمد خسروی، زینب درینی، آیدا پروانه، رقیه معصومی، ابراهیم

ورجوند، یاسر محمدنیا

سازمان متبوع: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

عنوان طرح: بررسی شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال در شهرک رجایی شهر شاهرود

تاریخ پیشنهاد: آبان ۱۴۰۳

عنوان طرح: بررسی شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال در شهرک رجایی شاهرود

مدیر اجرایی طرح: احمد خسروی

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح:

فشار خون بالا به عنوان مهم ترین علت مرگ زودرس به دلیل بیماری های قلبی عروقی شناخته شده است. فشار خون بالا یک وضعیت پزشکی جدی است و می تواند خطر ابتلا به بیماری های قلبی، مغزی، کلیوی و سایر بیماری ها را افزایش دهد. تعداد ۱/۲۸ میلیارد بزرگسال ۳۰ تا ۷۹ ساله در سراسر جهان به فشار خون بالا مبتلا هستند. شیوع فشارخون بالا در ایران ۲۶/۲۶٪ با فاصله اطمینان ۲۲/۳ - ۳۰/۱۷٪ و ۸/۹۸٪ و فاصله اطمینان ۹۵٪ (۳۶/۵۹ - ۱۰/۷) در گروه های سنی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان در سال ۲۰۲۳ گزارش شده است. عوامل اصلی خطر رفتاری مرتبط با سبک زندگی مانند رژیم غذایی بی کیفیت و سرشار از سدیم و پتاسیم کم، اضافه وزن و چاقی، مصرف الکل، مصرف دخانیات و عدم تحرک بدنی در افزایش فشارخون مرتبط با سن نقش دارند. تقریباً ۴۶٪ از افراد فشارخون بالا هنوز تشخیص داده نشده اند و از میان افراد تشخیص داده شده، تنها ۴۲٪ تحت درمان قرار دارند، بنابراین شکاف های قابل توجهی در تشخیص و پوشش درمان وجود دارد. با توجه به اثرات غیرقابل جبران فشارخون کنترل نشده بررسی و کنترل فشار خون در جمعیت ها بسیار حائز اهمیت می باشد.

منطقه شهید رجایی در استان سمنان و در محدوده شهرستان شاهرود واقع شده است. بررسی داده های اولیه از مرکز بهداشت این منطقه نشان میدهد شیوع فشارخون بالا (۱۶/۴۲٪) می باشد که از شیوع کل شهرستان (۱۳/۲۳٪) بالاتر است. همچنین تاکنون مطالعه ای مبنی بر بررسی عوامل خطر مرتبط با فشارخون بالا در این منطقه صورت نگرفته است. بنابراین در این مطالعه قصد داریم شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن را در جمعیت بالای ۳۰ سال در شهرک شهید رجایی شاهرود بررسی کنیم و نتایج حاصل را در اختیار سیستم بهداشتی درمانی و سیاست گزاران، جهت برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب قرار دهیم.

خلاصه روش اجرای طرح:

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است و جامعه آماری این پژوهش، ساکنین منطقه شهرک امام شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۳ خواهند بود.

هدف از این مطالعه بررسی فراوانی مشکل اصلی منطقه شناسایی شده در فاز اول مطالعه (مصاحبه نیمه ساختارمند کیفی) است.

معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: افراد ساکن در محله شهرک شهید رجایی (بلوک ۵ مرکز خدمات جامع سلامت شریف شهرک امام شهرستان شاهرود) باشند، سن ورود به مطالعه، افراد بالای ۳۰ سال باشند و تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش را داشته باشند. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری تصادفی خواهد بود. و بر اساس حجم نمونه محاسبه شده تعداد ۲۴۰ نفر در این مطالعه مورد بررسی قرار خواهند گرفت. برای جمع آوری داده ها از یک پرسشنامه استاندارد استفاده خواهد شد.

داده های حاصل از پژوهش در نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

۱- مشخصات همکاران اصلی طرح :						
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	امضای همکار
۱	احمد خسروی				مجری طرح	
۲	آیدا پروانه	۱۰۵۰۹۳۱۳۸۶	دانشجو	کارشناسی ارشد	همکار طرح	
۳	زینب درینی	۶۰۶۰۱۴۳۶۳۶	دانشجو	کارشناسی ارشد	همکار طرح	
۴	رقیه معصومی	۰۰۲۲۱۷۰۶۴۲	دانشجو	کارشناسی ارشد	همکار طرح	
۵	یاسر محمدنیا	۲۰۶۳۱۱۳۱۹۱	کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری ها	کارشناسی ارشد	همکار طرح	
۶	ابراهیم ورجاوند	۵۷۳۹۹۴۸۹۲۴	کارمند ناظر مراقب سلامت	کارشناسی ارشد	همکار طرح	

۲- عنوان طرح به فارسی:

بررسی شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال در شهرک شهید رجایی شاهرود

۳- عنوان طرح به انگلیسی:

Prevalence and risk factors of hypertension among adults over 30 years in Shahrud
Shahid Rajaei district

۴- نوع طرح:

☐ کاربردی^۱
☐ بنیادی^۲
☒ بنیادی - کاربردی
 ☐ جامعه نگر^۳ HSR

۵- بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح: (در صورت نیاز می توانید از صفحات اضافه استفاده نمایید)

