

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و ارتباط آن با متغیرهای فردی - اجتماعی آنان در شهر گناباد سال ۱۳۹۲

رضا نوری^۱، علی دلشاد نوغابی^۲، علی عالمی^{۳*}

۱. گروه پرستاری، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران،
۲. کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری بهداشت جامعه؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، گناباد، ایران
۳. استادیار، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، گناباد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پرفشاری خون یکی از شایع ترین بیماری های مزمن در سراسر دنیا بوده، با سیر مزمن و پیشرونده خود می تواند کیفیت زندگی افراد مبتلا به این بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و ارتباط آن با برخی عوامل دموگرافیک آنان انجام شد.

روش بررسی: یک مطالعه ای مقطعی در سال ۱۳۹۲ که بر روی مبتلایان به پرفشاری خون شهرستان گناباد به حجم ۱۲۰ نفر که به روش تصادفی طبقه ای انتخاب شده بودند، انجام شد. به منظور اندازه گیری و تعیین وضعیت کیفیت زندگی آزمودنی ها، از فرم استاندارد کوتاه شده کیفیت زندگی (SF 36) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: هفتاد و پنج و هشت دهم درصد (۹۱ نفر) از آزمودنی ها زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن و نمره کیفیت زندگی شرکت کنندگان به ترتیب برابر ۵۲/۷ سال (۴/۵) و ۴۲/۹ (۸/۹) بود. هفتاد و سه درصد آزمودنی ها در این مطالعه از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار بودند. بین میانگین نمره کیفیت زندگی آزمودنی ها و سن ($p=0.005$)، جنس ($p=0.038$) تحصیلات ($p=0.045$)، و مقدار فشارخون دیاستولیک ($p=0.005$) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی اکثر افراد مبتلا به فشار خون بالا در این مطالعه نامطلوب بود. با انجام اقدامات پیشگیرانه و تشخیصی به هنگام و کنترل مناسب فشارخون می توان سطح کیفیت زندگی این افراد را بهبود بخشید.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، فشار خون بالا، SF-36.

*نویسنده مسئول: علی عالمی، پست الکترونیک alialami65@hotmail.com

نشانی: خراسان رضوی، گناباد، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت.

تلفن و نمابر: ۰۵۱۵۷۲۲۹۰۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۹/۲۸ بازبینی مقاله: ۱۳۹۶/۱/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۲/۱۸

مقدمه

همچون پرفشاری خون از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۲). تعاریف متعددی برای کیفیت زندگی ارائه شده است. به عنوان مثال، سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات، استاندارد ها و اولویت های مورد نظر او تعریف کرده است (۱۳). کیفیت زندگی دارای ابعاد متفاوتی بوده، با استفاده از ابزارهای متعددی اندازه گیری می شود. یکی از ابزارهای پرکاربرد در این زمینه، فرم استاندارد کوتاه شده کیفیت زندگی (SF 36) است. با استفاده از این پرسشنامه، کیفیت زندگی در ۸ بعد مختلف مورد بررسی قرار می گیرد (۱۴).

اهمیت توجه به موضوع کیفیت زندگی به اندازه ای مهم است که برخی از محققین هدف اولیه از درمان بیماری های مزمن را تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری دانسته اند (۱۵). پژوهش های متعددی نیز نشان داده اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون پایین است (۳، ۱۶-۱۹). همچنین دیگر مطالعات به ارتباط پرفشاری خون با میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی کمتر و بروز نشانه های جسمانی و اختلال خواب بیشتر (۱۹، ۲۰)، همچنین خلق ضعیف تر و رضایت از زندگی کمتر (۲۰) اشاره نموده اند.

