

## مقایسه کیفیت زندگی مردان مبتلا به پرفشاری خون با افراد سالم

دکتر عباس عبادی\*، افضل شمسی\*\*، علی اکبر رفاهی\*\*\*، یاسر سعید\*\*\*\*

دریافت: ۹۰/۱۱/۱، پذیرش: ۹۱/۵/۳

### چکیده:

**مقدمه و هدف:** پرفشاری خون یکی از مهمترین عوامل ایجاد کننده بیماری های قلبی عروقی است. این بیماری، یکی از مهمترین عوامل موثر بر کیفیت زندگی در افراد می باشد. هدف از این مطالعه مقایسه کیفیت زندگی مردان مبتلا به پرفشاری خون با افراد سالم می باشد.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی مقطعی-مقایسه ای، ۴۰۰ نفر مرد (شامل ۲۰۰ نفر بیمار فشارخونی و ۲۰۰ نفر افراد سالم) به روش نمونه گیری آسان در شهر تهران انتخاب و توسط فرم استاندارد کوتاه شده (SF36) کیفیت زندگی آنها اندازه گیری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری کای دو، تی تست و با کمک نرم افزار SPSS v.15 انجام گرفت و  $P < 0/05$  معنادار در نظر گرفته شد.

**نتایج:** میانگین سنی در گروه پرفشاری خون  $44/83 \pm 8/48$  و در گروه سالم  $40/44 \pm 5/50$  بود. کیفیت زندگی در افراد سالم  $(82/20 \pm 10/72)$  نسبت به افراد فشارخونی  $(72/77 \pm 17/60)$  در سطح بالاتری قرار دارد ( $P < 0/001$ )

**نتیجه نهایی:** کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون در سطح پایین تری نسبت به افراد مشابه سالم قرار دارد لذا توجه بیشتر در شناسایی زود هنگام و درمان های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشارخون لازم است

**کلید واژه ها:** پرفشاری خون / کیفیت زندگی / مرد

### مقدمه:

میزان شیوع فشارخون در ایران ذکر نشده (۷) ولی طبق تحقیقات انجام شده شیوع فشار خون در اصفهان ۱۱٪، چهارمحال و بختیاری ۱۷٪، گیلان ۱۱/۶٪، زنجان ۱۷/۵٪، کرمانشاه ۶/۲۵٪ و اراک ۱۸،۹٪ گزارش شده است (۸،۹).

این بیماری مانند اغلب بیماری های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، موجب بروز بیماری های مختلف، ایجاد ناتوانایی قابل توجه، کاهش بهره وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می شود (۲). کیفیت زندگی عبارت است از برداشت افراد از

پرفشاری خون یکی از مهمترین عوامل ایجاد کننده بیماری های قلبی عروقی است (۱). تحقیقات نشان داده که میزان شیوع این بیماری در کلیه کشورها به ویژه کشور ایران رو به افزایش است (۲). این بیماری سالانه عامل ۷/۱ میلیون مرگ و میر در سراسر دنیا است (۳). طبق بررسی های انجام شده ۲۰ درصد جمعیت بالغ کره جنوبی، حدود ۱۶ درصد جمعیت بالای ۳۵ سال ایتالیا و ۱۱/۱ درصد ساکنان جنوب غربی عربستان سعودی (۴) و ۳۳٪ افراد در انگلیس، سوئد و ایتالیا و ۵۵٪ افراد در آلمان مشکل فشار خون بالا دارند (۵،۶). هر چند آمار دقیقی از

\* استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

\*\* مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت (afzal\_sh63@yahoo.com)

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

\*\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ویژه دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

البته تحقیقات متعدد نشان داده، کنترل بیماری فشارخون، استفاده از درمانهای مکمل برای این بیماری مثل امید درمانی، کیفیت زندگی را به طور چشمگیری افزایش می دهد. به طوری که گاهی کیفیت زندگی در این بیماران نسبت به افراد سالم در سطح بالاتری قرار می گیرد (۲۳، ۲۴). با توجه به مطالب فوق و اینکه در طول ۲۰ سال اخیر توجه به کیفیت زندگی بیماران فشارخونی به یک نگرش کلی و یک هدف در نظام بهداشتی درمانی کشورها درآمده است و رویکرد جدیدی به نام "کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی" در تحقیقات علوم پزشکی مطرح شده است (۲۵، ۲۶) لذا پژوهشگر برآن شد تا این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون با افراد سالم انجام دهد.