فشار خون بالا به صورت داشتن فشار خون سیستولیک ≥ 140 (SPB) میلی متر جیوه یا فشار خون دیاستولیک ≥ 90 (DPB) میلی متر جیوه تعریف می شود و به عنوان مهم ترین علت مرگ زودرس به دلیل بیماری های قلبی عروقی شناخته شده است (۱). فشار خون بالا یک وضعیت پزشکی جدی است و می تواند خطر ابتلا به بیماری های قلبی، مغزی، کلیوی و سایر بیماری ها را افزایش دهد (۲). تاثیر بهداشتی روند افزایش فشار خون بالا به ۱۰/۸ میلیون مرگ سالانه قابل پیشگیری و ۲۳۵ میلیون سال عمر از دست رفته یا زندگی با ناتوانی شده است (۱). گزارش سازمان بهداشت جهانی در مورد فشار خون در سال ۲۰۲۳ تخمین می زند که تعداد بزرگسالان مبتلا به فشار خون بالا در سراسر جهان در طول سه دهه گذشته تقریباً دو برابر شده است، از ۶۵۰ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۱/۳ میلیارد بزرگسال در سال ۲۰۱۹ رسیده است (۱). حدود ۱/۲۸ بلیون بزرگسال ۳۰ تا ۷۹ ساله در سراسر جهان به فشار خون بالا مبتلا هستند (۳). شیوع فشارخون بالا در ایران ۲۶/۲۶٪ با فاصله اطمینان ۲۲/۳ - ۳۰/۱۷ و ۸/۹۸٪ و

^۱ پژوهش کاربردی پژوهشی است که استفاده علمی خاصی برای نتایج حاصل از آن در نظر گرفته می شود و غالباً جنبه تئوری- عملی دارد.

^۲ پژوهش بنیادی پژوهشی است که عمدتاً در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می گیرد.

^۳ پژوهش HSR پژوهشی که منجر به اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و حتی نظام آموزشی و پشتیبانی می گردد.

فاصله اطمینان ۹۵٪ (۱۰/۷-۳۶/۵۹) در گروه های سنی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان در سال ۲۰۲۳ گزارش شده است (۴). فشار سیستول بالا اثر زیادی بر تعداد مرگ در کل کشور و تمام استان های ایران دارد (۵). شیوع فشارخون کنترل نشده کلی ۶۱/۷٪ در شاهرود ۵۸/۲٪ در زنان و ۶۶/۷٪ در مردان ۷۴-۵۰ ساله در سال ۲۰۲۳ میباشد (۶). عوامل زیادی در افزایش فشارخون مرتبط با افزایش سن نقش دارند. با این حال، به نظر می رسد عوامل اصلی خطر رفتاری مرتبط با سبک زندگی مانند رژیم غذایی بی کیفیت و سرشار از سدیم و پتاسیم کم، اضافه وزن و چاقی، مصرف الکل، مصرف دخانیات و عدم تحرک بدنی باشند. اهمیت کنترل فشارخون بالا در بزرگسالان از نتایج مطالعاتی که همبستگی بین ضعف و ارتباط شناختی و کنترل فشارخون را نشان میدهد، میتوان فهمید (۶). اگرچه تشخیص زودهنگام و درمان به موقع مهم است، تقریباً ۴۶٪ از افراد هرگز تشخیص داده نشده اند. از میان افراد تشخیص داده شده، تنها ۴۲٪ تحت درمان قرار دارند، که تقریباً نیمی از آنها فشارخون خود را کنترل کرده اند. بنابراین در بیشتر کشورها، شکاف های قابل توجهی در تشخیص و پوشش درمان وجود دارد (۳). باتوجه به اثرات غیرقابل جبران فشارخون کنترل نشده بررسی و کنترل فشار خون در جمعیت ها بسیار حائز اهمیت می باشد.

منطقه شهید رجایی در استان سمنان و در محدوده شهرستان شاهرود واقع شده است. این منطقه با جمعیت تحت پوشش ۱۴۳۴۷ نفر و ۱۵۸۵ فرد بالای ۳۰ سال میباشد که می بایستی تحت بررسی از نظر فشارخون بالا قرار بگیرند. بررسی داده های اولیه از مرکز بهداشت این منطقه نشان میدهد تعداد افراد بالای ۳۰ سال این منطقه ۹۰۵۹ نفر و تعداد مبتلایان به فشارخون بالا ۱۴۹۴ (۱۶/۴۲٪) نفر می باشد. مطابق داده های استخراج شده از معاونت بهداشتی شهرستان شاهرود تعداد ۱۸۰۳۵۸ نفر بالای ۳۰ سال در کل منطقه شاهرود است که از این تعداد ۲۳۸۶۸ مورد (۱۳/۲۳٪) مبتلا به فشارخون بالا هستند. همچنین تاکنون مطالعه ای مبنی بر بررسی عوامل خطر مرتبط با فشارخون بالا در این منطقه صورت نگرفته است. ازین رو ما در این مطالعه مقطعی برآنیم تا با بررسی شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال در شهرک شهید رجایی شیوع کلی فشار خون بالا در این افراد را بسنجیم و با انتشار نتایج به سیستم بهداشتی درمانی و سیاست گزاران، جهت برنامه ریزی مناسب، اتخاذ تصمیمات صحیح، سیاست گذاری و طراحی مداخلات آموزشی موثر برای کاهش ابتلا و مرگ و میر این بیماری در این منطقه کمک کنیم.

