

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریادخت مسرور رودسری^۱، مهسا دبیری گل‌چین^۲، زهره پارسا یکتا^۳، حمید حقانی^۴

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دانش آموخته دکترای پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. دانش آموخته دکترای آمار و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

■ نویسنده مسئول مکاتبات: مهسا دبیری گل‌چین، mahsadabiri10@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: پرفشاری خون مانند سایر بیماری‌های مزمن، با شیوه‌ی زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی بوده و نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به مشخصات واحدهای مورد پژوهش و تمایل آنان به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. محیط پژوهش درمانگاه‌های بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان شهید رجایی بود. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای اصلی با مشخصات دموگرافیک آنالیز واریانس و T-Test انجام شد، متغیرهایی که معنی‌دار شدند وارد مدل رگرسیون گردیدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲۶۴ بیمار مبتلا به پرفشاری خون شرکت کردند. اکثر شرکت‌کنندگان مرد بوده و در گروه سنی ۴۰-۶۰ سال قرار داشتند. میانگین کیفیت زندگی در بیماران پرفشارخون ۵۵/۳۳ (از ۱۰۰ امتیاز) بود. کیفیت زندگی با تحصیلات، شغل، کسب اطلاعات درمورد بیماری و ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن ارتباط معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: در بیماران پرفشارخون کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین می‌باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، پرفشاری خون

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که حدود ۶۰۰ میلیون نفر در دنیا به پرفشاری خون مبتلا هستند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر در نتیجه ابتلا به عوارض آن جان خود را از دست می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۱). این بیماری به تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس (premature death) در سراسر جهان می‌باشد (al. 2006 Rulxing et). همچنین تقریباً

سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که حدود ۶۰۰ میلیون نفر در دنیا به پرفشاری خون مبتلا هستند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر در نتیجه ابتلا به عوارض آن جان خود را از دست می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۱). این بیماری به تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس (premature death) در سراسر جهان می‌باشد (al. 2006 Rulxing et). همچنین تقریباً

به پرستاران کمک می‌کند تا به افرادی که به علت اختلال در تمامیت عملکرد، کیفیت زندگی آنها به طور جدی و برگشت ناپذیری تحت تأثیر قرار گرفته است، رسیدگی لازم را نمایند. بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیراً یکی از مهمترین اهداف درمانی به شمار می‌رود با توجه به رشد روزافزون تعداد بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ایران و جهان و همچنین تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر کیفیت زندگی دارد، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. (جبل عاملی، نشاط دوست، مولوی. ۱۳۸۹). پژوهش‌های متعددی بیانگر این مسئله است که کیفیت زندگی یک مجموعه پیچیده از واکنش‌های فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است که روی زندگی طبیعی تأثیر می‌گذارند (Pais-Ribeiro, 2004). از جانب دیگر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامتی اشاره می‌کند که توسط تجربیات، باورها، انتظارات و درک فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (Cote, Farris, Feeny, 2003). سنجش کیفیت زندگی در ارزیابی روش‌های مختلف درمانی تغییرات درازمدت در افراد و سیستم ارائه خدمات بهداشتی بسیار کمک‌کننده است. به علاوه سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پرستار می‌گردد که همین مسئله باعث افزایش آگاهی بیماران از وضعیت بیماری خود و آگاهی افراد از شرایط سلامتی شان، آشنایی با مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پررنگ کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌شود (King and Hinds 1998). با توجه به پژوهش‌های انجام شده که نشان‌دهنده پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، لزوم انجام پژوهش درباره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران پرفشارخون حس می‌شود. به همین دلیل پژوهشگر در این پژوهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون را مورد بررسی قرار داد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به مشخصات واحدهای مورد پژوهش و تمایل آنان به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۸ سال، تایید تشخیص بیماری توسط پزشک، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، مصرف حداقل یک داروی ضدپرفشاری خون توسط بیمار، نداشتن اختلال درکی حسی یا عقب ماندگی ذهنی، قابلیت تکلم و درک زبان فارسی توسط بیمار و یا همراه وی بود.

