

مقایسه کیفیت زندگی مردان نظامی و غیرنظامی مبتلا به فشار خون

عباس عبادی^۱ PhD، رمضان بخشیان کلاریجانی^۲ MD، مهدی مالمیر^۳ BSc، افضل شمس^{*} MSc، رحمتا... قنبری^۴ PhD

*مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

^۱دانشکده پرستاری و "مرکز تحقیقات علوم رفتاری"، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

^۲گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

^۳بخش داخلی قلب، بیمارستان بعثت، تهران، ایران

^۴دفتر مدیریت ارزشیابی، بیمارستان شهید چمران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: پرفشاری خون، یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی مزمن در دنیا است که با سیر مزمن و پیش‌رونده خود می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد مختلف خود تحت تاثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه مقایسه کیفیت زندگی مردان نظامی و غیرنظامی مبتلا به فشار خون بود.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۸۹ روی ۲۰۰ نفر مرد مبتلا به فشار خون (شامل ۱۰۰ نفر نظامی و ۱۰۰ نفر غیرنظامی) که به روش نمونه‌گیری آسان در شهر تهران انتخاب شدند، انجام شد. کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه با استفاده از فرم استاندارد کوتاه‌شده (SF-36) اندازه‌گیری شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 15 به کمک آزمون‌های T مستقل و مجذور کای تحلیل و مقایسه شد.

یافته‌ها: میانگین سنی در گروه نظامی و غیرنظامی به ترتیب $43/31 \pm 7/35$ و $46/34 \pm 9/26$ سال بود. فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه نظامی به ترتیب $142/33/90/06$ و $148/84/95/98$ میلی‌مترجیوه و در گروه غیرنظامی $148/84/95/98$ و $95/98$ میلی‌مترجیوه بود. نمره کلی کیفیت زندگی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی به‌طور معنی‌داری بالاتر بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی در افراد نظامی نسبت به افراد غیرنظامی مبتلا به پرفشاری خون، در سطح بالاتری قرار دارد. بنابراین توجه بیشتر در شناسایی زودهنگام و درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد غیرنظامی مبتلا به پرفشاری خون لازم است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، عوامل خطرزا، پرفشاری خون، نظامی، غیرنظامی

Comparison of quality of life in military and non-military men with hypertension

Ebadi A.¹ PhD, Bakhshian Kelarijani R.² MD, Malmir M.³ BSc, Shamsi A.* MSc, Ghanbari R.⁴ PhD

*Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹"Faculty of Nursing" & "Behavioral Sciences Research Center", Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Department of Internal Cardiology, Be'sat Hospital, Tehran, Iran

⁴Evaluation Management Office, Shahid Chamran Hospital, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Hypertension is one of the most important causes of chronic disability in the world and can affect patients' quality of life in different aspects considering its chronic and progressive nature. The aim of this study was to compare the quality of life in hypertensive military and non-military men.

Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 200 hypertensive men (100 military and 100 non-military individuals) who were selected by convenience sampling method in 2010 in Tehran. The quality of life was measured using the standard short form (SF-36). Data was analyzed by SPSS 15 software using independent T-test and Chi-square test.

Results: Mean age was 43.31 ± 7.35 in the military group and 46.34 ± 9.26 in the non-military group. Mean systolic and diastolic blood pressure was $142.33/90.06$ in the military group and $148.84/95.98$ in the non-military group. The general score of life quality was significantly higher in the military group compared to the non-military group ($p < 0.001$).

Conclusion: Quality of life in at a higher level in military hypertensive patients compared to non-military hypertensive individuals. Therefore, more attention should be paid to the early detection and treatment based on the quality of life in non-military hypertensive individuals.

Keywords: Quality of Life, Risk Factors, Hypertension, Military, Non-Military

مقدمه

پرفشاری خون به‌عنوان یکی از مشکلات عمده بهداشتی-درمانی در جهان مطرح است [۱]. نتایج تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که شیوع فشار خون در کلیه کشورها به‌ویژه کشور ایران رو به افزایش است [۲، ۳، ۴]، به‌طوری که شیوع این بیماری در ایران ۲۰٪ برآورد شده است [۵، ۶]. نتایج مطالعات انجام‌شده بیانگر آن است که ۲۰٪ جمعیت بالغ کره جنوبی، حدود ۱۶٪ جمعیت بالای ۳۵ سال ایتالیا، ۱۱/۱٪ ساکنان جنوب غربی عربستان سعودی [۷]، ۳۳٪ افراد در انگلستان، سوئد و ایتالیا و ۵۵٪ افراد در آلمان مشکل فشار خون بالا دارند [۸].