۶- سابقه طرح و بررسی متون:

غلامی و همکاران مطالعه ای تحت عنوان "شیوع و عوامل خطر پیش پرفشاری خون و پرفشاری خون در بزرگسالان جنوب شرقی ایران" به منظور بررسی شیوع پیش پرفشاری خون، پرفشاری خون و عوامل خطر آن در بزرگسالان شرکت کننده در مطالعه کوهورت بزرگسالان زاهدان (ZACS) انجام شد. این مطالعه مقطعی ۱۰۰۱۶ نفر شرکت کننده داشته و با استفاده از داده های پایه ZACS و تحلیل رگرسیون لجستیک معمولی نسبت های شانس خام و

تعدیل شده (ORs) با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (CIs) برای عوامل خطر بالقوه تخمین زده شد. در این مطالعه شیوع پیش پرفشاری خون و پرفشاری خون به ترتیب ۴۲/۰۳ درصد (مردان ۴۵/۴۴ درصد، زنان ۳۹/۸۴ درصد) و ۱۸/۴۷ درصد (مردان ۲۱/۰۹ درصد، زنان ۱۶/۷۹ درصد) گزارش شد. نتایج این مطالعه نشان داد که مرد بودن، سن بالاتر، داشتن وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر (SES)، اضافه وزن و چاقی، سابقه خانوادگی HTN، بیماری های همراه مانند دیابت و CVD و همچنین سطوح غیرطبیعی چربی خون (تری گلیسیرید و کلسترول HDL) مهمترین عوامل پیش بینی کننده پیش پرفشاری خون و پرفشاری خون بودند. اجرای استراتژی های پیشگیرانه جامع متناسب با این عوامل خطر شناسایی شده برای کاهش بار بیماری، بهبود مدیریت بیماری و بهبود درمان و کنترل HTN ضروری است (۷).

مطالعه خسروی و همکاران تحت عنوان " شیوع پیش پرفشاری خون و پرفشاری خون در جمعیت شهری ایران " در سال ۱۳۸۸ با هدف تعیین شیوع فشار خون بالا و پیش پرفشاری خون و عوامل تعیین کننده آن در جمعیت ۴۰ تا ۶۴ ساله شاهرود در شمال ایران بر روی نمونه ۵۱۹۰ نفری که به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. شیوع فشار خون بالا و پیش پرفشاری خون بر اساس سن و جنس تعیین شد و از یک مدل رگرسیون لجستیک چند اسمی جهت محاسبه نسبت شانس (OR) استفاده شد. یافته های این مطالعه نشان داد که شیوع پیش پرفشاری خون در مردان ۳۷.۲ درصد و در زنان ۳۰.۹ درصد و شیوع پرفشاری خون به ترتیب ۳۷.۱ درصد و ۳۹.۰ درصد بود. در هر دو جنس با افزایش سن شیوع پرفشاری خون افزایش و شیوع پیش فشار خون کاهش یافت. سن بالاتر، جنس مرد، شاخص توده بدنی بالاتر، گلوکز خون بالاتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر با فشار خون بالا و پیش فشار خون مرتبط بودند. همچنین، دیابت شانس ابتلا به فشار خون را افزایش می دهد ($OR = ۱.۴$) و سابقه سیگار کشیدن با کاهش آن ارتباط داشت (۸).

هاشمی و همکاران مطالعه ای تحت عنوان " شیوع پیش پرفشار خون، پرفشاری خون و پرفشاری خون تشخیص داده نشده در مشهد، ایران " با هدف تعیین میزان شیوع HTN، پیش HTN و آگاهی از HTN در یک جمعیت ایرانی و ارزیابی عوامل مرتبط با HTRN و pre-HTN انجام دادند. مطالعه از سال ۱۳۸۹ آغاز شده و تا سال ۲۰۲۰ ادامه خواهد داشت. داده های جمعیت شناختی، آنتروپومتریک و شیوه زندگی توسط دو نفر از متخصصان بهداشت و درمان و یک پرستار جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد. این مطالعه در مجموع ۹۷۶۲ شرکت کننده داشت که از این تعداد ۴۰ درصد مرد (۳۹۰۳ نفر) و ۶۰ درصد زن (۵۸۵۹ نفر) بودند. میانگین و سن انحراف معیار نمونه های جمعیتی $۴۸/۸ \pm ۸/۴$ سال برای زیر گروه های مرد و $۴۷/۶ \pm ۸/۰$ سال برای زنان بود. ۱۲ درصد (۰.۷۶-۰.۸۲) به عنوان پیش فشار خون، ۲۳ درصد (۰.۱۷، ۰.۲۳) به عنوان فشار خون بالا و ۶۵ درصد فشار خون نرمال طبقه بندی شدند. از گروهی که فشار خون بالا داشتند، ۵۵٪ افرادی بودند که قبلاً HTN شناسایی نشده داشتند. شیوع HTN شناسایی نشده در زیر گروه مبتلا به دیابت شیرین (DM) ۴۲ درصد بود. و در افرادی که در

حال حاضر سیگار می کشیدند، شیوع HTN شناسایی نشده ۵۴.۹٪ بود که نشان دهنده درجه بالایی از تجمع عوامل خطر قلبی عروقی است (۹).

مطالعه ی امامیان و همکاران با عنوان " دریافت نمک و فشار خون در کودکان و نوجوانان ایرانی: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت" به منظور بررسی میزان مصرف روزانه نمک در دانش آموزان و ارتباط آن با فشار خون بالا انجام شد. از بین شرکت کنندگان مرحله دوم مطالعه کوهورت چشم دانش آموزان شهرستان شاهرود، ۱۴۵۵ نفر (شامل ۲۳۰ شرکت کننده از مناطق روستایی و ۴۷۲ دختر) با میانگین سنی 12.9 ± 1.7 سال با استفاده از یک نمونه فرعی تصادفی انتخاب شدند و سپس نمونه ادرار تصادفی از نظر سدیم، پتاسیم و کراتینین مورد آزمایش قرار گرفت. دفع الکترولیت ادرار و دریافت نمک روزانه با فرمول Tanaka و همکاران محاسبه شد. یافته های این مطالعه نشان داد که میانگین مصرف نمک در مناطق روستایی [۱۰.۸ (۹۵٪ فاصله اطمینان ۱۱.۲-۱۰.۴): (CI)] بیشتر از مناطق شهری [۹.۴ (۹۵٪ فاصله اطمینان ۹.۶-۹.۳): ((CI)] در افراد مبتلا به فشار خون بالا [۱۰.۸ (۹۵٪ فاصله اطمینان ۱۰.۳-۱۰.۳): (CI)] (۱۱.۳) بیشتر از افراد دارای فشار خون طبیعی [۹.۴ (۹۵٪ فاصله اطمینان ۹.۶-۹.۳): ((CI)] و در پسران [۹.۸ (۹۵٪ فاصله اطمینان ۹.۷-۱۰.۰): ((CI)] بیشتر از دختران بود [۹.۳ (۹۵٪ فاصله اطمینان ۹.۶-۹.۱): ((CI)]. همچنین سن بالاتر، BMI z-score، جنس مرد و زندگی روستایی با افزایش مصرف روزانه نمک مرتبط بود (۵).