### روش کار:

این مطالعه مقطعی - مقایسه ای در سال ۱۳۸۹ بر روی ۴۰۰ نفر مرد ساکن شهر تهران انجام شد. تعداد ۲۰۰ نفر مرد مبتلا به پرفشاری خون و ۲۰۰ نفر مرد سالم به شیوه نمونه گیری غیر احتمالی از نوع در دسترس انتخاب شدند. انجام این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) مورد تایید قرار گرفته بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۳۵ سال، نداشتن بیماری فشارخون در گروه سالم، میانگین فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه در افراد سالم، وجود تشخیص قطعی پرفشاری خون توسط پزشک در گروه فشارخونی و یا فشارخون بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه، نداشتن بیماریهای روانی تایید شده، داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش بود. نمونه گیری به شیوه در دسترس و با مراجعه به مناطق مختلف شهر تهران که شامل آموزش و پرورش، مراکز درمانی، پارکها، محیط های نظامی و درب منازل انجام شد و پس از توضیح در مورد مراحل تحقیق، مفاهیم مورد نیاز و پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان، در همان جلسه فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی استاندارد در اختیار آنان قرار گرفت. همچنین در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم شخصی به واحدهای مورد

موقعیت شان در زندگی که با توجه به زمینه ی فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف و انتظارها و استانداردهای فرد می باشد (۱۰). کیفیت زندگی جنبه های مختلف جسمی، روحی-روانی، اقتصادی، اجتماعی، سلامتی، کار و خانوادگی را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۱). تحقیقات متعدد نشان داده کیفیت زندگی پایین باعث فرسودگی روانی، ترک شغل (۱۲)، کاهش بهره وری (۱۳)، مشکلات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب (۱۴)، کاهش عملکرد فیزیکی (۱۵) می شود.

فشار خون بالا بعلت کاستی هایی که در توانایی های فرد ایجاد می کند کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۶). ساین و همکاران نیز افزایش فشار خون در افراد را با کاهش کیفیت زندگی همراه می دانند (۱۷). نتایج تحقیقات دیو و همچنین کوتاه و همکارانش نشان دادند که فشارخون بالای کنترل نشده بطور معنی داری باعث کاهش کیفیت زندگی می شود (۱۸، ۱۹). در مطالعه گریم و همکاران نیز سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشارخون نسبت به افراد سالم پایین تر بود. همچنین کیفیت زندگی در بیماران فشارخونی که سطح فشارخون بالاتری داشتند به طور معنی داری کمتر بود (۲۰).

آهنگری و همکارانش در مطالعه ای نشان دادند که کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشار خون نسبت به افراد سالم، در سطح پایین تری قرار دارد و احتمالاً به این علت است که فشار خون بالا در افراد نه فقط موجبات کاهش ظرفیت های فیزیولوژیک و جسمی را فراهم می نماید بلکه در ایجاد عوارض بعنوان یک عامل خطر و ایجاد مشکلات روحی نقش مهمی را دارد (۲۱). سایر دلایل پایین تر بودن کیفیت زندگی در افراد فشار خونی می تواند این باشد که ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت های فراوان در رژیم غذایی، تغییر در انجام فعالیتهای روزانه و فعالیتهای ورزشی و تفریحی در این بیماران می شود. در کنار این محدودیتهای، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به صورت منظم و طولانی باعث ایجاد فشارهای روانی زیادی بر بیمار می شود که این مساله می تواند بر کیفیت زندگی فرد تاثیر منفی بگذارد (۲۲).

پژوهش اطمینان کافی داده شد.

فشار خون افراد دو بار در وضعیت نشسته از دست راست و پس از حداقل ده دقیقه استراحت گرفته شد و میانگین دو بار اندازه گیری در دو زمان مختلف به عنوان فشار خون بیمار محسوب گردید. افراد دارای فشار خون سیستولیک بالاتر یا مساوی ۱۴۰ و فشار خون دیاستولیک بالاتر یا مساوی ۹۰ یا کسانی که مورد شناخته شده فشارخون بالا بوده و داروی ضد فشارخون مصرف می کردند، به عنوان بیمار دارای فشارخون بالا طبقه بندی شدند (۱۸). وافرادی که سابقه بیماری فشارخون بالا نداشته و همچنین میانگین فشارخون وی کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بود بعنوان نمونه های سالم در نظر گرفته شد. برای سنجش اعتبار فشار سنج جیوه ای استاندارد، به طور روزانه صحت اندازه گیری آن بوسیله یک فشار سنج جیوه ای استاندارد دیگر چک می شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل: دو پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک افراد و پرسش نامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF36) بود که توسط دکتر منتظری و همکاران ترجمه و تطابق فرهنگی آن و اعتبار و پایایی آن نیز بارها توسط محققین ایرانی به اثبات رسیده است (۱۹) و بارها توسط محققان ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۷-۲۹). پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، تاهل، تحصیلات، شغل، میزان حقوق دریافتی و مخارج بود. پرسشنامه SF-36 ابعاد مختلف کیفیت زندگی را مانند کارآیی فیزیکی، محدودیت های ایفای نقش، دردهای جسمانی، سلامتی عمومی، سرزندگی و شادابی، کارآیی اجتماعی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار میدهد (۳۰) نمره گذاری پرسشنامه توسط نرم افزار تحلیل ویژه طراحی شده توسط کلانتری و همکاران (۳۱). این پرسشنامه که تحت برنامه اکسل ۲۰۰۳ است، انجام گردید. نمره تک تک سوالات هر حیطه در این نرم افزار وارد می شد و نمرات در هشت حیطه و دو بعد جسمانی شامل (عملکرد فیزیکی، محدودیت در نقش فیزیکی، درد جسمانی و درک سلامت عمومی) و بعد روانی شامل (انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش

احساسی و سلامت روان) و یک نمره کلی استخراج گردید. نحوه تبدیل نمرات از مقیاس متنوع لیکرتی در این پرسشنامه بر اساس تبدیل نمران به در جاتی از صفر تا صد می باشد. به این ترتیب که سوالات دو حالتی به نمره گذاری این نمرات در دامنه صفر تا صد میتوانند نوسان داشته باشند (۳۲). صفر نشاندهنده پایین ترین سطح و صد بالاترین سطح کیفیت زندگی می باشد. به این ترتیب که، در سوالاتی که با طیف دو حالتی نمره گذاری می شود نمرات ۰ و ۱۰۰، سوالات سه حالتی نمره گذاری ۰، ۵۰ و ۱۰۰، سوالات پنج حالتی نمره گذاری ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰ و سوالات شش حالتی به روش نمره گذاری ۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و انجام می شود. با این روش تنوع کمی سوالات در حیطه ها و تنوع نمره گذاری در سوالات، استاندارد خواهد شد (۳۲). در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار آماری SPSS ۱۵ و آزمون های آماری، آنوا، تی مستقل و کای دو، فیشر استفاده گردید و  $p < 0.05$  به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد

### نتایج:

میانگین سنی در گروه پرفشاری خون  $44/83 \pm 8/48$  و در گروه سالم  $40/44 \pm 5/50$  بود. مشخصات جمعیتی شناختی (تاهل، تحصیلات، شغل) و هماهنگی مخارج با درآمد در جدول ۱ آورده شده است. میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه سالم به ترتیب  $118/81 \pm 8/86$  و  $74/79 \pm 7/02$  و در گروه فشارخونی به ترتیب  $142/59 \pm 13/27$  و  $91/52 \pm 8/39$  میلیمتر جیوه بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی دار داشت ( $P < 0/001$ ). اندازه گیری منظم فشارخون در گروه پرفشاری خون و سالم به ترتیب  $91/5\%$  و  $58\%$  توسط نمونه ها انجام می شد. آزمون دقیق فیشر تفاوت معنی داری را نشان داد ( $P < 0.001$ ). نمره کل کیفیت زندگی در افراد سالم ( $82/20 \pm 10/72$ ) نسبت به بیماران فشارخونی ( $72/77 \pm 17/60$ ) بیشتر است که از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۲ ذکر شده است. ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با کیفیت زندگی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک در دو گروه فشارخونی و سالم

آزمون آماری P-value	فشارخونی		سالم		مشخصات
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$\chi^2=14/67$ $P>0/05$	۷	۱۴	۱۳	۲۶	تاهل
	۹۳	۱۸۶	۸۷	۱۷۴	بدون همسر باهمسر
$\chi^2=18/39$ $P>0/05$	۴۰	۸۰	۲۹/۵	۵۹	تحصیلات
	۶۰	۱۲۰	۷۰/۵	۱۴۱	زیر دیپلم دانشگاهی
$\chi^2=18/77$ $P>0/05$	۲۳/۵	۴۷	۹	۱۹	شغل
	۵۰	۱۰۰	۶۲	۱۲۴	بیکار کارمند آزاد
$\chi^2=10/25$ $P>0/05$	۳۰	۶۰	۱۷	۳۴	هماهنگی بین درآمد ومخارج
	۵۷	۱۱۴	۶۴	۱۲۸	دارد با پس انداز دارد (بدون پس انداز) ندارد
Fisher $P>0/05$	۵۷/۴	۱۱۵	۵۳/۷	۱۰۷	ورزش
	۴۲/۶	۸۵	۴۶/۳	۹۳	دارد ندارد