فشار خون بالا با سیر مزمن و پیش‌رونده خود و کاستی‌هایی که در توانایی‌های فرد ایجاد می‌کند، کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۴، ۹]. در طول ۲۰ سال اخیر، توجه به کیفیت زندگی بیماران فشارخونی به‌صورت یک نگرش کلی و یک هدف در نظام بهداشتی-درمانی کشورها درآمده است [۱۰، ۱۱]. مطالعات متعدد نشان داده است که فشار خون می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا شود [۱۲، ۱۳، ۱۴]. هنگری و همکاران در پژوهشی نشان دادند کیفیت زندگی در بیماران فشارخونی نسبت به افراد سالم به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است [۱۵]. در واقع کیفیت زندگی، درک فردی منحصر به فرد است و راهی است برای بیان احساس فرد در مورد وضعیت سلامت یا جنبه دیگر زندگی فردی که فقط از طریق عقاید بیمار با استفاده از ابزارهای استاندارد تعیین می‌شود [۱۶].

یکی از عوامل مهم و موثر در کیفیت زندگی افراد، شغل و محیط کاری آنان است [۱۷]. شرایط حاکم بر محیط کار به‌گونه‌ای است که می‌تواند بر کیفیت و کمیت حرفه‌ای و زندگی افراد تاثیر بگذارد [۱۸، ۱۹]. به‌عقیده تعدادی از صاحب‌نظران، بخشی از رکود بهروری و کاهش کیفیت محصول در برخی از کشورها، ناشی از کاستی‌های کیفیت زندگی کاری و تغییراتی است که در علایق و اولویت‌های کارکنان پدید می‌آید [۲۰]. کیفیت زندگی کاری برای هر نوع سازمانی به‌منظور جذب و نگهداری کارکنان ضروری است [۲۱].

جو روانی کار از مولفه‌های مهم رضایت‌مندی از زندگی کاری و کیفیت زندگی است [۱۹]. در محیط‌های نظامی به‌دلیل حساسیت ویژه و مخاطراتی که در این گونه مراکز وجود دارد، زمینه ایجاد استرس و فشار روانی افزایش می‌یابد [۲۲] که این استرس‌ها به‌صورت مستقیم بر کارکرد قلب تاثیر می‌گذارد و باعث افزایش عوامل خطر بیماری‌های قلبی (مانند فشار خون) و در نتیجه، کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود [۲۳]. در این رابطه، یمنی و کرم‌پوریان در مطالعه خود نشان دادند هر قدر استرس کاری کمتر باشد، فرد کیفیت زندگی کاری بالاتری دارد و در نتیجه، از بهداشت روانی بهتری در برخورد با ارباب‌رجوع برخوردار است [۲۴]. همچنین نتایج پژوهش انجام‌شده در کشور استرالیا نشان می‌دهد که با بالارفتن میزان حقوق و دستمزد، سطح کیفیت زندگی کاری کارکنان ارتقا می‌یابد [۲۵]. منتظری و

همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که کیفیت زندگی افراد با افزایش میزان تحصیلات، درآمد خانوار، مالکیت مسکن و شاغل بودن افزایش می‌یابد [۲۶].

با توجه به مطالب فوق و از آن‌جا که مشاغل نظامی درخصوص محیط فیزیکی، بار کاری و مسئولیت با برخی از مشاغل غیرنظامی تفاوت دارد و این عوامل می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد تاثیر بگذارد، لذا این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به فشار خون در گروه نظامی و غیرنظامی انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی، مقطعی و مقایسه‌ای است که در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۰۰ مرد مبتلا به فشار خون در شهر تهران بود که ۱۰۰ نفر از آنها نظامی و ۱۰۰ نفر غیرنظامی بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین شد و افراد مورد مطالعه با نمونه‌گیری به‌روش احتمالی و در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل جنس مذکر، سن بالای ۳۵ سال، وجود تشخیص قطعی پرفشاری خون توسط پزشک در گروه فشارخونی یا فشار خون بیشتر از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌مترجیوه، نداشتن سابقه مشاغل نظامی برای گروه غیرنظامی، شاغل در محیط‌های نظامی برای گروه نظامی، نداشتن بیماری‌های ذهنی و داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش بود.