مطالعه حسین زاده و همکاران تحت عنوان "فشار خون سیستولیک ایزوله و عوامل خطر مرتبط با آن در جمعیت میانسال و سالمند ایرانی" با هدف تعیین شیوع ISH و عوامل خطر مرتبط با آن در یک جمعیت ایرانی با استفاده از داده های مرحله دوم مطالعه کوهورت چشمی شاهرود (ShECS) در سال ۱۳۹۳ انجام شد. مرحله اول این مطالعه طولی مبتنی بر جمعیت در سال ۱۳۸۸ روی ۵۱۹۰ نفر (۴۰ تا ۷۰ سال) با استفاده از طرح نمونه گیری خوشه ای چند طبقه طبقه ای انجام شد. شیوع ISH بر اساس هشتمین دستورالعمل کمیسیون ملی مشترک برای متغیرهای جمعیت شناختی مختلف تعیین و عوامل خطر مرتبط با رگرسیون لجستیک چندگانه برآورد شد و مقدار p دو دنباله کمتر از ۰.۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. نتایج این مطالعه نشان داد شیوع ISH ۱۵.۸۹٪ (۹۵٪ CI: ۱۴.۸۸-۱۶.۹۶) بوده که این میزان برای مردان و زنان به ترتیب ۱۵.۶۸٪ (۱۴.۱۲-۱۷.۳۹) و ۱۵.۸۷٪ (۱۴.۵۴-۱۷.۲۹) بوده است. همچنین شیوع FISH با افزایش سن به طور قابل توجهی افزایش می یابد. ۶۵-۷۰ در مقایسه با گروه سنی ۴۵-۶۹ سال ($OR=4.21$)، شاخص توده بدنی ($OR=1.03$)، دیابت ($OR=1.64$)، بازنشستگی، در مقایسه با شغل پزشک ($OR=1.53$)، و نسبت دور کمر به باسن ($OR=9.81$) (WHR) به طور قابل توجهی با شیوع ISH مرتبط بودند (۱۰).

مطالعه فرهادی و همکاران با عنوان "شیوع فشار خون کنترل نشده و عوامل مرتبط با آن در بزرگسالان ایرانی ۵۰ تا ۷۴ ساله" در سال ۱۳۹۸ به منظور بررسی شیوع فشار خون کنترل نشده و عوامل مرتبط با آن در گروه سنی ۵۰ تا ۷۴ سال در شاهرود، شمال شرق ایران انجام شد. این مطالعه ۴۳۹۴ نفر شرکت کننده از مرحله دوم مطالعه کوهورت

چشم شاهرود داشته که فشار خون آن ها اندازه گیری شده و داده های مورد استفاده در این مطالعه مربوط به مرحله سوم مطالعه کوهورت چشم شاهرود بوده است. افراد با فشار خون $\leq 90/140$ میلی/متر/جیوه (که تحت درمان یا عدم درمان با داروهای ضد فشار خون) به عنوان فشار خون کنترل نشده تعریف شد. در بیماران مبتلا به دیابت و بیماری مزمن کلیوی، فشار خون مساوی یا بالاتر از $130/80$ میلی متر جیوه، فشار خون کنترل نشده در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که شیوع فشار خون بالا کنترل نشده در بین تمام شرکت کنندگان 61.7% بود (95% فاصله اطمینان: $60.3-63.2$) و همچنین نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که جنس مذکر ($OR: 2.1$ ، 95% فاصله اطمینان: $1.5-2.9$)، بیماران مبتلا به دیابت ($OR: 3.2$ ، 95% فاصله اطمینان $2.4-4.3$ ، CI)، و بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه (CKD) ($OR: 3.2$ ، 95% فاصله اطمینان $2.5-4.1$ ، CI) خطر فشار خون بالا کنترل نشده را افزایش می دهند در حالی که در بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی ($OR: 0.6$ ، 95% فاصله اطمینان $0.4-0.8$ ، CI) خطر ابتلا به فشار خون کنترل نشده را کاهش می دهد (6).

مطالعه مفتخر و همکاران تحت عنوان "تأثیر پیش پرفشاری خون و پرفشاری خون بر بروز بیماری های قلبی عروقی" به منظور بررسی تأثیر پیش پرفشاری خون و پرفشاری خون بر ایجاد بیماری های قلبی عروقی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۹۴۴۲ نفر ۴۰ تا ۷۰ ساله در خرامه، جنوب ایران انجام شد. در این مطالعه کوهورت آینده نگر افراد به سه گروه تقسیم شدند: فشار خون طبیعی ($N = 5009$)، پیش فشار خون ($N = 2166$)، و فشار خون بالا ($N = 2267$) و اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه بیماری، عادات رفتاری و پارامترهای بیولوژیکی مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا، چگالی بروز محاسبه شد. سپس از مدل های رگرسیون کاکس فرت برای بررسی ارتباط بین پیش فشار خون و فشار خون بالا با بروز بیماری های قلبی عروقی استفاده شد. یافته های این مطالعه حاکی از آن بود که پرفشاری خون و پرفشاری خون نقش مستقلی در خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی دارند. بنابراین تشخیص زودهنگام افراد دارای این عوامل و کنترل سایر عوامل خطر در آنها می تواند به کاهش بروز بیماری های قلبی عروقی کمک کند (11).