علیرغم مطالعات متعدد انجام شده در کشور پیرامون پرفشاری خون، اطلاعات نسبتاً کمی درباره کیفیت زندگی مبتلایان به این بیماری در دسترس می باشد و همچنین مطالعه مشابهی در شهر گناباد انجام نشده است. درحالیکه به نظر می رسد توجه به این موضوع می تواند یکی از نکات مهم در زندگی بیماران و تاکید بر لزوم اقدامات پیشگیرانه در این بیماری باشد. لذا این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون و ارتباط آن با ویژگی های جمعیت شناختی آنان در شهر گناباد سال ۱۳۹۲ انجام شد.

امروزه پرفشاری خون به دلیل شیوع بالا (۱)، میزان بالای مرگ و میر (۲، ۳) و تاثیر منفی که بر کیفیت زندگی بیماران می گذارد، یکی از مهمترین بیماریهای مزمن می باشد (۴، ۵). تخمین زده می شود که نزدیک به ۲۵ درصد بالغین به این بیماری مبتلا هستند (۶). همچنین گزارشها حاکی از آن است که این بیماری مهم ترین مسئله بهداشت عمومی در کشورهای مختلف جهان و سومین علت مرگ انسان ها در سراسر دنیا می باشد (۲) و به دلیل عدم وجود نشانه های آشکار و قابل تشخیص، به قاتل خاموش معروف است (۴). پرفشاری خون مستلزم داشتن فشارخون سیستولی مساوی و بالاتر از ۱۴۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون دیاستولی مساوی و بالاتر از ۹۰ میلیمتر جیوه به صورت پیوسته (معمولاً در طول چندین هفته یا ماه) بوده، یکی از مهمترین عوامل خطر بروز آترواسکلروزیس، نارسایی قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی در بسیاری از کشورها قلمداد می شود (۷). در ایران شیوع فشارخون بالا در بین افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲ درصد گزارش شده که این میزان در مردان ۲۵/۱٪ و در زنان ۲۱/۵٪ می باشد (۴). این بیماری همچنین موجب بروز بیماری های مختلف، ایجاد ناتوانیهای قابل توجه، کاهش بهره وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم شده است (۸، ۹). در واقع، پرفشاری خون می تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا تاثیر نامطلوب داشته باشد (۱۰) و مانند سایر بیماری ها ی مزمن، با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد، به گونه ای که در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب بیماری، ممکن است مبتلایان به عوارض ناخوشایندی گرفتار شوند (۱۱).

کیفیت زندگی یک شاخص اساسی در زندگی انسان محسوب می شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر میگیرد، توجه به آن به ویژه در مبتلایان به بیماریهای مزمنی

روش بررسی

شد که هر روز صبح با یک فشار سنج جیوه ای استاندارد کالیبره می گردید.

روش کار بدین صورت بود که ابتدا آزمودنی ها فرم رضایت نامه آگاهانه را مطالعه و پر می کردند و پس از آن سئوالات مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آنها توسط پرسشگر پرسیده می شد و در پرسشنامه ثبت می گردید. در نهایت پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در اختیار بیماران قرار می گرفت تا آن را پر کنند.

مطالعه حاضر قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد می باشد. قبل از انجام مطالعه هماهنگی های لازم با مسئولین مرکز بهداشت شهرستان به عمل آمد. پژوهشگران قبل از انجام مرحله پرسشگری توضیحات لازم درخصوص طرح مطالعاتی و اهمیت آن را به آزمودنی ها ارایه می دادند و محرمانه بودن اطلاعات نیز به آنها اطلاع داده می شد. محققین پس از کسب فرم رضایتنامه آگاهانه امضا شده آزمودنی ها، فرآیند گردآوری داده ها را اجرا می کردند. همچنین آزمودنی ها حق داشتند در هر مرحله از انجام طرح، نسبت به قطع همکاری اقدام نمایند.

داده های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ شد و با کمک جداول توزیع فراوانی، میانگین (انحراف معیار) و نمودارهای مرتبط توصیف شدند. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج، از آزمونهای آماری تی تست و مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سپس مدل رگرسیون خطی ساده و چندگانه مورد استفاده قرار گرفت. به این ترتیب که ارتباط متغیرهایی که با کیفیت زندگی در رگرسیون خطی ساده مقدار P کمتر از ۰/۲ داشتند، وارد مدل رگرسیون چندگانه شدند. این روش، روشی توصیه شده برای برآزش بهتر مدل چندگانه بوده (۲۲)، در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۳).