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران فشارخونی و افراد سالم

آزمون آماری تی مستقل سطح معنی داری	سالم		فشارخونی		ابعاد کیفیت زندگی
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
$P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/01$ $P<0/001$	۹۱/۴۸±۱۳/۴۲	۸۳/۸۳±۱۷/۶۲	۷۷±۳۲/۰۳	۸۰/۹۲±۱۸/۵۴	جسمی
	۵۸/۴۹±۱۴/۴۴	۵۳/۶۶±۱۷/۵۳	۷۷±۳۲/۰۳	۸۰/۹۲±۱۸/۵۴	عملکرد فیزیکی محدودیت در نقش فیزیکی درد جسمانی
	۷۶/۴۰±۱۳/۷۲	۵۳/۶۶±۱۷/۵۳	۵۳/۶۶±۱۷/۵۳	۵۳/۶۶±۱۷/۵۳	درک سلامت عمومی
	۶۹/۸۳±۱۲/۹۹	۶۴/۵۸±۱۹/۹۳	۶۴/۵۸±۱۹/۹۳	۶۴/۵۸±۱۹/۹۳	روانی
$P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/001$ $P<0/001$	۸۳/۳۶±۲۶/۸۵	۷۷/۳۸±۱۷/۲۸	۷۷/۳۸±۱۷/۲۸	۷۷/۳۸±۱۷/۲۸	انرژی و نشاط عملکرد اجتماعی
	۸۷/۳۶±۲۶/۸۵	۷۶/۸۶±۳۳/۵۷	۷۶/۸۶±۳۳/۵۷	۷۶/۸۶±۳۳/۵۷	محدودیت در نقش احساسی
	۷۳±۱۳/۳۵	۶۷/۸۶±۱۹/۷۱	۶۷/۸۶±۱۹/۷۱	۶۷/۸۶±۱۹/۷۱	سلامت روان
	۸۲/۶۰±۱۰/۳۲	۷۱/۹۴±۱۶/۷۱	۷۱/۹۴±۱۶/۷۱	۷۱/۹۴±۱۶/۷۱	بعد سلامت جسمی
	۷۷/۹۵±۱۱/۴۸	۶۸/۲۵±۱۷/۰۵	۶۸/۲۵±۱۷/۰۵	۶۸/۲۵±۱۷/۰۵	بعد سلامت روانی
	۸۲/۲۰±۱۰/۷۲	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	نمره کل کیفیت زندگی
	۸۲/۲۰±۱۰/۷۲	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	
	۸۲/۲۰±۱۰/۷۲	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	۷۷/۷۲±۱۷/۶۰	

جدول ۳: میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران فشارخونی بر حسب مشخصات دموگرافیک

آزمون آماری P-value	سالم		فشارخونی		مشخصات
	نمره کل انحراف معیار±میانگین	سلامت روانی انحراف معیار±میانگین	سلامت جسمی انحراف معیار±میانگین	حیطه کیفیت زندگی میانگین±انحراف معیار	
T-test $P<0/001$	۵۶/۷۹±۱۸/۸۲	۵۷±۱۸/۲۰	۵۵/۳۶±۷۱۶/۷۲	۵۵/۳۶±۷۱۶/۷۲	تاهل
	۷۳/۹۷±۱۶/۹۵	۶۹/۰۹±۱۶/۷۰	۷۳/۱۹±۱۶/۰۷	۷۳/۱۹±۱۶/۰۷	بدون همسر باهمسر
T-test $P<0/001$	۷۰±۱۸/۷۰	۶۵/۳۹±۱۸/۱۱	۶۹/۵۶±۱۷/۴۸	۶۹/۵۶±۱۷/۴۸	تحصیلات
	۷۷/۱۸±۱۴/۷۳	۷۲/۸۱±۱۴/۱۴	۷۵/۷۵±۱۴/۷۲	۷۵/۷۵±۱۴/۷۲	زیر دیپلم دانشگاهی
One Way Anova $P>0/05$	۸۰/۲۷±۱۲/۹۹	۷۸/۳۴±۱۴/۷۳	۷۹/۱۸±۱۱/۷۲	۷۹/۱۸±۱۱/۷۲	هماهنگی بین درآمد ومخارج
	۷۶/۲۳±۲۰/۹۲	۷۵/۳۴±۱۷/۵۴	۷۳/۵۱±۲۳/۱۲	۷۳/۵۱±۲۳/۱۲	دارد با پس انداز دارد (بدون پس انداز) ندارد
T-test $P<0/001$	۷۸/۴۰±۱۳/۸۴	۷۳/۴۰±۱۳/۷۸	۷۷/۴۳±۱۳/۱۸	۷۷/۴۳±۱۳/۱۸	ورزش
	۶۵/۱۴±۱۹/۲۷	۶۱/۲۷±۱۸/۵۷	۶۴/۵۲±۱۸/۱۳	۶۴/۵۲±۱۸/۱۳	دارد ندارد

**بحث:**

در این مطالعه کنترل منظم فشارخون در گروه فشارخونی نسبت به گروه سالم بیشتر بود. تیسون و همکاران در مطالعه ای مشابه نشان دادند که افراد مبتلا به فشارخون (۶۱ درصد) به طور معنی داری بیشتر از افراد سالم (۳۸ درصد) فشارخون خود را کنترل می کردند (۳۲) که این نتایج با پژوهش فوق همخوانی دارد ولی درصد کنترل فشارخون در مطالعه ما بیشتر بود. پژمان و همکاران در مطالعه ای در شهر تهران نشان دادند ۲۳ درصد از زنان و ۲۰ درصد از مردان ساکن تهران، دارای پرفشاری خون هستند که ۵۰ درصد آنها بدون تشخیص و بقیه بیماری خود را به طور دقیق کنترل و درمان نمی کنند (۴).