مطالعه نجفی پور و همکاران با عنوان "شیوع و بروز پرفشاری خون و پرفشاری خون (آگاهی/کنترل) در ایران" به منظور بررسی شیوع و میزان بروز HTN، پیش HTN تشخیص داده شده و تشخیص داده نشده و همچنین کنترل و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بزرگسال جنوب شرق ایران انجام شد. در یک نظرسنجی تصادفی خانگی، ۹۹۸۷ شرکت کننده ۱۵ تا ۸۰ ساله در این مطالعه انتخاب شدند. نمونه های مورد مطالعه با استفاده از پرسش نامه نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای غیرمتناسب با اندازه، وارد مطالعه شدند. به طور خلاصه، ۴۲۰ کد پستی (به عنوان خوشه) به طور تصادفی از فهرست به روز شده در اداره پست استان انتخاب شدند. تیم هماهنگ کننده تحقیق در خانواده ها به صورت خوشه ای شرکت کردند و همه افراد واجد شرایط (۱۵ تا ۸۰ سال) در مطالعه انتخاب شدند. HTN از طریق

معاینه یا استفاده از دارو(های ضد فشار خون) تأیید شد. Pre-HTN و HTN به ترتیب برای BP سیستولیک و دیاستولیک به عنوان ۱۲۰ ۸۰/۱۳۹-۸۹ و $\leq 90/140$ mmHg تعریف شدند. نتایج این مطالعه نشان داد شیوع پیش/HTN ۲۸.۵٪ و شیوع HTN ۱۹.۲٪ (۱۳.۹٪ تشخیص داده شده و ۵.۳٪ تشخیص داده نشده) بود. HTN با افزایش سن افزایش یافت (از ۴٪ در ۱۵-۲۴ به ۶۷.۸٪ در ۷۵-۸۰ سال). مردان پیش HTN (۳۵.۶ درصد در مقابل ۲۳.۴ درصد) و HTN تشخیص داده نشده (۷.۵ درصد در مقابل ۳.۸ درصد) بالاتر از زنان داشتند. از بین افرادی که تشخیص داده شده، ۴۶.۵٪ دارای BP کنترل نشده بودند که در آن، زنان شرایط بهتری نسبت به مردان داشتند (۴۵.۶٪ در مقابل ۴۷.۴٪). چاقی، سابقه خانوادگی مثبت HTN، اضطراب و فعالیت بدنی کم مهم ترین پیش بینی کننده های HTN بودند(۱۲).

مطالعه مرور سیستماتیک Mohammed Nawi و همکاران تحت عنوان "شیوع و عوامل خطر فشار خون بالا در میان جمعیت شهری در کشورهای آسیای جنوب شرقی" با هدف ارزیابی شیوع فشار خون بالا و عوامل خطر آن در میان جمعیت شهری در کشورهای جنوب شرقی آسیا انجام شد. در این مطالعه جستجوهای پایگاه داده PubMed و Web of Science را انجام داده و متاآنالیز را برای تعیین تخمین شیوع تلفیقی انجام دادند. فهرست منابع بازایی شده مقالاتی بودند که بین ژانویه ۲۰۱۵ و آوریل ۲۰۲۰ منتشر شدند. نتایج این مطالعه نشان می دهد که تخمین کلی شیوع فشار خون بالا برای جمعیت شهری آسیای جنوب شرقی ۳۳.۸۲ درصد بوده و در این میان ۳۳.۹۸ درصد فشار خون بالا در جامعه و ۳۲.۴۵ درصد در بین نوجوانان مدرسه گزارش شده. و همچنین عوامل خطر رايح عبارتند از: مرد، قومیت، سطح تحصیلات و سطح اجتماعی-اقتصادی، شاخص توده بدنی، دور کمر، سیگار کشیدن و دیس لیپیدمی. این بررسی، نیاز فوری به فعالیت های پیشگیری اولیه و ثانویه را نشان می دهد. بنابراین، یک رویکرد و همکاری چند بخشی و بین بخشی باید برای بهبود پیامدهای سلامت کلی همه جمعیت ها در همه کشورهای آسیای جنوب شرقی اتخاذ شود(۱۳).

مطالعه ابراهیمی و همکاران تحت عنوان "شیوع پیش پرفشاری خون، پرفشاری خون و پرفشاری خون ناشناخته" به منظور تعیین میزان شیوع HTN، پیش HTN و آگاهی از HTN در یک جمعیت ایرانی و ارزیابی عوامل مرتبط با HTRN و pre-HTN بود. این مطالعه در شهر مشهد از سال ۱۳۸۹ آغاز شده و تا سال ۱۳۹۹ ادامه داشت. در این مطالعه در مجموع ۹۷۶۲ شرکت کننده وجود داشت که از این تعداد ۴۰ درصد مرد (۳۹۰۳ نفر) و ۶۰ درصد زن (۵۸۵۹ نفر) بودند. میانگین و سن انحراف معیار نمونه های جمعیتی $48/8 \pm 8/4$ سال برای زیر گروه های مرد و $47/6 \pm 8/0$ سال برای زنان بود. داده های جمعیت شناختی، آنتروپومتریک و شیوه زندگی توسط دو نفر از متخصصان بهداشت و درمان و یک پرستار جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد. یافته های این مطالعه حاکی از آن بود که ۱۲ درصد به عنوان پیش فشار خون، ۲۳ درصد به عنوان فشار خون بالا و ۶۵ درصد فشار خون نرمال طبقه بندی شدند. از گروهی که فشار خون بالا داشتند، ۵۵٪ افرادی بودند که قبلاً HTN شناسایی

نشده بودند. شیوع HTN شناسایی نشده در زیر گروه مبتلا به دیابت شیرین ۴۲ (DM) درصد بود. و در افرادی که در حال حاضر سیگار می کشیدند، شیوع HTN شناسایی نشده ۵۴.۹٪ بود که نشان دهنده درجه بالایی از تجمع عوامل خطر قلبی عروقی است (۱۴).