نمونه‌گیری در گروه نظامی پس از کسب موافقت از مسئولان مربوطه و از بین افراد نظامی فشارخونی شاغل در محیط‌های نظامی و همچنین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی نظامی انجام شد و در گروه غیرنظامی نیز افراد از بین بیماران فشارخونی شاغل در آموزش و پرورش و همچنین مراکز درمانی، پارک‌ها و درب منازل انتخاب شدند. پس از توضیح در مورد مراحل تحقیق و 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 گمنام‌بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم شخصی به واحدهای مورد پژوهش اطمینان کافی داده شد. انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مربوطه مورد تایید قرار گرفت.

فشار خون افراد، دوبار در وضعیت نشسته از دست راست و پس از حداقل ۱۰ دقیقه استراحت گرفته شد و میانگین دوبار اندازه‌گیری به‌عنوان فشار خون بیمار ثبت شد. افراد دارای فشار خون سیستولیک بالاتر یا مساوی ۱۴۰ میلی‌مترجیوه و فشار خون دیاستولیک بالاتر یا مساوی ۹۰ میلی‌مترجیوه یا کسانی که مورد شناخته‌شده فشار خون بالا بودند و داروی ضدفشار خون مصرف می‌کردند، به‌عنوان بیمار دارای فشار خون بالا طبقه‌بندی شدند. برای سنجش اعتبار فشارسنج جیوه‌ای استاندارد، به‌طور روزانه صحت اندازه‌گیری آن به‌وسیله یک فشارسنج جیوه‌ای استاندارد دیگر چک می‌شد.

در نهایت، داده‌های تحقیق با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS 15 تجزیه و تحلیل شد و آزمون‌های آماری T مستقل برای مقایسه داده‌های کمی با توزیع نرمال و مجذور کای برای مقایسه داده‌های کیفی مورد استفاده قرار گرفت. $p < 0.05$ به‌عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی در گروه نظامی و غیرنظامی به ترتیب $43/31 \pm 7/35$ و $46/34 \pm 9/26$ سال بود. فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه نظامی به ترتیب $142/33$ و $90/06$ میلی‌مترجیوه و در گروه غیرنظامی $148/84$ و $95/98$ میلی‌مترجیوه بود. نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه نظامی و غیرنظامی در جدول ۱ آورده شده است. نمره کلی کیفیت زندگی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی به‌طور معنی‌داری بالاتر بود ($p < 0.001$; جدول ۱).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک افراد و پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF-36) بود که توسط دکتر منتظری و همکاران، ترجمه شده و تطابق فرهنگی آن و اعتبار و پایایی آن نیز بارها توسط محققان ایرانی به اثبات رسیده است [۲۷] و بارها توسط محققان ایرانی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است [۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳]. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، میزان حقوق دریافتی و مخارج بود. پرسش‌نامه SF-۳۶ نیز ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند کارایی فیزیکی، محدودیت‌های ایفای نقش، دردهای جسمانی، سلامتی عمومی، سرزندگی و شادابی، کارایی اجتماعی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار می‌داد [۳۴]. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌روش لیکرت انجام شد که در دامنه صفر تا ۱۰۰ می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح و ۱۰۰ نشان‌دهنده بالاترین سطح کیفیت زندگی بود.

جدول ۱) مقایسه میانگین و انحراف‌معیار نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران نظامی و غیرنظامی فشارخونی با استفاده از آزمون T مستقل