اگر نمره صفر تا صد را در پرسشنامه اس اف ۳۶ مینا قرار دهیم. میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را می توان بعنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظر گرفت (۳۳، ۳۴).

در پژوهش حاضر نمره تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه سالم و فشارخونی بالاتر از ۵۰ بود پس می توان کیفیت زندگی افراد سالم و فشارخونی این مطالعه را مطلوب ارزیابی نمود. چندین مطالعه داخلی و خارجی که برای سنجش کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش از پرسشنامه SF36 استفاده کرده بودند، نمره کلیه ابعاد کیفیت زندگی را بالاتر از ۵۰ (سطح مطلوب) گزارش کردند که این با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. این در حالی است که نمره کلی کیفیت زندگی در مطالعه حاضر بیشتر از نمره گزارش شده در مطالعات نجاتی، قهرمانی، صباح و کمتر از نمره مطالعه خورسندی و همکارانش می باشد (۳۴-۳۶، ۲۹).

بیماریهای مزمن مانند فشارخون اساسی، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می شود (۲۵). در پژوهش حاضر کیفیت زندگی در تمام ابعاد جسمی و روانی در گروه فشارخونی نسبت به گروه سالم پایین تر است. تحقیقات متعدد نیز نشان داده که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا اغلب پایین تر از حد انتظار

می باشد (۱۸، ۳۷) مطالعات آهنگری و همچنین شمس علیزاده و همکاران نتایج مشابه پژوهش حاضر را گزارش کردند (۱۰، ۲۱). همچنین نتایج مطالعات مشابه بیانگر آنست که نه تنها افراد مبتلا به فشار خون نسبت به افراد سالم کیفیت زندگی پایینتری دارند بلکه در بین گروه فشار خونی نیز، کیفیت زندگی در افراد با فشارخون کنترل نشده نسبت به افراد فشارخونی کنترل شده در سطح پایین تری قرار دارد (۳۸، ۳۹).

آرونی و همچنین لاورنس و همکاران در مطالعات خود، دلایل کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشار خون نسبت به افراد سالم را مراجعات مکرر افراد مبتلا به مراکز درمانی، استرس و علایم غیر اختصاصی فشار خون گزارش کردند (۴۰، ۴۱).

فوجاری در تحقیق خود بیان می کند که افزایش فشارخون اثرات منفی بر کیفیت زندگی افراد خواهد داشت که کنترل آن موجب ارتقاء سطح کیفیت زندگی خواهد شد (۴۲). دلینوسنت و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که فشار خون بالا بعلاوه اثر بر عملکرد شناختی موجب کاهش میزان کیفیت زندگی می گردد (۴۳) فوجیساوات در مطالعه انجام داده خود، به این نتیجه دست یافت که درمان و کنترل فشار خون در نمونه های مورد مطالعه کیفیت زندگی کاهش یافته را بهبود می بخشد (۴۴).

سایر تحقیقات نیز نشان داده در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب پرفشاری خون، موجب بروز بیماریهای مختلف، ایجاد ناتوانایی قابل توجه، کاهش بهره وری و در نهایت تاثیر منفی بر کیفیت زندگی می شود (۲، ۴۵). پس می توان یکی از دلایل پایین تر بودن کیفیت زندگی افراد فشارخونی نسبت به افراد سالم در مطالعه حاضر، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بالاتر از محدوده طبیعی در گروه فشارخونی باشد که گزارش گردید. تحقیقات متعدد در این زمینه نشان داده است که کنترل بیماری فشارخون، استفاده از درمانهای مکمل برای این بیماری مثل امید درمانی، کیفیت زندگی را به طور چشمگیری افزایش می دهد. به طوری که گاهی کیفیت زندگی در این بیماران نسبت به افراد سالم در سطح