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون ساکن در گناباد، یکی از شهرستانهای شرقی کشور و واقع در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. محققین نمونه ای معرف جامعه به حجم ۱۲۰ نفر را که تشخیص بیماری پرفشاری خون آنها تایید شده بود، با استفاده از سیستم ثبت بیماران مبتلا به پرفشاری خون موجود در مرکز بهداشت شهرستان گناباد و به صورت طبقه ای متناسب با حجم از نظر محل سکونت (شهر- روستا) انتخاب کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون، فشار خون کنترل شده و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. داده ها توسط محقق و از طریق پرسشنامه ای دو قسمتی گردآوری شدند. بخش اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها و بخش دوم آن، فرم استاندارد کوتاه شده کیفیت زندگی (SF 36) بود. این پرسشنامه بر عملکرد بهداشت جسمی و روانی در هشت بعد مختلف شامل عملکرد فیزیکی (۱۰ سؤال)، محدودیت در نقش فیزیکی (۴ سؤال)، درد جسمی (۳ سؤال)، سلامت عمومی (۵ سؤال)، محدودیت در نقش عاطفی (۳ سؤال)، انرژی و نشاط (۴ سؤال)، سلامت روان (۵ سؤال) و عملکرد اجتماعی (۲ سؤال) تمرکز دارد. هر کدام از ۸ بعد، امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را داشته، امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر شخص می باشد. این پرسشنامه دارای استاندارد جهانی است و در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط منتظری و همکاران تعیین گردیده است (۱۴). در این مطالعه، همانند مطالعه جبل عاملی و همکاران (۲۱)، نمرات ابعاد کیفیت زندگی بالاتر از ۵۰ نشاندهنده کیفیت زندگی مطلوب و کمتر از ۵۰ نشاندهنده کیفیت زندگی نامطلوب در نظر گرفته شد. همچنین فشار خون بیماران با استفاده از فشار سنج عقربه ای اندازه گیری می

سلامت روان ۴۹/۲۰ (۱۰/۹۰) و کمترین نمره مربوط به بعد سلامت عمومی ۳۹/۴۲ (۱۳/۴۰) بود. همچنین در این مطالعه، ۷۲/۵ درصد از آزمودنی ها کیفیت زندگی نامطلوب داشتند (جدول ۱).

طبق نتایج مطالعه و بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر بین کیفیت زندگی با متغیر های سن، فشار خون دیاستولیک و سنوات تحصیلی ارتباط معنی داری وجود داشت (جدول ۳ و ۲). بر اساس نتایج مدل رگرسیون چندگانه، کیفیت زندگی آزمودنی ها با سن، جنس، سطح تحصیلات و فشارخون دیاستولیک ارتباط آماری معنی داری داشت (جدول ۴).

۲۴). در این مطالعه، سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

یافته‌ها

به منظور انجام تجزیه و تحلیل، داده های مربوط به ۱۲۰ پرسشنامه تکمیل شده مورد استفاده قرار گرفتند. در این مطالعه ۷۵/۸ درصد از بیماران را زنان و ۲۴/۲ درصد را مردان تشکیل می دادند. میانگین (انحراف معیار) سن، وضعیت سواد و طول مدت ابتلا به بیماری آزمودنی ها به ترتیب برابر ۵۲/۶۹ (۴/۴۹)، ۶/۰۹ (۲/۱۸) و ۶/۳۰ (۳/۷۵) سال بود. میانگین (انحراف معیار) نمره کلی کیفیت زندگی شرکت کنندگان در این پژوهش ۴۲/۹۲ (۸/۹۳) بود که بیشترین نمره مربوط به بعد