بیماران ←		نظامی	غیرنظامی	سطح معنی‌داری
ابعاد کیفیت زندگی ↓				
جسمی	عملکرد فیزیکی	۱۴/۷۷±۸۴/۶۵	۲۰/۱۲±۸۳	>0.05
	محدودیت در نقش فیزیکی	۲۶/۲۳±۸۴	۳۵/۷۱±۸۴	>0.05
روانی	درد جسمانی	۱۷/۸۹±۸۵	۱۸/۳۷±۷۶/۸۴	<0.001
	درک سلامت عمومی	۱۶/۸۴±۵۸/۴۰	۱۶/۹۸±۵۱/۹۱	<0.001
بُعد سلامت جسمی	انرژی و نشاط	۱۸±۶۹/۱۰	۲۰/۹۱±۶۰/۶	<0.001
	عملکرد اجتماعی	۱۶/۴۷±۸۰/۰۲	۱۷/۷۵±۷۴/۷۰	>0.05
بُعد سلامت روانی	محدودیت در نقش احساسی	۳۲/۵۶±۸۱/۰۴	۳۴/۱۱±۷۲/۰۳	<0.001
	سلامت روان	۱۸/۵۵±۷۳/۴۸	۱۹/۳۲±۶۲/۲۴	<0.001
بُعد سلامت جسمی		۱۵/۱۱±۷۶/۸۱	۱۷/۲۴±۶۷/۸۰	<0.001
بُعد سلامت روانی		۱۵/۸۲±۷۲/۸۲	۱۷/۰۸±۶۳/۶۷	<0.001
نمره کل کیفیت زندگی		۱۶/۴۷±۷۶/۹۵	۱۷/۷۷±۶۸/۵۸	<0.001

افراد شاغل و هماهنگی بین درآمد و مخارج در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی باشد. بدیهی است که مشکلات اقتصادی، رفاه کلی فرد را تحت تاثیر قرار داده و کیفیت زندگی نیز به‌عنوان شاخص سلامت و رفاه کلی تحت تاثیر آن قرار می‌گیرد. در مطالعه زرکی بیان شد که وضعیت اقتصادی-اجتماعی در کیفیت زندگی موثر است [۴۰] و در مطالعه وحدانی‌نیا نیز افراد شاغل، کیفیت زندگی بالاتری نسبت افراد غیرشاغل داشتند [۴۱]. نتایج مطالعات پرنده و همکاران [۴۲] و همچنین سینتیا [۴۳] نشان داد که وضعیت اقتصادی و اجتماعی خوب، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. همچنین نتایج چندین مطالعه دیگر بیانگر آن است که کیفیت زندگی در افراد با سطح درآمد بیشتر، بالاتر است [۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷].

یکی دیگر از دلایل بالاتر بودن کیفیت زندگی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی در این مطالعه را می‌توان بیشتر بودن میانگین سنی

بحث

اگر نمره صفر تا ۱۰۰ را در پرسش‌نامه SF-۳۶ مبنا قرار دهیم، میانگین ۵۰ با انحراف‌معیار ۱۰ را می‌توان به‌عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظر گرفت [۳۵، ۳۶]. در مطالعه حاضر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در تمام ابعاد در هر دو گروه نظامی و غیرنظامی در سطح مطلوبی (بالاتر از ۵۰) قرار دارد که این با نتایج پژوهش‌های مشابه داخلی و خارجی همخوانی دارد [۳۰، ۳۷، ۳۸، ۳۹]. کیفیت زندگی در محیط‌های نظامی، بیشتر با شخصیت افراد، ارتباطات بین‌فردی، میزان سازگاری با موضوعات و فعالیت‌های رایج نظامی مرتبط است و با وظیفه شغلی این افراد ارتباط ندارد [۲۹]. در مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی بیشتر است که این نتیجه می‌تواند به دلیل بیشتر بودن درصد

در سایر شهرهای کشور انجام گیرد و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه شود.

نتیجه گیری

کیفیت زندگی در افراد نظامی نسبت به افراد غیرنظامی مبتلا به فشار خون در سطح بالاتری قرار دارد. لذا توجه بیشتر در شناسایی زودهنگام و درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد غیرنظامی مبتلا به فشار خون لازم است.