۷- اهداف اصلی طرح:

تعیین شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال در شهرک رجایی شاهرود

۸- اهداف فرعی طرح:

تعیین شیوع فشارخون بالا در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود بر حسب سن

تعیین شیوع فشارخون بالا در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود بر حسب جنس، تحصیلات، تاهل

تعیین شیوع فشارخون بالا در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود بر حسب وضعیت شغل

تعیین ارتباط شیوع فشارخون بالا و ابتلا به دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود

تعیین ارتباط شیوع فشارخون بالا و مصرف نمک در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود

تعیین ارتباط شیوع فشارخون بالا و فعالیت بدنی در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود

تعیین ارتباط شیوع فشارخون بالا و نمایه توده بدنی (BMI) در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود

۹- اهداف کاربردی طرح:

با توجه به میزان بالای ابتلا، عوارض و مرگ ناشی از فشارخون بالا در جمعیت بزرگسالان و وجود شکافهای قابل توجهی در تشخیص و پوشش درمان این بیماری، شناسایی و درمان افراد مبتلا امری ضروری است. مطالعه حاضر شیوع فشارخون بالا و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بالای ۳۰ سال در شاهرود را بررسی می کند و نتایج را در اختیار گروه مورد مطالعه و عموم مردم، سیستم بهداشتی درمانی و سیاست گزاران، جهت برنامه ریزی مناسب، اتخاذ تصمیمات صحیح، سیاست گذاری و طراحی مداخلات آموزشی موثر برای کاهش ابتلا و مرگ و میر این بیماری قرار می دهد.

۱۰- فرضیات یا سوالات پژوهشی (با توجه به اهداف طرح):

شیوع فشارخون بالا در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود بر حسب سن چگونه است؟

شیوع فشارخون بالا در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود بر حسب جنس، تحصیلات، تاهل چگونه

است؟

شیوع فشارخون بالا در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود بر حسب وضعیت شغل چگونه است؟

بین شیوع فشارخون بالا و ابتلا به دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود ارتباط آماری معنی داری

وجود دارد.

بین شیوع فشارخون بالا و مصرف نمک در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود ارتباط آماری معنی داری

وجود دارد.

بین شیوع فشارخون بالا و فعالیت بدنی در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود ارتباط آماری معنی داری وجود دارد.

بین شیوع فشارخون بالا و نمایه توده بدنی (BMI) در جمعیت بالای ۳۰ سال شهرک رجایی شاهرود ارتباط آماری معنی داری وجود دارد.

نوع مطالعه را مشخص فرمایید و در قسمت روش اجرا موارد مقابل بند مورد اشاره را توضیح دهید.		
محل علامت	نوع مطالعه	مواردی که الزاماً بایستی در روش اجرای طرح توضیح داده شود
☐	بررسی بیماران (Case series)	تعرف بیماری - جمعیت مورد مطالعه - محلهای مورد مطالعه
☒	بررسی مقطعی (Cross sectional)	جمعیت مورد مطالعه - نام متغیرهای وابسته - روشهای نمونه گیری
☐	مطالعه مورد / شاهد (Case/ control)	تعریف گروه بیماران و چگونگی انتخاب آنان - تعریف گروه کنترل و چگونگی انتخاب آنان - نسبت شاهد به مورد - نام متغیر مستقل اصلی که مورد بررسی قرار می گیرد.
☐	مطالعه هم گروهی (Cohort)	بصورت آینده نگر (Prospective) یا گذشته نگر (Retrospective) تعریف جمعیت مورد مطالعه - تعریف دقیق مواجهه - تعریف دقیق Outcome - نحوه مقابله با Loss
☐	مطالعه مداخله ای (Interventional) و یا کارآزمایی بالینی (clinical trial)	نوع مطالعه - نوع نمونه انسانی یا حیوانی - تعریف نحوه مداخله و میزان دقیق آن (طول مدت، دوز مورد مصرف و ...) وجود گروه کنترل - نحوه تقسیم در گروه های مختلف (Allocation) - نحوه کور کردن مطالعه - نحوه مقابله با خروج نمونه ها از مطالعه (Withdrawal, Loss) - تعریف دقیق پیامد (Outcome) *چک لیست کنسورت CONSORT حتما ضمیمه شود.
☐	مطالعات علوم پایه (Experimental)	تعریف دقیق سیر اجرا - تعریف دقیق بررسی نتایج
☐	مطالعه برای ساخت دارو یا وسایل	تعریف دقیق دارو یا لوازم - آیا مشابه خارجی دارد در صورت وجود کاتالوگ آن پیوست می باشد - موارد مصرف - نحوه تایید دستگاه با دارو
☐	راه اندازی یک روش با سیستم علمی/ اجرایی	
☐	بررسی تستها	تعریف دقیق انجام تست - تعریف دقیق تست Gold standard - نحوه پذیرش بیماران و افراد سالم
☐	بررسی روشها	مشخصات دقیق روش مورد نظر - مشخصات دقیق روش مرسوم (routine) - تعریف دقیق تفاوتها - نحوه نتیجه گیری
☐	مطالعات کیفی	تعریف دقیق گروههای مورد نظر - نحوه اجرای جلسات و هدایت بحثها - معرفی گردانندگان جلسات و تخصص آنها - نحوه نتیجه گیری
☐	مطالعات مدیریت سیستم بهداشتی	مشکل چیست؟ اطلاعات لازم برای بررسی مشکل کدامند؟
☐	طراحی نرم افزار	برنامه مورد استفاده برای طراحی - محتویات برنامه نرم افزاری - کاربردهای نرم افزار

۱- روش اجرا: (باتوجه به بند قبل موارد لازم برای هر نوع مطالعه را در این قسمت شرح دهید و در صورت نیاز می توانید از صفحات اضافه استفاده نمایید)

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که جامعه آماری در این پژوهش، ساکنین منطقه شهرک امام شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۳ خواهند بود .