۵۰ میلیون آمریکایی به پرفشاری خون مبتلا هستند، یا در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند و انتظار می‌رود که با افزایش سن، تعداد این بیماران روند رو به افزایش داشته باشد (Braunwald et al. 2001). در ارتباط با میزان شیوع پرفشاری خون در ایران مطالعات زیادی انجام شده است که نشان‌دهنده شیوع بالای این بیماری در جامعه می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم در تهران انجام گرفته است شیوع پرفشاری خون در گروه سنی ۶۹-۲۰ سال ۲۲٪ گزارش شده است (قنبریان و همکاران، ۱۳۸۲). پرفشاری خون یک بیماری مزمن است که معمولاً نیاز به درمان در تمام طول زندگی دارد (Nunes, 2001). این بیماری، مانند سایر بیماری‌های مزمن، با شیوه‌ی زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، به عوارض ناخوشایندی منجر می‌شود (ستوده اصل و همکاران، ۱۳۸۹). بسیاری از بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای نشانه‌های واضح بیماری نیستند و مصرف بلند مدت داروهای ضدپرفشاری خون، مانند آنتولول، سیلازاپریل، وراپامیل و پروپرانولول، با وجود این که در کاهش فشارخون این بیماران اثر مثبت دارند، اما قادر نیستند احساس منفی بیمار را نسبت به بیماری خود تغییر دهند و نقش بیمارگونه بیمار را از او باز ستانند (نجمی و همکاران. ۱۳۸۶) چون بیماران مبتلا به پرفشاری خون باید به مدت طولانی دارو مصرف کنند، در دسته بیماران مزمن قرار می‌گیرند و با توجه به اهمیت و اثر گذاری بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی و جنبه‌های مختلف آن (سلامت جسمی و روانی و رفاه اجتماعی)، توجه پرستاران به مفهوم کیفیت زندگی اهمیت خاص می‌یابد (Li, Niu, 2005). پرفشاری خون به دلیل اثرگذاری بر جنبه‌های جسمانی فرد مبتلا، عاملی برای کاهش کیفیت زندگی است و اگر به درستی تحت کنترل قرار گیرد کیفیت زندگی فرد را بهبود خواهد بخشید (آهنگری، کمالی، ارجمند. ۱۳۸۷). نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهند ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت‌های فراوانی در رژیم غذایی مثل محدودیت در مصرف نمک و چربی‌های اشباع شده، تغییر در نحوه انجام کارهای روزانه و فعالیت‌های ورزشی- تفریحی و غیره در این بیماران می‌شود. در کنار این محدودیت‌ها، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به صورت منظم و طولانی، باعث ایجاد فشار روانی بر بیمار می‌شود که این مسأله می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارد (Amar et al. 2003). اورم (۲۰۰۱) نیز بیان می‌کند که سنجش کیفیت زندگی

فردی و اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. فرم اطلاعات فردی و اجتماعی شامل متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، تعداد افراد خانواده که با هم زندگی می‌کنند، نوع بیمه، مدت زمانی که از تشخیص بیماری می‌گذرد، وجود فرد دیگر مبتلا به پرفشاری خون در خانواده و نسبت وی با بیمار، داشتن اطلاعات قبلی در مورد افزایش فشارخون و رژیم دارویی و منبع کسب این اطلاعات، زمان شروع، نام و تعداد دفعات مصرف و هزینه تهیه داروها، داشتن رژیم غذایی، وجود مشکل در تهیه و دسترسی داروها، بود.