منابع

- 1- Dabaghanesh M, Mostefavi H, Zare N. Hypertension levels, risk factors and control of blood pressure in Shiraz adults. *J Hormozgan*. 2008;11(1):41-9. [Persian]
- 2- Jekel James F, Katz David L. *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine*. 2nd ed. New York: Saunders Company; 2001.
- 3- Wang Y, Wang QJ. The prevalence of prehypertension and hypertension among adults according to the new joint national committee guidelines, new challenges of the old problem. *Arch Int Med*. 2004;164(119):2126-34.
- 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. *J Clin Psychol*. 2010;2(5):1-5. [Persian]
- 5- Pour Abdoloh P, Ghaemaghani SJ, Ebrahimi Mamaghani M. Survey of abdominal obesity and hypertension in Tabrizian women (25-26 old years). *Health J*. 2004;1:23-4. [Persian]
- 6- Salem Z, Rezaeian M. The assessment of hypertension and relationship to body mass index in students of Rafsanjan medical university in 2009. *Rafsanjan Univ Med Sci J*. 2010;7(3):157-64. [Persian]
- 7- Tekbas F, Vaizoglu SA, Gulec M, Hasade M, Guler C. Smoking prevalence in military men and factors affecting this. *Mil Med J*. 2002;167(9):742-6.
- 8- Ames GM, Cunrabi CB, Moore RS. Alcohol, tobacco and drug use among young adults prior to entering the military. *Prev Sci*. 2002;3(2):135-44.
- 9- Maria I, Nuns D. The relationship between quality of life and adherence to treatment. *J Curr Hypertens Rep*. 2001;3(6):462-5.
- 10- Deyo RA. The quality of life and research and care. *Ann Int Med*. 2005;7(1):29-33.
- 11- Cote I, Gregoire JP, Moisan J. Health-related quality of life measurement in hypertension: A review of randomized controlled drug trials. *Pharmacoeconomics*. 2000;18(5):435-50.
- 12- Erickson SR, Williams BC, Gruppen LD. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *J Hum Hypertens*. 2001;15:539-48.
- 13- Otiniano ME, Du XL, Ottenbacher K, Markides KS. The effect of diabetes combined with stroke on disability, self-rated health and mortality in older Mexican Americans: Results from the Hispanic. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(5):725-30.
- 14- Oldridge NB, Stump TE, Nothwehr FK, Clark DO. Prevalence and outcomes of co morbid metabolic and

و میانگین فشار خون در گروه غیرنظامی نسبت به گروه نظامی دانست. یکی از معیارهای موثر بر کیفیت زندگی، سن افراد است [۴۸].
 گنسیلین و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که کارکنان مسن‌تر نسبت به کارکنان جوان‌تر از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند [۴۹].
 مطالعات نشان داده است که میزان فشار خون بالاتر و افزایش سن به‌طور معنی‌داری موجب کاهش کیفیت زندگی در افراد فشارخونی می‌شود [۵۰، ۵۱].

در مطالعه حاضر، سطح تحصیلات در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی بالاتر است که این خود می‌تواند دلیلی بر بالاتر بودن کیفیت زندگی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی باشد. منتظری در ارزیابی مردم شهر تهران نشان داد که بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و افراد با سطح تحصیلات بالاتر، سطح بالاتری از کیفیت زندگی را گزارش نمودند [۲۷]. نتایج چندین مطالعه دیگر نیز نشان داد که افزایش سطح تحصیلات اثر مثبتی روی کیفیت زندگی داشته است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تحصیلات به‌عنوان یک نقطه مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم و باکیفیت دارای اهمیت ویژه‌ای است [۴۴، ۵۲، ۵۳].

نمره کیفیت زندگی در این پژوهش در گروه نظامی نسبت به سایر مطالعات مشابه خارجی بالاتر است [۴۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷]. همچنین در بررسی حاضر، نمره کیفیت زندگی در گروه غیرنظامی بیشتر از مطالعات انجام‌شده توسط آهنگری، هافمن و فوجیسالوات در بیماران فشارخونی است [۱۵، ۵۸، ۵۹]. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد سلامت روان در هر دو گروه نظامی و غیرنظامی نسبت به بُعد سلامت جسمی کمتر است. شرایط حاکم بر محیط‌های نظامی می‌تواند به‌عنوان عوامل محیطی برانگیختگی اختلالات خلقی عمل کند و در نهایت منجر به اختلالات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی به‌خصوص در بُعد روانی شود [۶۰].
 موسیاجین و همکاران در پژوهشی در افراد نظامی [۵۵] و همچنین هالت و همکاران در پژوهشی در بیماران فشارخونی غیرنظامی [۵۴] نشان دادند که نمره کیفیت زندگی در بُعد جسمانی به‌طور معنی‌داری نسبت به بُعد روانی بیشتر است. سایر مطالعات مشابه انجام‌شده، نتایجی همسو با پژوهش حاضر را گزارش نمودند [۵۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵].