هدف از این مطالعه بررسی فراوانی مشکل اصلی منطقه شناسایی شده در فاز اول مطالعه (مصاحبه نیمه ساختارمند کیفی) است.

معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: افراد ساکن در محله شهرک شهید رجایی (بلوک ۵ مرکز خدمات جامع سلامت شریف شهرک امام شهرستان شاهرود) باشند، سن ورود به مطالعه، افراد بالای ۳۰ سال باشند و تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش را داشته باشند .

روش نمونه گیری در این بررسی به صورت نمونه گیری در دسترس خواهد بود. بر اساس حجم نمونه محاسبه شده تعداد ۲۴۰ نفر در این مطالعه مورد بررسی قرار خواهند گرفت و پرسشنامه برای آنان تکمیل خواهد شد. برای جمع

آوری داده ها از یک پرسشنامه استاندارد استفاده خواهد شد. این پرسشنامه شامل ۲ بخش می باشد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک خواهد بود و در بخش دوم ، سوالات مرتبط با مشکل اصلی گزارش شده در این منطقه و ابعاد این مشکل است .

پس از تکمیل پرسشنامه از نمونه های مورد پژوهش، داده ها در نرم افزار SPSS ورژن ۲۷ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و درصد فراوانی) و با استفاده از آزمون های آماری Student's t-test, ANOVA, Chi-squared test مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات (مصاحبه ☐ پرسشنامه ☒ هردو ☐) و نحوه جمع آوری آن :

برای جمع آوری داده ها از یک پرسشنامه استاندارد استفاده خواهد شد. این پرسشنامه شامل ۲ بخش می باشد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک خواهد بود و در بخش دوم ، سوالات مرتبط با مشکل اصلی گزارش شده در این منطقه و ابعاد این مشکل است .

۱۲- روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

برای محاسبه حجم نمونه با توجه به شیوع مشکل فشارخون بالا (۳۲٪) که در نتایج مطالعه STEPS کشوری ذکر شده بود و با حدود اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه به تعداد ۲۱۵ نفر محاسبه گردید. با توجه به احتمال نواقص در پرسشنامه ها، ۱۲ درصد ریزش به حجم نمونه اضافه می شود و حجم نمونه اصلی ۲۴۰ نفر محاسبه شد.

```
. power oneproportion 0.3203 0.411
Performing iteration ...

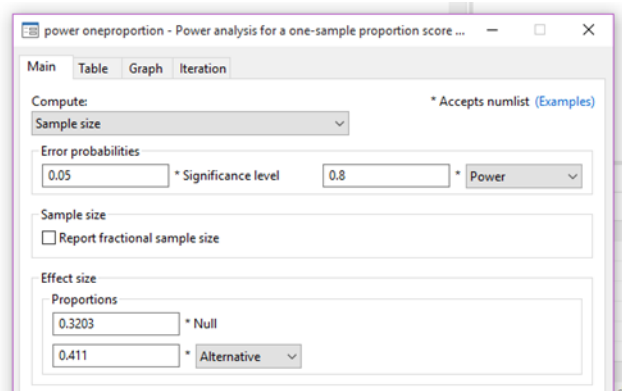
Estimated sample size for a one-sample proportion test
Score z test
H0: p = p0 versus Ha: p != p0

Study parameters:

alpha = 0.0500
power = 0.8000
delta = 0.0907
p0 = 0.3203
p1 = 0.4110

Estimated sample size:

N = 215
```



۱۳- ملاحظات اخلاقی:

- ۱) دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود.
- ۲) کسب معرفی نامه رسمی از طرف دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- ۳) هماهنگی های لازم جهت انجام مطالعه با مسئولین صورت خواهد گرفت.
- ۴) رضایت افراد جهت شرکت در پژوهش در نظر گرفته خواهد شد.

۵) اهداف پژوهش به شرکت کنندگان توضیح داده خواهد شد.

۶) به شرکت کنندگان اطمینان داده خواهد شد، اطلاعات گردآوری شده محرمانه تلقی می گردد و نیازی به

ذکر نام و نام خانوادگی بر روی پرسشنامه ها نیست.

۷) از اطلاعات جمع آوری شده مربوط به نمونه های پژوهش صرفاً برای انجام مطالعه حاضر استفاده خواهد

شد و نتایج به صورت کلی بیان خواهد شد نه به صورت موردی.

۱۴- محدودیتهای اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

پژوهش حاضر بر روی بخشی از جمعیت بالای ۳۰ سال شهر شاهرود است و توصیه می شود در صورت وجود زمان

و امکانات کافی این پژوهش بر روی جمعیت سایر شهرهای استان و کشور نیز انجام شود تا نتایج جامع تری بدست

دهد.