SF-36 questionnaire: مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده شدند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی بود. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه بوده که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار داد. برای محاسبه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در هریک از ابعاد از برنامه Excel استفاده شد که در هر بعد امتیاز از صفر تا ۱۰۰ محاسبه گردید. امتیاز پایین‌تر به معنی کیفیت زندگی پایین‌تر بود و هرچه امتیاز به ۱۰۰ نزدیکتر بوده به معنی کیفیت زندگی بالاتر بود. روایی و پایایی نسخه فارسی آن نیز توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۷۴ مورد محاسبه قرار گرفته بود که ضریب آن نیز ۰/۷۷-۰/۹ بدست آمده بود.

نتایج

در این مطالعه، ۲۶۴ بیمار مبتلا به پرفشاری خون شرکت کردند. اکثر شرکت‌کنندگان (۵۱٪) مرد بوده و میانگین سن شرکت‌کنندگان ۵۴/۶۴ و انحراف معیار آن ۱۱/۴۳ بود. ۸۶/۶٪ بیماران تحت پوشش بیمه قرار داشتند. مدت ابتلا به بیماری در ۴۰/۵٪ افراد ۵-۱ سال بود. محاسبه نمرات کیفیت زندگی (جدول شماره ۱) نشان داد میانگین امتیاز کیفیت زندگی در ابعاد ۸ گانه و به طور کلی حدود ۵۰ می‌باشد که نیمی از نمره کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده و نمره مطلوبی نیست. میانگین کل کیفیت زندگی در بیماران پرفشارخون ۵۵/۳۳ بود. هر چه امتیاز کیفیت زندگی به ۱۰۰ نزدیکتر باشد به معنی کیفیت زندگی بالاتر در فرد می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی بیماران پرفشارخون پایین است. محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی کمترین میانگین نمره (۴۴/۲۵)، و عملکرد اجتماعی بیشترین میانگین نمره (۶۳/۶۰) را در بین ابعاد کیفیت زندگی به خود اختصاص داده اند. کیفیت

محیط پژوهش، درمانگاه‌های بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل بیمارستان شهید رجایی، امام خمینی(ره)، و حضرت رسول اکرم (ص) بود که به دلیل سهولت دسترسی به نمونه‌ها این محیط‌ها انتخاب گردید. برای تعیین حجم نمونه لازم از رابطه زیر در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪، پس از مقدار گذاری در فرمول ذیل، حجم نمونه لازم ۲۶۴ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} - Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

$$d = \frac{1}{2} L_n \frac{1+R}{1-R}$$

پس از اخذ نامه کمیته اخلاق و معرفی نامه‌های لازم از دانشکده پرستاری و مامایی تهران، پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه کرده و از مسئولین آنها معرفی نامه‌ای جهت مراجعه به درمانگاه دریافت کرد و به این ترتیب پژوهشگر شخصا برای جمع‌آوری داده‌ها در شیفت صبح تمامی روزهای هفته (به جز روزهای تعطیل) در درمانگاه‌های قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران حضور یافت و پس از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط و معرفی خود، توضیح هدف پژوهش برای واحدهای مورد نظر و کسب موافقت کتبی آن‌ها برای شرکت در مطالعه، و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داد تا آن را تکمیل نمایند.

پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها به منظور پاسخگویی یکسان و یکنواخت به سوالات احتمالی نمونه‌ها در کنار آنها حضور داشته و در صورتیکه نمونه‌ها قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند پژوهشگر سوالات را برای آنها قرائت کرده و نظرات آنها را دقیقاً در پرسشنامه منعکس نمود. به طور متوسط ۲۰-۱۵ دقیقه زمان جهت پاسخگویی به سوالات مورد نیاز بود.

نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به تعداد مورد نظر ادامه یافت که حدود چهار ماه به طول انجامید. در پایان از مسئولین محیط‌های پژوهشی و نمونه‌های پژوهش قدردانی به عمل آمده و به آنها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه بوده و در صورت تمایل به آنها اعلام خواهد شد.

جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای اصلی با مشخصات دموگرافیک و ویژگی‌های مرتبط با مصرف دارو آنالیز واریانس و T-Test انجام شد، متغیرهایی که معنی‌دار شدند وارد مدل رگرسیون خطی گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات

در بین مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی بیشترین ارتباط مستقیم را با افراد بازنشسته و بیشترین ارتباط معکوس را با ابتلا به بیماری مزمن دیگر داشت. در افرادی که به بیماری مزمن دیگری غیر پرفشاری خون مبتلا هستند کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پایین تر است. افراد بازنشسته کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایر افراد داشتند.

در بین ویژگی های مرتبط با مصرف دارو، کیفیت زندگی بیشترین ارتباط مستقیم را با گروه داروی مصرفی دیلتیازم داشت. کسانی که از داروی دیلتیازم استفاده می کردند کیفیت زندگی بالاتری از کسانی داشتند که از سایر داروها استفاده می کردند.

بحث و بررسی یافته ها

در این پژوهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پرفشارخون پایین است. در مقابل در پژوهش Gusmao, Mion, Pierin در سال ۲۰۰۹ مشاهده شد که نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بالا بود که نشان می داد درمان ضدپرفشاری خون اثرات جانبی کمی بر کیفیت زندگی بیماران داشته و یا اصلا نداشته است. که طبق نظر پژوهشگران آن مطالعه احتمالا به دلیل عوارض جانبی

زندگی از میان مشخصات دموگرافیک با سطح تحصیلات ($001/0pvalue=$)، شغل ($001/0pvalue=$)، کسب اطلاعات در مورد بیماری ($002/0pvalue=$) و ابتلا به بیماری مزمن دیگر ($001/0pvalue=$) ارتباط معنی دار داشت. کیفیت زندگی از میان ویژگی های مرتبط با مصرف دارو با گروه داروی مصرفی دیلتیازم ($001/0pvalue=$) ارتباط معنی دار داشت.

جدول ۱- تعیین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در ابعاد ۸ گانه آن و به طور کلی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۱

کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	۵۳/۱۳	۲۲/۵۵
عملکرد جسمانی	۵۸/۷۸	۲۹/۳۲
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۴۴/۲۵	۴۰/۰۷
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۵۹/۵۱	۴۵/۸۰
درد بدنی	۵۸/۵۸	۲۸/۷۷
عملکرد اجتماعی	۶۳/۶۰	۲۷/۳۱
خستگی یا نشاط	۴۹/۵۴	۲۰/۳۱
سلامت روانی	۵۹/۳۷	۲۰/۲۰
کل	۵۵/۳۳	۲۲/۳۵

جدول ۲- ارتباط کیفیت زندگی با مشخصه های دموگرافیک

کیفیت زندگی مشخصات دموگرافیک	ضریب ثابت	ضریب مدل	خطای معیار	ضریب استاندارد شده مدل	Pvalue	df	t
تحصیلات راهنمایی	۵۳/۲۵	۱۴/۵۳	۳/۴۵	۰/۲۴	۰/۰۰۱	۴	۴/۲۱
شغل بازنشسته		۱۴/۴۸	۲/۹۵	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۴	۴/۹۰
کسب اطلاعات		۷/۷۸	۲/۵۰	۰/۱۷	۰/۰۰۲	۴	۳/۱۱
ابتلا به بیماری مزمن دیگر		-۱۲/۴۱	۲/۵۲	-۰/۲۷	۰/۰۰۱	۴	-۴/۹۱

جدول ۳- ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی های مرتبط با مصرف دارو

کیفیت زندگی ویژگی های مرتبط با مصرف دارو	ضریب ثابت	ضریب مدل	خطای معیار	ضریب استاندارد شده مدل	Pvalue	df	t
گروه داروی مصرفی دیلتیازم	۵۳/۴۳	۲۰/۷۷	۴/۶۲	۰/۲۶۹	۰/۰۰۱	۱	۴/۴۹

اندک داروهای مدرن ضدپرفشاری خون می‌باشد.