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه، لازم است برنامه‌ریزی مناسبی به‌منظور غربالگری افراد جامعه از نظر بیماری فشار خون انجام گیرد تا با شناسایی افراد مستعد و مبتلا به فشار خون بالا و با برنامه‌ریزی به‌منظور مشاوره خانواده و روان‌شناسی، ایجاد تسهیلات و امکانات ورزشی، تورهای تفریحی، برپایی کلاس‌های فعالیت جسمانی، شش، آمادگی جسمانی و تن‌آزایی برای این گروه از افراد جامعه، بتوان گامی کوچک در جهت ارتقای سطح سلامتی و کیفیت زندگی آنان برداشت. از آن‌جا که مطالعات کمی در این زمینه در ایران انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با اهداف مشابه

- 34- Brazier J, Harper R. Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ*. 2002;305(10):160-4.
- 35- Tyson MJ, Elduff P. Self-blood pressure monitoring questionnaire study: Response, requirement, training, support-group popularity and recommendation. *J Hum Hypertens*. 2003;17(1):51-61.
- 36- 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. *Shahrekord Univ Med Sci J*. 2009;11(3):23-9. [Persian]
- 37- Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2008;14:56-61. [Persian]
- 38- Ghahremani L, Nazari M, Mosavi M. Improvement of quality of life in elderly men in Kahrizak nursing home based on educational intervention. *Knowl Health*. 2008;4(2):18-23. [Persian]
- 39- Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude1 N. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;1:30-5.
- 40- Zaki MA. Quality of life and its relationship with self-esteem in male and female student of Isfahan university. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2008;13(4):416-9. [Persian]
- 41- Vahdani-Nia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life and elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh J*. 2005;4(2):113-20. [Persian]
- 42- 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 posttraumatic stress disorder with major depression disorder. *J Ment Health*. 2007;33(9):67-76. [Persian]
- 43- Cynthia R, King Pamela S. *Quality of life from nursing and patient perspectives*. Bloomfield: Joines and Bartlett Publishers; 1998.
- 44- 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. *J Ment Health*. 2010;12(45):448-56. [Persian]
- 45- Falahi Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fatah Moghadam L. Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran. *Hakim J*. 2007;9(4):24-30. [Persian]
- 46- Vahdani Nia M, Gashtasby A, Montazeri A, Mafton F. Health-related quality of life in elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh J*. 2005;4(2):113-20. [Persian]
- 47- Ko GT, Wai HP, Tsang PC, Chan HC. Hong Kong men with low incomes have worse health-related quality of life as judged by SF-36 scores. *Hong Kong Med J*. 2006;12(5):351-4.
- 48- Enayeti T, Salehi M, Rostami R. Assessing quality of life in education staff. *J Educ Manage Res*. 2011;3(1):159-75.
- 49- Considen G, Callus R. *The quality of work life of Australian employees: The development of an index [dissertation]*. Australia: University of Sydney; 2001.
- 50- Pippalla RS, Chinburapa V, Duval R, Akula RS. Interrelationships of quality of life, compliance, clinical outcomes and life satisfaction: A cross-sectional study on hypertensive geriatrics. *J Clin Pharm Ther*. 1997;22(5-6):357-69.
- 51- Hopman WM, Harrison MB, Coe H, Friedberg E, Buchanan M, Kerkhof EG. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Dis Can*. 2009;29(3):108-16.
- 52- Vahdani-Nia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life and elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh J*. 2005;4(2):113-20. [Persian]
- cardiovascular conditions in middle- and older-age adults. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(9):928-34.
- 15- Ahangeri M, Kamali M, Arjmand M. The effect of high blood pressure on quality of life in the elderly in Tehran city. *J Elderly*. 2009;3(7):1. [Persian]
- 16- Taghadosi M, Gilasi HR. Quality of life in patient with ischemic heart disease in Kashan city. *Nurs Res*. 2010;3(8):39-46. [Persian]
- 17- Mesut A. Improving quality of work life implications for human resources. *Bus Rev*. 2006;1:173.
- 18- Hashemi SH, Mozafari AA. Comparative of communication skills and quality of life in faculty members active and inactivity in Islamic Azad university of Azarbajejan city. *Manage J*. 2011;3(12):32-7. [Persian]
- 19- Fillion L, Duval S, Dumont S, Gagnon P, Tremblay I, Barite I, et al. Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psychooncology*. 2009;18(12):1300-10.
- 20- Gholami A. Influencing factors on quality of work in organs. *J Police Hum Progress*. 2010;6(24):79-100. [Persian]
- 21- Sandrick K. Putting the emphasis on employees as an award-winning employer: Baptist health care has distant memories of the workforce shortage. *Pakistan J Med Sci*. 2007;7(4):630-3.
- 22- Marzabadi E. Stressor factors in military staff. *Mil Med J*. 2010;11(4):213-7. [Persian]
- 23- Dolatabadi H, Naseri MH, Jalali A, Teimori M, Jonidi N, Arabsalmani E. Comparative risk factors of heart disease in military and non-military patients with angiography in Rajaii and Baqiyatallah hospitals. 2009;10(2):137-42. [Persian]
- 24- Emeni B, Karampourian A. Evaluation the effect of work life status on the job stressors of the treatment management staffs in Hamedan. Hamedan; 9th Congress of Nursing and Midwifery, 2007. [Persian]
- 25- Carllus R, Considine G. *The quality of work life to Australian employees*. Australia: University of Sydney; 2001. Available from: <http://www.macquarieinstitute.com.au/sci-articlelibrary/WP73.pdf>
- 26- Rezvani M, Motekan A, Mansorian H, Satari M. Evaluation of city quality of life. *J City Res Stud*. 2009;1(2):87-110. [Persian]
- 27- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh J*. 2006;5(1):49-56. [Persian]
- 28- Mosavi B, Montezeri A, Sorosh M. Quality of life on women with spinal injury. *Payesh J*. 2008;7(1):75-81. [Persian]
- 29- Hemidizade S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar SH, Salehi K, Kordyazdi R. The effect of team exercise on quality of life elderly. *Yazd Univ Med Sci J*. 2008;16(1):81-6. [Persian]
- 30- 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 Univ Med Sci J*. 2010;13(1):40-8. [Persian]
- 31- Babae M. Evaluation of quality of life inpatients with coronary artery bypasses surgery using controlled clinical trial. *Acta Med Iran*. 2007;45:69-75. [Persian]
- 32- Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A, Moebus S, et al. Psychological and quality of life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: Results of a randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2005;74(4):344-52.
- 33- Lindsay GM, Hanlon WP, Smith LN, Belcher PR. Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery: Effects on health and risk factors. *Int J Cardiol*. 2003;87(1):67-73.