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی دانشجویان مورد مطالعه

ابعاد کیفیت زندگی		میانگین (انحراف معیار)
ابعاد جسمی	عملکرد فیزیکی	۴۴/۸۳ (۱۲/۷۳)
	محدودیت در نقش فیزیکی	۴۱/۵۶ (۹/۲۲)
	درد جسمی	۴۱/۶۲ (۲۰/۷۹)
	سلامت عمومی	۳۹/۴۲ (۱۳/۴۰)
ابعاد روانی	محدودیت در نقش عاطفی	۴۷/۴۳ (۱۴/۹۲)
	انرژی و نشاط	۴۳/۲۲ (۱۳/۷۶)
	سلامت روان	۴۹/۲۰ (۱۰/۹۰)
	عملکرد اجتماعی	۴۴/۴۷ (۱۰/۲۲)

جدول شماره ۲: ارتباط بین وضعیت کیفیت زندگی و مشخصات جمعیت شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

P-value	وضعیت کیفیت زندگی		نام متغیر
	نامطلوب	مطلوب	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۱۸	۵۳/۱۵ (۴/۱۱)	۵۱/۴۸ (۵/۲۵)	سن
۰/۰۰۶	۵/۶۴ (۱/۵۰)	۷/۲۷ (۳/۰۹)	سنوات تحصیلی (به سال)
۰/۱۰۸	۶/۸۰ (۳/۷۶)	۵/۰۰ (۳/۴۴)	مدت ابتلا به فشار خون بالا (به سال)
۰/۶۲۹	۳/۸۲ (۱/۲۴)	۳/۹۴ (۱/۲۵)	تعداد افراد خانواده
۰/۳۷۰	۱۳/۸۴ (۱.۲۰)	۱۳/۶۲ (۱.۱۵)	فشارخون سیستولیک
۰/۰۰۶	۸/۸۲ (۰/۷۱)	۸/۴۴ (۰/۵۷)	فشارخون دیاستولیک

جدول شماره ۳: ارتباط بین وضعیت کیفیت زندگی و مشخصات جمعیتی شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

P-value	وضعیت کیفیت زندگی		نام متغیر	
	نامطلوب تعداد(درصد)	مطلوب تعداد(درصد)		
۰/۱۴۹	۱۸ (۶۲)	۱۱ (۳۸)	مرد	
	۶۹ (۷۶)	۲۲ (۲۴)	زن	
۰/۳۲۱	۸۲ (۷۱)	۳۳ (۲۹)	متاهل	
	۵ (۱۰۰)	۰ (۰)	بیوه	
۰/۸۸۲	۲۳ (۷۰)	۱۰ (۳۰)	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	
	۵۷ (۷۴)	۲۰ (۲۶)	۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	
	۷ (۷۰)	۳ (۳۰)	بیشتر از یک میلیون تومان	
۰/۱۷۸	۶۵ (۷۶)	۲۱ (۲۴)	خانه دار	
	۱۶ (۷۳)	۶ (۲۷)	آزاد	
	۶ (۵۰)	۶ (۵۰)	بازنشسته	
۰/۲۸۶	۷۷ (۷۱)	۳۲ (۲۹)	دارد	
	۱۰ (۹۱)	۱ (۹)	ندارد	
۰/۰۰۱	۷۵ (۷۲)	۲۹ (۲۸)	بلی	
	۱۲ (۷۵)	۴ (۲۵)	خیر	
۰/۳۱۱	۴۳ (۷۲)	۱۷ (۲۸)	شهر	
	۳۶ (۶۰)	۲۴ (۴۰)	روستا	

جدول شماره ۴: ارتباط متغیرهای جمعیتی شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون براساس رگرسیون خطی