یک مطالعه توسط Burstrom, Johannesson, Diderichsen در سال ۲۰۰۱ نشان داد که پرفشاری خون در میان تمام بیماری‌ها کمترین اثر را بر کیفیت زندگی دارد. و Mena-Martin و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند که در بیماران مبتلا به پرفشاری خون کیفیت زندگی تنها زمانی کاهش پیدا می‌کند که بیماران از بیماری خود آگاه شوند، آنان نتیجه گرفتند که پرفشاری خون به تنهایی عامل تغییر در کیفیت زندگی نیست بلکه برچسب خوردن به عنوان «بیمار» مسئول آن است.

نتایج مطالعه فدایی اقدام و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه در بعد کلی، جسمی و روانی پایین بود که این کاهش در بعد جسمی بیشتر نمایان بوده و پایین ترین نمره زیرمقیاس آن مربوط به ایفای نقش جسمانی و عملکرد جسمانی و بالاترین نمره مربوط به سلامت روانی و سلامت عمومی بود. در مطالعه خیرآبادی و دیگران (۱۳۸۷) نیز کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه به طور معناداری پایین‌تر از گروه شاهد بود. چهره گشا و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود گزارش کردند کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به صرع وضعیت چندان مطلوبی ندارد.

کیفیت زندگی از میان مشخصات دموگرافیک با سطح تحصیلات ($pvalue=0/001$)، شغل ($pvalue=0/001$)، کسب اطلاعات در مورد بیماری ($pvalue=0/002$) و ابتلا به بیماری مزمن دیگر ($pvalue=0/001$) ارتباط معنی‌دار داشت (جدول شماره ۳۹) افرادی که تحصیلات راهنمایی داشتند، درمورد بیماری خود اطلاع کسب کرده و یا بازنشسته بودند نسبت به سایرین کیفیت زندگی بالاتری داشتند. در افرادی که به بیماری مزمن دیگری علاوه بر پرفشاری خون مبتلا بودند کیفیت زندگی پایین‌تر بود. کیفیت زندگی بیشترین ارتباط مستقیم را با شغل بازنشسته و بیشترین ارتباط معکوس را با ابتلا به بیماری مزمن دیگر داشت به این معنی که افراد بازنشسته نسبت به سایرین بالاترین کیفیت زندگی و افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن پایین ترین کیفیت زندگی را داشتند.

از جهت ارتباط کیفیت زندگی با تحصیلات و ابتلا به بیماری‌های مزمن نتایج با پژوهش وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) متفاوت بود. در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات راهنمایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط وجود داشت بدین معنی که افرادی که تحصیلات راهنمایی داشتند

نسبت به سایرین کیفیت زندگی بالاتری داشتند، به طوریکه در مطالعه وحدانی نیا و همکاران افراد در سطح تحصیلی دیپلم و بالاتر نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بودند. پژوهش شعبانی و همکاران (۱۳۸۸) از این جهت با یافته‌های حاضر ناهمگون بود بطوریکه بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که این عدم ارتباط به دلیل کم سوادی، فرهنگها و قومیت‌های مختلف اکثر واحدهای پژوهش وی بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط معکوس وجود داشت. یافته‌ها نشان داد در افرادی که به بیماری مزمن دیگری علاوه بر پرفشاری خون مبتلا هستند کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پایین‌تر است. در بررسی وضعیت سلامت در پژوهش وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) نیز سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن در مقایسه با گروه سالم میانگین امتیاز کیفیت زندگی پایین تری در تمامی ابعاد را داشتند.