- conscript and official staff of NEZAJA in Tehran. JAUMS. 2007;4(4):993-8. [Persian]
- 61- Cote I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? Qual Life Res. 2003;12(6):621-33.
- 62- Coyne KS, Davis D, Frech F, Hill MN. Health-related quality of life in patients treated for hypertension: A review of the literature from 1990 to 2000. Clin Ther. 2002;24(1):142-69.
- 63- Jordan N, Hoge CW, Tobler SK, Wells J, Dydek G, Egerton WE. Mental health impact of 9/11 pentagon attack: Validation of a rapid assessment tool. Am J Prev Med. 2004;26(4):284-93.
- 64- Liubovic S. Analysis of long term trauma of war on the mental health of Bosnian army veterans. Med Arh. 2003;57(5):5-13.
- 65- Grieger TA, Fullerton CS, Ursano RJ, Reeves J. Acute stress disorder, alcohol use and perception of safety among hospital staff the sniper attacks. Psychiatr Serv. 2003;54(10):1383-7.
- 66- Tekbas O, Ceylan S, Hamzaoglu O, Hasde M. An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey. Psychiatry Res. 2003;119(1):155-62.
- 53- Meek S. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative effect. J Age Health. 2001;13:92-119.
- 54- Holte W, Munter P, Joyce J, Webber L. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. Age Ageing. 2010;39(4):481-7.
- 55- Mosiagin IG, Sakharov OS, Gubernitskaia SV. Quality of a life of military seamen of Northern Fleet. Voen Med Zh. 2010;331(5):37-9.
- 56- Proctor SP, Harley A, Wolfe F. Health-related quality of life in Persian Gulf War veterans. Mil Med J. 2001;166:510-9. [Persian]
- 57- Voelker M, Saag K, Schwartz D, Chrischilles E, Clarke W, Woolson R. Health-related quality of life in Gulf War era military personnel. J Infec Dis. 2002;155(10):899-907.
- 58- Hofman A, Deglinnocenti 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 Hypertens. 2004;18(4):239-45.
- 59- Fujisawat O. Quality of life and the treatment of hypertension in the elderly. Nippon Ronen Igakkai Zasshi. 2007;44(4):452-5.
- 60- Kazemi J, Donyavi V, Hoseini SR, SHafighi F, Rohani SM, Arghanouns S, et al. The prevalence of mood disorder in