رگرسیون چندگانه				رگرسیون تک متغیره			نام متغیر
مقدار P	بتا استاندارد شده	محدوده اطمینان ۹۵٪	بتا استاندارد نشده	مقدار P	بتا استاندارد شده	بتا استاندارد نشده	
۰/۰۰۵	-۰/۲۵۲	(-۱/۰۷۳) - (-۰/۱۹۱)	-۰/۶۳۲	<۰/۰۰۱	-۰/۳۳۸	-۰/۷۴۷	سن (به سال)
۰/۰۳۸	-۰/۱۸۵	(-۹/۴۵۰) - (-۰/۲۸۱)	-۴/۸۶۶	۰/۱۶۷	-۰/۱۲۷	-۰/۳۳۵	جنس
۰/۰۷۷	-۰/۱۴۲	(-۸/۴۰۲) - ۰/۴۳۲	-۳/۹۸۵	۰/۱۰۰	-۰/۱۵۱	-۴/۲۴۶	وضعیت تاهل
-	-	-	-	۰/۲۶۷	۰/۱۰۲	۰/۹۲۷	تعداد افراد خانواده
۰/۰۴۵	۰/۱۷۰	۰/۰۲۰ - ۱/۷۴۱	۰/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۱/۶۱۲	تحصیلات (به سال)
۰/۴۷۴	۰/۰۵۹	(-۱/۴۱۶) - ۳/۰۲۹	۰/۸۰۶	۰/۱۵۳	۰/۱۳۱	۱/۷۸۵	وجود بیمه درمانی
۰/۰۵۱	-۰/۱۷۸	(-۰/۰۷۰) - ۰/۰۰۲	-۰/۵۳۴	۰/۰۰۱	-۰/۳۰۰	-۰/۹۰۲	طول مدت بیماری
-	-	-	-	۰/۶۰۱	۰/۰۴۸	۱/۵۹۳	مصرف سیگار
۰/۱۵۳	۰/۱۵۷	(-۰/۵۶۴) - ۳/۵۶۵	۱/۵۰۰	۰/۰۳۸	-۰/۱۹۰	-۱/۸۱۰	فشارخون سیستولیک
۰/۰۰۵	-۰/۳۲۵	(-۸/۹۲۸) - (-۱/۶۶۹)	-۵/۲۸۹	<۰/۰۰۱	-۰/۳۵۰	-۵/۷۱۹	فشارخون دیاستولیک

بحث

ها بیشتر می شد، نمره کیفیت زندگی نیز افزایش می یافت. همسو با یافته های مطالعه ما، نتایج چندین پژوهش نیز نشان داد که تحصیلات به عنوان یک نقطه مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم و با کیفیت دارای اهمیت ویژه ای است (۳۰-۲۸).

نتایج مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی دار و معکوسی را بین سن و نمره کیفیت زندگی نشان داد. در واقع هر چه سن آزمودنی ها بالاتر بود، نمره کیفیت زندگی آنان کمتر گزارش شده بود. این نتیجه گیری به دلیل احتمال بیشتر ناتوانی در افراد با سن بالاتر، منطقی نیز به نظر می رسد و با نتایج مطالعات متعددی همخوانی دارد (۳۱، ۳۲). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه جبل عاملی و همکاران (۲۱) همخوانی نداشت که می تواند به دلیل تفاوت در حجم نمونه مطالعه آنها با مطالعه ما باشد.

مطالعه ما نشان داد نمره کیفیت زندگی مردان مبتلا به پرفشاری خون به طور معنی داری بیشتر از زنان مبتلا است که دلیل آن می تواند کار، تحرک و ارتباط بیشتر آقایان با دیگران باشد که بر روی کیفیت زندگی و کنترل فشار خون موثر می باشند. مطالعات متعددی نیز تایید کننده این تفاوت جنسی می باشند (۳۳، ۳۴). همچنین در مطالعه حاضر بین مقدار فشارخون دیاستولیک بیماران و نمره کیفیت زندگی آنان نیز ارتباط آماری معنی دار و معکوسی مشاهده شد. به این معنی که هر چه فشارخون دیاستولیک آزمودنی ها بیشتر باشد، نمره کیفیت زندگی آنان پایین تر بود. Kitler در نتایج تحقیق خود بیان کرد که فشار خون بالا به علت اثر گذاری برجسته های جسمانی فرد مبتلا، عاملی برای کاهش میزان کیفیت زندگی است (۳۵). مطالعات زیادی ارتباط معکوس بین پرفشاری خون و کیفیت زندگی را مورد تاکید قرار داده اند (۲۰-۱۶).