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین افراد بازنشسته و کیفیت زندگی وجود داشت بدین صورت که افراد بازنشسته کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایر افراد داشتند. که با مطالعه وحدانی نیا و همکاران متفاوت بود بدین شکل که در بررسی اثر متغیر شغل، گروه شاغلین از میانگین امتیاز بالاتری در تمامی سنجش‌ها برخوردار بودند. در مطالعه وحدانی نیا جامعه پژوهش سالمندان شهر تهران بوده‌اند، کار کردن در سالمندان به سبب ایجاد احساس مفید بودن و افزایش توانایی اقتصادی و روابط اجتماعی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی آنها شود در حالی که بیماران مبتلا به پرفشاری خون از میان تمام سنین بوده و مشکلات ناشی از بیماری و عوارض دارویی شرایط کار کردن را برای افراد دشوار می‌نماید و فرد می‌تواند در زمان بازنشستگی هم از مزایای اقتصادی بهره مند شود و هم از مشکلات کار کردن رهایی یابد شاید بتوان گفت این مسئله می‌تواند علت این تفاوت در نتایج باشد. اما در پژوهش شعبانی و همکاران (۱۳۸۸) ارتباطی بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی وجود نداشت که علت آن ممکن است بیکار بودن و از کار افتادگی و میانسال بودن اکثریت واحدهای مورد پژوهش در مطالعه وی باشد.

بین کیفیت زندگی با جنس ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که از این جهت با مطالعه Carrasco-Garrido et al (۲۰۰۶) غیر همسو بود. بطوریکه در پژوهش آنها در بررسی تاثیر متغیر جنس، میانگین نمره امتیازهای زنان در تمامی سنجش‌ها نسبت

جهت میانگین امتیازهای سنجش کیفیت زندگی در متاهلین بیشتر از افراد مجرد و مطلقه یا بیوه بوده است.

کسانی که از داروی دیلتیازم استفاده می‌کردند کیفیت زندگی بالاتری از کسانی داشتند که از سایر داروها استفاده می‌کردند. نتایج مطالعه محمد پور و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد ارتباطی بین نوع داروی مصرفی و کیفیت زندگی فرد وجود ندارد که از این نظر با پژوهش حاضر ناهمسو بود.

بین کیفیت زندگی و تعداد دفعات مصرف دارو ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. نتایج این بررسی با مطالعه Ritcher و همکاران (۲۰۰۳) غیرهمسو بود. آنان یافتند که با کم شدن تعداد دفعات مصرف دارو در طول روز، کیفیت زندگی بیماران در سطح بالاتری قرار می‌گرفت. Steven and Gould (۱۹۹۷) با بررسی بیش از ۴۰ مقاله نتایج افزایش تعداد دفعات مصرف دارو را روی نتایج سلامتی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که افزایش تعداد دفعات مصرف دارو در طول روز، به دنبال کاهش اعتماد به نفس و عدم تبعیت بیمار، سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از سرکارخانم دکتر خاچیان که در امر ویرایش این مقاله همکاری داشتند و با تشکر از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش مرا یاری نمودند.

به مردان پایین‌تر بوده و تفاوت‌های معناداری را از نظر آماری نشان داد. Carrasco-Garrido et al دریافتند یکی از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جنس می‌باشد و زنان نسبت به مردان در سطوح پایین تری از کیفیت زندگی در هردو بعد جسمی و روانی قرار دارند.

بین کیفیت زندگی با متغیر سن نیز ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. این یافته با مطالعه Fredericks et al (۲۰۰۸) همسو بوده و با مطالعه وحدانی نیا و همکاران و Martin et al (۲۰۰۸) غیر همسو بوده بطوریکه در پژوهش وحدانی نیا و همکاران بیشترین تفاوت در میانگین امتیازهای کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی و نشاط مشاهده شد و سالمندان سنین بیش از ۷۵ سال از امتیاز پایین تری برخوردار بودند. در پژوهش حاضر تعداد افراد بالای ۷۵ سال کم بوده لذا می‌توان این تفاوت را توجیه نمود. Martin et al گزارش کردند که بیماران بالای ۶۰ سال نسبت به گروه سنی ۴۰-۵۹ سال کیفیت زندگی پایین تری دارند.

بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با وضعیت تاهل ارتباط معنی‌دار یافت نشد. این یافته با پژوهش Collins و همکاران (۲۰۰۴) همسو و با پژوهش وحدانی نیا و همکاران و اسماعیلی و همکاران (۲۰۰۷) و Simpson and pilot (۲۰۰۵) ناهمسو بود. یافته‌های پژوهش وحدانی نیا نشان داد یکی از خطرات بالقوه تهدیدکننده سلامتی در سالمندان، تنهایی و انزواست به همین

REFERENCES

- Ahangari M., Kamali M., Arjomand Hesabi M. (2008) [A study of quality of life among older people with hypertension. *Journal of Salmand*]. 3(7)26-32.(Persian).
- Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M. and Cambou JP. (2003) Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *Journal of Hypertension*. 21(6) 1199-1205.
- Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D & Jamason, J.L. (2001). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. NewYork: McGraw-Hill Professional Publishing; 15th edition.
- Burkhardt M., Nathalien A.(1998) *Ethics and Issues in Contemporary Nursing*.Albani Bonn.
- Burstrom K, Johannesson M, Diderichsen F.(2001) Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*.55(1)51- 69.
- Carrasco-Garrido , P., Diez, J.d M., Gutierrez, J. R et al.(2006) Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health related quality of life of patients. Results of the EPIDEDOC study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 4(31) 1-9.
- Collins E, Langbein WE, Dilan-Koetje J, et al.(2004) Effects of exercise training on aerobic capacity and quality of life in individuals with heart failure. *Heart and Lung*. 33(3) 154-61.
- Cote I.,Farris K.,Feeny D. 2003. Is adherence to treatment correlated with health related quality of life? *Quality*

of life research 12.pp. 621-633.

- Esmaili Z., Ziabakhsh Tabari SH., Vaezzadeh N., Mohammadpour Tahamtan R.A (2007)[Quality of life after coronary artery bypass grafting in Sari city, 2005-2006]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 17(61)170-174.(Persian).
- Fadaee Aghdam N., Masror Rodsari D., Rafii F., Hoseini A.F.(2012)[Relationship between health related quality of life and respiratory symptoms in patients with COPD]. Thesis for Master degree of nursing. Iran University of Medical Sciences.(Persian).
- Ferrans C. E., Powers M. J.(1985) Quality of life index : Development and psychometric properties. *ANS Advances in Nursing Science*. 8(1)15-24.
- Fredericks E. M., Magee J. C., Opipari-Arrigan L., et al (2008) Adherence and health related quality of life in adolescent liver transplant recipients. *Pediatric Transplantation*. 12(3)289-99.
- Ghanbarian A Rahmani M Sarafzadeh A Azizi F(2003) Hypertension distribution in Tehranian adult population Tehran lipid and glucose study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 5(Sup 4) 425-435.(Persian).
- Gusmão JL, Mion Jr. D, Pierin AMG. (2009) Health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients with and without complications. *Clinics (Sao Paulo)*. 64(7) 619-28. doi: 10.1590/S1807-59322009000700003
- Jabal Ameli, Sh. Neshat Doost, H. Moulavi, H.(2010)[Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy intervention on quality of life and and blood pressure in female patients with hypertension]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences (SJKU)*. 15 (2) 88-97(Persian)URL http://sjku.hbi.ir/browse.php?a_code=A-10-1-247&slc_lang=en&sid=1
- King C.R., Hinds P.S. (1998) *Quality of life: From Nursing and Patients Perspectives: Theory Research Practice*. Jones and Bartlett publishers.
- Li C, Niu S.(2005) Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Journal of Advanced Nursing*. 51 (1)15-21.
- Martin, A., Moro, J.M.R.-G., Jose L. et al (2008) Health related quality of life in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease in daily practice: the VICE Spanish study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* , 3(4)683-692.
- Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F et al .(2003) Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *Journal of Hypertension* . 21(7)1283–1289.
- Mohammad pour Y, Haririan H, Moghaddasian S, Ebrahimi H.(2008) Surveying the quality of life and its dimensions among the type 2 diabetes patients referred to the Diabetes center of Tabriz university of medical sciences. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 6(1) 26-37. (Persian). URL http://unmf.umsu.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-2-71&slc_lang=fa&sid=1
- Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdani M, Ganalek B.(2005) The short form health survey study of the Iranian version. *Quality of Life Researches*. 14(3) 875-82.
- Najmi B, Ahadi H, Delavar A, Hashemipoor M(2007)[The effectiveness of multidimensional psychological treatment in enhancing the adherence to medical treatment in adolescents with type 1 diabetes]. *Journal of Research in Behavioural Sciences* . 5(2) 127-136(Persian).
- Nunes M L.(2001)The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Current Hypertension Reports*. 3(6)462-465.
- Orem D.E.(2001) *Nursing Concepts of Practice*, 6th ed, USA: mosby Inc.
- Pais-Ribeiro JL.(2004) Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*. 23(1) 121-30.
- Ritcher A., Anton S.E., Koch P. 2003. The impact of reducing does frequency on health outcomes. *Clin*