بالاتری قرار می گیرد (۲۴، ۲۳).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در گروه فشارخونی نشان داد نمره کیفیت زندگی در افراد متاهل نسبت به افراد مجرد بیشتر است. در مطالعه حریرچی و همکاران نیز نتایج مشابه پژوهش حاضر گزارش شد که همخوانی دارد (۴۶). می توان علت آن را تاثیر حمایت روانی همسر در ایجاد آرامش دانست. مطالعات متعدد نشان داده که ازدواج منافع بسیار زیادی دارد و باعث کاهش تنیدگی در زوجین می شود که بدنبال آن، سلامت جسمی و روانی و در نهایت کیفیت زندگی آن ها بیشتر و طول عمر شان زیادتر می شود (۴۸، ۴۷).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در گروه فشارخونی نشان داد نمره کیفیت زندگی در افرادی که هماهنگی بیشتر بین درآمد و مخارج زندگی همراه با پس انداز دارند نسبت به سایرین بیشتر بود. نتایج مطالعه پرنده و همکارانش نشان داد وضعیت اقتصادی و اجتماعی خوب، کیفیت زندگی را افزایش می دهد (۴۹). در این زمینه نتایج پژوهش انجام شده در کشور استرالیا نیز نشان داد با افزایش میزان حقوق و دستمزد، سطح کیفیت زندگی کاری کارکنان ارتقا می یابد (۵۰).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در گروه فشارخونی نشان داد نمره کیفیت زندگی در نمونه هایی که برنامه منظم ورزشی داشتند نسبت به سایر نمونه ها بیشتر بود. رجسکی و همکارانش در مطالعه نشان دادند که فعالیت جسمانی منظم می تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را ارتقاء دهد (۵۱). همچنین در تحقیقات انجام شده توسط رم پلو (۵۲)، اسدی ذاکر (۵۳) و همکاران نتایج مشابه پژوهش حاضر گزارش نمودند.

در مطالعه حاضر نمره کیفیت زندگی در نمونه های با سطح تحصیلات دانشگاهی نسبت به تحصیلات زیر دیپلم بیشتر بود. منتظری در ارزیابی مردم شهر تهران نشان داد افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار بودند (۲۶) نتایج مطالعات دیگر نیز همسو با یافته های پژوهش حاضر بود (۱۰، ۵۴).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد کمترین نمره

بعد روانی در هر دو گروه سالم و فشارخونی مربوط به بعدانرژی و نشاط و بیسترتین نمره مربوط به عملکرد اجتماعی بود. سندکوئیست و جانسون نیز در مطالعه خود سطح نشاط را پایین تر از سایر ابعاد گزارش کردند که با مطالعه فوق همخوانی دارد (۵۵). فلاحتی و همکاران نیز بیسترتین نمره کیفیت زندگی در بعد روانی مربوط به عملکرد اجتماعی گزارش کردند (۵۶)

سایر نتایج پژوهش حاضر در بعد جسمی نشان داد کمترین نمره در هر دو گروه سالم و فشارخونی مربوط به بعد درک سلامت عمومی می باشد و بیسترتین نمره مربوط به عملکرد فیزیکی است. خورسندی و همکاران در پژوهش خود از پرسشنامه sf-36 استفاده کردند و در هر دو بعد جسمی و روانی نتایج مشابه پژوهش حاضر گزارش کردند (۲۹). قهرمانی و همکارانش در پژوهشی مشابه کمترین نمره کیفیت زندگی نیروی حیاتی (انرژی و نشاط) و بیسترتین نمره کیفیت را عملکرد جسمانی گزارش کردند (۳۵) که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر نمره سلامت جسمی در هر دو گروه سالم و فشارخونی نسبت به نمره سلامت روان بیشتر گزارش شد که این موضوع با نتایج مطالعات هادی و همکاران و همچنین خورسندی و همکاران همخوانی داشت (۵۷، ۲۹) شاید علت این امر جنبه ذهنی بیشتر سلامت روان و تاثیر بیشتر ارزیابی فرد از خود بر آن باشد. در مطالعه رجسکی و همکارانش این نتیجه بدست آمد که فعالیت جسمانی میتواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را ارتقاء دهد (۵۱). که توصیه می شود افراد جامعه بخصوص فشارخونی بیشتر به امر فعالیت جسمانی بپردازند. در مطالعه جبل عاملی و همکارانش بر روی زنان اصفهان نشان دادند که نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت روان بیشتر از سلامت جسمی بود (۵۸) که با مطالعه ما همخوانی ندارد و این می تواند دلیل تفاوت جنسیتی دو پژوهش باشد.

از آنجا که مطالعه حاضر بر روی مردان شهر تهران انجام شده است لذا توصیه می شود مطالعات مشابهی در هر دو جنس یا سایر بیماریهای مزمن و یا با توجه به تفاوتهای فرهنگی در سایر مناطق کشور انجام شود.

**نتیجه نهایی:**

در نهایت نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی در افراد فشارخونی نسبت به افراد سالم پایین تر است. پس توجه بیشتر در شناسایی زود هنگام و درمانهای مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشارخون لازم است و توصیه می شود که عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی در افراد جامعه بخصوص بیماران فشارخونی را شناسایی و در جهت رفع این فاکتورهای منفی برنامه ریزیهای بنیادی انجام شود. علاوه بر آن می توان با آموزش مداوم افراد جامعه در جهت ترغیب آنها برای توجه بیشتر به این مشکل، برپایی کلاس های فعالیت جسمانی، شنا، آمادگی جسمانی و تن آرامی گامی کوچک جهت ارتقاء سطح سلامتی و کیفیت زندگی آنان و در نهایت بهبود سطح سلامت جامعه برداشته شود.