۱۵- جدول متغیرها:										
ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف عملی - علمی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقیم	غیرمستقیم	نسبتی	مطلق	صفتی	کمی			
۱.	سن	*		*				سن تقویمی افراد	سال تولد	سال
۲.	قد	*		*				فاصله انتهای پا تا نوک سر در هر شخص در حالت ایستاده و عمودی	متر نواری	متر
۳.	وزن	*		*				نیرویی که در اثر گرانش بر یک جسم وارد میشود	ترازو	کیلوگرم
۴.	سطح تحصیلات	*					*	دیپلم/ کاردانی/ کارشناسی/ کارشناسی ارشد	پرسش از فرد	مدارج تحصیلی
۵.	وضعیت تاهل	*				*		متاهل/ مجرد/ مطلقه/ بیوه	پرسش از فرد	مجرد/متاهل
۶.	فشارخون سیستول و دیاستول	*	*	*				مقدار فشاری که توسط خون در جریان، به دیواره رگها وارد می آید	دستگاه فشارسنج	میلی متر جیوه
۷.	جنسیت	*				*		برداشت شخصی فرد از هویت جنسی خود	پرسش از فرد	زن/مرد
۸.	دیابت	*					*	قند خون ناشتا بالاتر از ۱۲۰ (میلی گرم در دسی لیتر) در یک برهه طولانی	پرسش از فرد بر اساس سابقه مصرف دارو	دارد/ندارد
۹.	فعالیت بدنی	*				*		حرکات بدنی که توسط ماهیچه های اسکلتی انجام و منجر به صرف انرژی می شود.	پرسش از فرد	دارد/ندارد
۱۰.	مصرف روزانه نمک	*				*			پرسش از فرد	زیاد/متوسط/کم
۱۱.	وضعیت اشتغال	*				*		مجموعه وظایف و فعالیت های بر عهده ی	پرسش از فرد	دارد/ندارد

		یک فرد، برای دریافت یک واحد اقتصادی								
۱۲.	سابقه خانوادگی فشارخون	*	*						پرسش از فرد	دارد/ندارد
۱۳.	مصرف دخانیات	*	*						پرسش از فرد	دارد/ندارد
۱۴.	وضعیت کلسترول	*	*						نتایج آزمایش خون موجود	طبیعی / حد مرزی / بالا
									محدوده نرمال: کلسترول کمتر از ۲۰۰ mg/dl حد مرزی: ۲۰۰ تا ۲۳۹ mg/dl بالا: ۲۴۰ mg/dl و بالاتر	
۱۵.	وضعیت اقتصادی اجتماعی	*	*						پرسش از فرد	پنجک های اقتصادی
									دسترس فرد به امکانات/دارایی های منجر به زندگی بهتر	

۱۶- فهرست منابعی که در بیان مسئله و بررسی متون استفاده شده است (به ترتیب ورود در متن درج گردد).

۱. who/Detail/World Hypertension Day 2024: Measure Your Blood Pressure Accurately CI, Live .

.Longer. 17 May 2024

.topics/Hypertention WH. 2023.۲

.sheets/Detail/Hypertension wF. 16 March 2023.۳

۴. Mohammadi S, Hassanipour S, Delam H, Nikbakht HA, Ghaem Far Z, Firoozi D, et al. Prevalence of hypertension in Iran: An updated systematic review and meta-analysis of community-based studies. Caspian J Intern Med. 2023;14(4):607-17

۵. Emamian MH, Ebrahimi H, Hashemi H, Fotouhi A. Salt intake and blood pressure in Iranian children and adolescents: a population-based study. BMC Cardiovasc Disord. 2021;21(1):62

۶. Farhadi F, Aliyari R, Ebrahimi H, Hashemi H, Emamian MH, Fotouhi A. Prevalence of uncontrolled hypertension and its associated factors in 50-74 years old Iranian adults: a population-based study. BMC Cardiovasc Disord. 2023;23(1):318

۷. Zare MG, Okati-Aliabad H, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Shahraki-Sanavi F. Prevalence and risk factors of pre-hypertension and hypertension among adults in Southeastern Iran: Findings from the baseline survey of the Zahedan adult cohort study. PLoS One. 2023 Dec 7;18(12):e0295270

۸. Khosravi A, Emamian MH, Shariati M, Hashemi H, Fotouhi A. The prevalence of pre-hypertension and hypertension in an Iranian urban population. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2014 Jun;21(2):127-35

۹. Hashemi H, Khabazkhoob M, Emamian MH, Shariati M, Fotouhi A. A population-based study of corneal arcus and its risk factors in Iran. Ophthalmic Epidemiol. 2014 Oct;21(5):339-44

۱۰. Hosseinzadeh A, Ebrahimi H, Khosravi A, Emamian MH, Hashemi H, Fotouhi A. Isolated systolic hypertension and its associated risk factors in Iranian middle age and older population: a population-based study. BMC Cardiovasc Disord. 2022 Sep 27;22(1):425

11. Moftakhar L, Rezaianzadeh A, Seif M, Ghoddusi Johari M, Hosseini SV, Dehghani SS. The effect of prehypertension and hypertension on the incidence of cardiovascular disease: A population-based cohort study in Kharameh, a city in the South of Iran. *Health Sci Rep*. 2023 May 25;6(5):e1264.
12. Najafipour H, Nasri HR, Rostamzadeh F, Amirzadeh R, Shadkam M, Mirzazadeh A. Prevalence and incidence of pre-hypertension and hypertension (awareness/control) in Iran: findings from Kerman coronary artery diseases risk factors study 2 (KERCADRS). *J Hum Hypertens*. 2022 May;36(5):461-472.
13. Mohammed Nawi A, Mohammad Z, Jetly K, Abd Razak MA, Ramli NS, Wan Ibadullah WAH, Ahmad N. The Prevalence and Risk Factors of Hypertension among the Urban Population in Southeast Asian Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Hypertens*. 2021 Feb 10;2021:6657003.
14. Ebrahimi M, Heidari-Bakavoli AR, Mazidi M, et al. Prevalence of hypertension, pre-hypertension and undetected hypertension in Mashhad, Iran. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 2016;9(3):213-223.