نتایج مطالعه ما ارتباطی بین کیفیت زندگی بیماران و سطح درآمد آنان نشان نداد که با مطالعه جبل عاملی و

این مطالعه با هدف ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون در شهرستان گناباد انجام شد. مطالعه روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمنی همچون پرفشاری خون و ارتباط آن با برخی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران، می تواند موجب ایجاد آگاهی در سیاستگذاران شده، احتمالا منجر به تدوین و اجرای برنامه های مداخله ای مناسب جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران شود.

در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی در بین آزمودنی ها ۴۲/۹ محاسبه شد. نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون از نظر آماری با تحصیلات آنان ارتباط مستقیم و با سن و مقدار فشارخون دیاستولیک آنان ارتباط معکوس و معنی داری داشت، درحالیکه ارتباط آماری معنی داری را بین کیفیت زندگی مبتلایان و وضعیت تاهل، بیمه درمانی، طول مدت بیماری و مقدار فشارخون سیستولیک آنان نشان نداد.

در مطالعه حاضر نمره کیفیت زندگی افراد مبتلا به فشار خون در سطح پایینی قرار داشت که با نتایج سایر پژوهش ها مطابقت دارد (۳، ۲۵، ۲۶). جبل عاملی و همکاران (۲۱) در مطالعه خود نیز میانگین سطح کیفیت زندگی را ۴۳/۷ گزارش کرده بودند که با نتایج مطالعه حاضر قابل مقایسه است. به طور کلی به نظر می رسد کیفیت زندگی بیماران به پرفشاری خون به دلایل متعددی کمتر از افراد سالم است. به طور مثال Mikami و همکاران اشاره نمودند که فشار خون بالا به دلایل مختلفی مانند کاستی های اجتماعی، روحی (افسردگی) و مالی موجب تنزل کیفیت زندگی می شود (۲۷).

در این پژوهش بین سطح تحصیلات و نمره کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. به این معنی که هر چه سواد آزمودنی

مطالعه حاضر دارای نقاط قوت و ضعفی می باشد. استفاده از یافته های نظام مراقبت بیماریهای غیرواگیر شهرستان گناباد و سیستم ثبت بیماران مبتلا به پرفشاری خون می تواند یکی از نقاط قوت این مطالعه باشد. اما این مطالعه مانند هر مطالعه مقطعی دیگری دارای محدودیتهایی است که یکی از مهمترین آنها عدم امکان شناسایی ارتباط علیتی بین متغیرهای مستقل و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون می باشد. به این دلیل انجام مطالعات طولی با حجم نمونه بیشتر توصیه می شود. همچنین چون یکی از معیارهای ورود به مطالعه داشتن سواد بود، امکان اینکه افراد بیمار بی سواد سطح کیفیت زندگی پایین تری داشته باشند وجود دارد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشاندهنده پایین بودن سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود و وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد و مدت ابتلا به فشار خون این بیماران می تواند با کیفیت زندگی بیماران ارتباط داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برپایه بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول تنظیم شده است. از کلیه همکاران مرکز بهداشت شهرستان گناباد که در اجرای این طرح مطالعاتی همکاری داشتند، همچنین از تمامی بیمارانی که در این پژوهش شرکت نمودند سپاسگزاری می نمایم.

همکاران مشابه است (۲۱). همچنین بین وضعیت تاهل بیماران و طول مدت ابتلا به پرفشاری خون و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با مطالعه Carvalho همخوانی نداشت (۳۶). علت این عدم تشابه در نتیجه گیری می تواند به این علت باشد که در مطالعه Carvalho کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با افراد سالم مقایسه شده است. همچنین گروه سنی آزمودنی ها در مطالعه آنها شرکت کننده در مطالعه ما متفاوت بود. طبق نتایج پژوهش ارتباط معنی داری بین محل زندگی بیماران و کیفیت زندگی مشاهده نشد که می تواند به دلیل نزدیکی روستاهای انتخاب شده با شهر باشد.