**سپاسگزاری:**

از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله به خاطر حمایت مالی و از کلیه مشارکت کنندگان به خاطر همکاری صمیمانه شان در این تحقیق تشکر می نمایم.

**منابع:**

- hypertension. 2006; 29: 423-432.
- Nezafati MH. [New care in the heart surgical and thorax]. Mashhad: Hamdel Publication. 2008; 52.(Persian)
- Shamsi A. [Examination and comparison risk factors from coronary artery in resident & non-resident adults in Adult House in Tehran]. M.Sc Thesis of nursing, Islamic Azad University Tehran Medical. 2010; 9-11.(Persian)
- Khosravi A. [The causes of failure to control hypertension in population age over 65]. J Qazvin Univ Med 2005; 35: 1.(Persian)
- Shams Alizadeh N, Mohsenpour B, Ghaderi E, Razaee F, Delavari A. [Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran]. J Fundament Mental Health spring 2010; 12(45): 448-56.(Persian)
- Rezai H, Alvnyd A, Hosseini M. [The impact of education on quality of life of patients with heart failure]. J Rehab 2009;10 (2): 21-26. (Persian)
- Taghavi S. [The effect of work quality of life on nurses activity]. Homaye Salamat 2004; 8: 19. (Persian)
- Brooks BA, Strojell J, Omoike O, Ohlson S. Assessing the quality of nursing work life. Nurs Admin Quarter 2007; 31(2): 152.
- Sbzmkan L, Hzavvy M, Rabii K, Hashemi H, Sadeghi M, the impact of education based on model (PRECEDE on depression and quality of life of patients. Monitor Quarter 2010; 8(1): 75-84.
- King MB, Whiple RH, Groman CA. Performance enhancement project: improving physical performance in older persons. Arc Phs Med Rehab 2003; 83(12): 1060-1069.
- Maria I, Nuns D. The relationship between quality of life and adherence to treatment. J Curr Hyperten Reports 2001; 3(6): 462-465.
- Pessina AC, Boari L. Efficacy, tolerability and influence on quality of life Nifedipine GITS versus Amlodipine in elderly patients with Mild- Moderate Hypertension. Blood Pressure 2001; 10(3): 176-183.
- Bickley L. Bats quaide to physical examination and history taking. 9th ed. Translated by: Mohammad Ghairatian. Tehran: Andishe Raffi, 2007;102-105.
- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. [The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. Payesh. 2006; 5(1):49-56.(Persian)
- Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study. Arch Intern Med. 1997 Mar 24; 157(6): 638-48.
- Ahangeri M, Kamali M, Arjmand M. [The effect
- Donato P, Giulini NA, Bacchi Modena A, Cicchetti G, Comitini G, Gentile G, et al. Risk factors for high blood pressure in women attending menopause clinics in Italy. Eur Menopause J Matur 2006; 53: 83-88.
- Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. [Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. J Clin Psychol Spring 2010; 2(5):1-5.(Persian)
- Erem C. Prevalence of pre-hypertension and hypertension and associated risk factor among Turkish adults: Trabzon hypertension study. J Public Health 2008; 31(1): 47- 58.
- Pejman A. [The prevalence of hypertension in Sabzevar population]. J Sabzevar 2009;15(1):26. (Persian)
- Anbarloo HR. [Assessment of life style education effect to patients with hypertension on their knowledge and function in the tearoom Shohada hospital]. M. Sc thesis of nursing, Islamic Azad University Tehran Medical. 2010; 6.(Persian)
- Rulxing y. prevalence, awareness treatment, control and risk factors of hypertension in the Guangxi Hei yi. Zhan and Han population,