Ther.25.p.2307.

- Rulxing ,Y. ,Limei,Y. ,Yuming,C. ,Dezha, Y.2006.prevalence, awareness,treatment, control and risk factor of hypertension in theGuangxi Hei Yi Zhuang and Han populations. *Hypertensions* 29(6) 423-432.
- Shabany-Hamedan M., Mohmmad-Aliha J., Shekarabi R., Hosseini AF.(2010) [The relationship between medication adherence and quality of life in Renal Transplant Patients]. *Iran Journal of Nursing*. 23 (67) 29-34.(Persian).
- Simpson E, Pilote L. 2005.Quality of life after acute myocardial infarction: a comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005, 3:80 doi:10.1186/1477-7525-3-80 .available from: <http://www.hqlo.com/content/3/1/80>; open access
- Smeltzer,Suzanne,.Bare, G.,Brenda, Hinkle,.L, Janice,. Cheever,H., Kerry. (2010).*Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 12th edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sotoude Asl, N., Neshatdoost, H.T., Kalantari, M., Talebi, H., Khosravi, A.R.(2010) [Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension] . *Koomesh Scientific journal of Semnan University of Medical Sciences*.11(4 [serial36]) 294-301. Persian
- Steven P., Gould D. (1997) Non-adherence with medications in organ transplant patients: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*.26(5)968-977. URL http://jmums.mazums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-279&slc_lang=fa&sid=1
- Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F (2005)[Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study.*Payesh Journal*.4(2)113-120(Persian).
- World Health Organization.2001.*High light on health in Switzerland*.

Health related quality of life among patients with hypertension in teaching hospitals of Tehran university of medical sciences

MasrorRoudsari DD¹., DabiriGolchin M²., Parsayekta Z³., Haghani H⁴.

-
1. Faculty member, Medical-surgical Dept., School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 2. Master Degree in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 3. Associate professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 4. Faculty member, Statistics Dept., School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

■ Corresponding author: DabiriGolchin M.; Tel: 09124863279 Email: mahsadabiri10@yahoo.com [u1]

Abstract

Backgroun an aim: Like other chronic diseases, hypertension is closely related with lifestyle, mental health and quality of life. The goal of this study was Determination of health related quality of life in hypertensive patients.

Materials and Methods: The study was Descriptive, samples were chosen by using convenience sampling and according to characteristics of samples and Their willingness to participate in the study. The data gathering tools in this study were Social and personal information (demographic) forms, and health-related quality of life questionnaire. (SF-36). Clinical research environment at selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences consist of Hazrat Rasoul Akram Hospital, Imam Khomeini Hospital, and Shahid Rajai. To determine the relationship between The main variable and demographic variables and use ANOVA and T-Test, we entered variables that were significant in our regression model.

Findings: 264 patients with hypertension take part in this study. Most of Participants were male and their age was in range of 40-60 years old. Mean of quality of life among hypertensive patients was 55. 33. There was a statistically significant relationship between quality of life and job, information about the disease, other chronic diseases and medication groups.

Conclusion: The study shows that there health related quality of life is low in hypertensive patients.

Key words: health related quality of life, hypertension