امروزه دولت ها و سیستم های بهداشتی و درمانی در سراسر جهان به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می کوشند تا با به کارگیری خدمات بهداشتی-درمانی و شیوه های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تأمین کنند و آثار ابتلا به بیماری ها را کاهش دهند (۳۷). نتایج این مطالعه می تواند مورد استفاده سیاستگذاران و مدیران درگیر در امر سلامت جامعه به ویژه بیماران مبتلا به بیماریهای مزمنی همچون پرفشاری خون قرار گیرد. همچنین توجه به موضوع کیفیت زندگی مبتلایان به بیماریهای مزمن و انجام مطالعات وسیع تر نیز پیشنهاد می شود تا با تکیه بر نتایج آنها بتوان برنامه های مداخله ای مناسب و موثر را با هدف ارتقای کیفیت زندگی این بیماران و در نهایت جامعه تنظیم و اجرا نمود.

منابع

1. Rajaei S, Esmaeilzadeh A. The relationship between the consumption of beverages with hypertension and serum uric acid level: A review of epidemiological evidence. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2010; 10(1):13-27. [Article in Persian]
2. WHO. Cause of death. Center for Global. Into Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C. 2006:120-140.
3. Arslantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chinese Medical Journal* 2008; 121(16):1524-1531.
4. 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. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 2(5):27-34. [Article in Persian]
5. Nuns MI. The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Current Hypertension Reports* 2001; 3(6):462-465.
6. Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. Effect of Family-centered Empowerment Model on Quality of Life in Patients with Hypertension. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 25(127): 100-107. [Article in Persian]
7. Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rajaeifard A. To determine the relative factors on Hypertension in Kohrang, Chaharmahal & Bakhtiari province. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008; 4(2):19-25. [Article in Persian]
8. Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A met analysis of clinical trials. *American Journal of Hypertension* 1994; 3(1):286-287.
9. Deyo RA. The quality of life and research and care. *Annals of Internal Medicine* 2005; 7:29-33.
10. Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, Mc Donald RH, Svendsen K, and et al. Relationships of quality of life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157(6):638-648.
11. Roccella E, Kaplan N. Interpretation and evaluation of clinical guidelines. In: Izzo JL Jr, Black HR (editors): *Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure: Basic Science, Population Science, and Clinical Management*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. pp. 126-127.
12. Warren-Findlow J, Prohaska TR. Families, Social support and self care among older African-American women with chronic illness. *American Journal of Health promotion* 2008; 22(5):342-349.
13. Masoudi Alavi N, Ghofrani Pour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei Gh.R. Quality of life in diabetics referred to Iran Diabetes Association (IDA), Tehran, 2003. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2004; 8(2):56-47. [Article in Persian]
14. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005; 14(3):875-882.
15. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatric* 2007; 17(suppl 1):87-94. [Article in Persian]
16. Kusek JW, Lee JY, Smith DE, Milligan S, Faulkner M, Cornell CE, et al. Effect of blood pressure control and antihypertensive drug regimen on quality of life. *Controlled Clinical Trials* 1996; 17(4):S40-S46.