- of high blood pressure on quality of life in the elderly in Tehran City. *J Elderly* 2009; 3(7): 1. (Persian)
22. American Heart Association. Heart attack and angina statistics. 2008: available from: [http://wikipedia.org/wiki/Heart\\_attack](http://wikipedia.org/wiki/Heart_attack).
  23. Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2005; 521-523.
  24. Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness. The sixth report of joint national committee on prevention detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. 2005; 157: 2413-46.
  25. Deyo RA. The quality of life and research and care. *Ann Int Med* 2005; 7(1): 29-33
  26. Côté I, Grégoire JP, Moisan J. Health-related quality of life measurement in hypertension. A review of randomized controlled drug trials. *Pharmacia economics*. 2000; 18: 435-450
  27. Mosavi B, Montazeri A, Sorosh M. [Quality of life on women with spinal injury]. *J Payesh* 2008; 7(1): 75-81. (Persian)
  28. Hemidizade S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar SH, Salehi K, Kordyazdi R. [The effect of team exercise on quality of life elderly]. *Yazd Med Univ J* 2008; 16(1): 81-86. (Persian)
  29. Khorsandi M, Jahani F, Rafie M, Farazi A. Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak university of medical sciences in 2009]. *Arak Med Univ J (AMUJ)* Spring 2010; 13(1): 40-48. (Persian)
  30. Brazier J, Harper R. Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ* 2002 Mar; 305(10): 160-64.
  31. Kalantar-Zadeh K, Kopple J, Block G, Humphreys M. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2797-2806.
  32. Tyson MJ, Elduff P. Self-blood-pressure monitoring questionnaire study: response, requirement, training, support-group popularity and recommendation. *J Hum Hyperten* 2003; 17: 51-61.
  33. Ali-Akbari F, Khalifehzadeh A, Parvin N. [The effect of short time telephone follow-up on physical conditions and quality of life in patients after pacemaker implantation]. *J Shahrekord Med Sci* 2009; 11(3): 23-29. (Persian)
  34. Nejati V, Ashayeri H. [Health related quality of life in the elderly in Kashan]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2008; 14: 56-61. (Persian)
  35. Ghahremani L, Nazari M, Mosavi M. [Improvement of Quality of Life in Elderly men in Kahrizak nursing home based on educational intervention]. *Knowledge & Health* 2008; 4(2): 18-23. (Persian)
  36. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude1 N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 1: 30-35.
  37. Côté I, Grégoire JP, Moisan J. Health-related quality of life measurement in hypertension. A review of randomised controlled drug trials. *Pharmaco Economics* 2004; 18: 435-450
  38. Erickson SR, Williams BC, Grippe LD. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *J Hum Hyperten* 2003; 15: 539-48.
  39. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumb J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: Is the whole greater than the sum of its parts? *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3: 2.
  40. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BE. Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 2004; 49: 1239-45.
  41. Ahroni JH, Boyko EJ. Responsiveness of the SF-36 among veterans with diabetes mellitus. *J Diabet Complications* 2000; 14: 31-9.
  42. Fogari R., Zoppi A. Effect of antihypertensive agents on quality of life in elderly. *Drugs and Aging*. 2004; 21(6): 377-393.
  43. Deglinnocenti A, Hofman A. Health-related quality of life during treatment of elderly patients with hypertension: results from the study on cognition and prognosis in elderly. *J Hum Hyperten* 2004; 18: 239-245.
  44. Fujisawat O. Quality of life and the treatment of hypertension in the elderly. *Nippon Ronen Iqak-kai Sushi*. 2007; 44(4): 452-455.
  45. Samvat T, Hodjatzadeh A, Naderi AZ. [Guide to diagnosis, evaluation treatment of hypertension for doctors]. Tehran: Seda Publication. 2000; 39- 45. (Persian)
  46. Harirchi A, Mirzaei Kh, Jahromi A. How the quality of life of citizens of the new City College in 2009. *J Soc Res* 2009; 2(4): 89-110.
  47. Charisse JS. Marital relationship status, social support, and psychological well-being among rural, low-income mothers. Retrieved March 5, 2007, from [http://www.Find\\_article.Com](http://www.Find_article.Com).
  48. Rafat F, Sharif F, Ahmadi J, Zeighami B. Investigate the relationship between general health, depression and personality traits of successful students]. *J Med Purification* 2005; 14( 84): 25-31. (Persian)
  49. Parande A, Sirati Nir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected Post traumatic stress disorder with major de

- pression disorder. *Quarter J Fundament Mental Health* 2007; 33 (9): 67-76.
50. Carllus R, Considine G. The quality of work life to Australian Employees. Available from: <http://www.Acirrt.com>. Accessed at: 2001.
51. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol Series A Biol Sci Med Sci* 2001;56:23-35.
52. Rampello A, Franceschini M, Piepoli M, Antenucci R, Lenti G, Olivieri D, et al. Effect of aerobic training on walking capacity and maximal exercise tolerance in patients with multiple sclerosis: A Randomized Crossover Controlled Study. *Phys Ther* 2007; 87(5): 545-55.
53. Atapor M, Asadi M. Effect of exercise on fatigue in patients with multiple sclerosis. *J Nurs* 2010; 4(13): 28-33.
54. Vahdani-Nia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health-related quality of life and elderly population in Iran: A population-based study]. *Payesh* 2005; 4(2): 113-20
55. Sundquist J, Johansson SE. Impaired health status and mental health lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17(2): 81-6.
56. Falahati F, Soroush MR, Haqqani H, Shahriar KH. Mine Explosion impact on quality of life of victims. *Veterans Med J* 2010; 1(4): 1-8.
57. Hadi N, Malekan Makan L. [Evaluation of health state and quality of life in primary school teachers of Shiraz, 2003]. *Med J Hormozgan Univ* 2007; 10 (4):387- 92.(Persian)
58. Jabalameli H, Neshat friend H, Mousavi H. The effectiveness of stress management intervention of cognitive - behavioral and hypertension on quality of life of patients with hypertension. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2010; 15: 88-97. (Persian)