17. Christensen BL, Kockrow EO. Adult health nursing. St. Louis: Mosby; 2003.
18. Riley J, Blue L. Assessing and managing chronic heart failure. *Professional Nurse* 2001; 16(5):1112-1115.
19. Robbins MA, Elias MF, Croog SH, Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56:251-259.
20. Muller A, Montoya P, Schandry R, and Hartl L. Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over 30 days. *Behavior Research and Therapy* 1994; 32:593-603.
21. Jabalameli S, Neshat doost H, Moulavi H. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2010; 15(2):88-97. [Article in Persian]
22. Jewell NP. *Statistics for epidemiology*. California: Chapman and Hall/CRC; 2004.
23. Alami A, Majdzadeh R, Nedjat S, Foroushani AR, Malekafzali H. Neighborhood intimacy as perceived by women living in urban areas and its association with personal and social network characteristics. *International Journal of Preventive Medicine* 2012;3(5):318-25.
24. Alami A, Nedjat S, Majdzadeh R, Foroushani AR, Hoseini SJ, Malekafzali H. Factors influencing women's willingness to volunteer in the healthcare system: evidence from the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2013; 19(4): 348-355.
25. Brito DM, Araújo TL, Galvão MT, Moreira TM, Lopes MV. Quality of life and perception of illness among individuals with high blood pressure. *Cadernos De Saúde Pública Reports in Public Health* 2008; 24(4):933-940.
26. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54(2):172-181.
27. Mikami H. Treatment of hypertension in elderly patients and quality of life. *Japanese Journal of Geriatrics* 1994; 31(12):931-936.
28. Shams Alizadeh N, MohsenpourB, Ghaderi E, Razaee F, Delavari A. Quality of life in 15-64 years old people in Kordestan province, western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010; 12(45):448-456. [Article in Persian]
29. 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):113-120. [Article in Persian]
30. Meek S, Murrell SA. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative effect. *Journal of Aging and Health* 2001; 13(1):92-119.
31. Chappell NL, Cooke HA. Age Related Disabilities-Aging and Quality of Life. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. 2013. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/189/>
32. WHO 2006. Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011.
33. Chappell NL, Dujela C. Caregiving: Predicting at-risk status. *Canadian Journal of Aging* 2008; 27(2):169-179.
34. Wood RH, Gardner RE, Ferachi KA, King C, Ermolao A, Cherry KE, Cress ME, Jazwinski SM. Physical Function and Quality of Life in Older Adults: Sex Differences. *Southern Medical Association Journal* 2005; 98(5):504-512.

35. Kitler ME. Elderly hypertension and quality of life. *European Heart Journal* 1993; 14(1):113-121.
36. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa LL, Jardim PBV. The Influence of Hypertension on Quality of Life. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2013; 100(2):164-174.
37. Efstratopoulos AD, Voyaki SM, Baltas AA, VratsistasFA, Kirlas DE, Kontoyannis JT, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: the Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *American Journal of Hypertension* 2006; 19(1):53-60.

Quality of Life in Hypertensive Patients and Its Relation with Socio-demographic Factors in Gonabad, 2013

Reza Noori¹, Ali Delshad- Noghabi², Ali Alami*³

1. Department of Nursing, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. MSc, Lecturer, Department of Community Health Nursing; Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
3. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad

Abstract

Background and Aim: Hypertension, one of the most common chronic diseases around the world, could affect the quality of life (QOL). This study was designed to assess QOL of hypertensive patients and its association with some socio-demographic variables.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 120 hypertensive patients selected via stratified sampling in Gonabad city, 2013. The data was collected by short form of standardized QOL questionnaire (SF 36) and analyzed using SPSS 18.

Findings: Seventy-five point eight percent (N= 91) of the participants were female. The mean and Standard Deviation of the age and QOL were (52.69; 4.49) and (42.92; 8.93), respectively. Seventy-three percent had inappropriate quality of life. There was significant relationship between QOL and age (P= 0.005), sex (P= 0.038), level of education (P= 0.045), and diastolic blood pressure (p=0.005).

Conclusion: The findings showed that quality of life in majority patients were inappropriate. Timely preventive and diagnostic activities as well as relevant treatment for hypertensive patients can increase their level of QOL.

Keywords: Quality of Life, Hypertension, SF-36

Corresponding Author: Alami A, E- Mail: alialami65@hotmail.com

Received: December 18, 2016; Revised: April 3, 2017; Accepted: 28 April, 2017

How to cite this article: Noori R, Delshad- Noghabi A, Alami A. Quality of Life in hypertensive patients and its association with their socio-demographic factors in Gonabad 2013. Journal of Prevention & Health 2017; 2(4):31-41.