

بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده پذیرش بیماری و عوامل فردی - اجتماعی در کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون

سمیرا ختار^۱، لیلا میرهادیان^{۱*}، هما مصفا خمایی^۱، احسان کاظم‌نژاد لیلی^۲

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: عوامل زیادی می‌توانند بر کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون تأثیر بگذارند. شناسایی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی می‌تواند به ارتقای آن در مبتلایان به پرفشاری خون کمک کند. این مطالعه با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده پذیرش بیماری و عوامل فردی - اجتماعی بر کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع همبستگی و به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در مورد ۲۴۵ نفر از مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان دکتر پیروز لاهیجان که به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند، انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه پذیرش بیماری و نسخه خلاصه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت گردآوری و با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه در سطح اطمینان ۹۵٪ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی $65/22 \pm 12/18$ (دامنه ۰-۱۰۰) و میانگین و انحراف معیار نمره پذیرش بیماری $31/13 \pm 4/98$ (دامنه ۰-۸۰) بود. متغیرهای جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه، شرایط زندگی با خانواده، سن و پذیرش بیماری، به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون شناخته شدند ($p < 0/001$). با توجه به مقدار ضریب تعیین ($R^2 = 0/401$)، حدود ۴۰٪ تغییرات کیفیت زندگی، توسط متغیرهای مدل نهایی رگرسیون خطی چندگانه تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: از آنجا که پذیرش بیماری و برخی متغیرهای فردی - اجتماعی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون هستند، لذا تمرکز بر ارتقای پذیرش بیماری و توجه به مؤلفه‌های فردی - اجتماعی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون کمک کند.

نویسنده مسؤول: لیلا میرهادیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کیلان، ایران
e-mail: LMB0075@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، پذیرش بیمار از خدمات سلامت، پرفشاری خون

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۱ - انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۲/۳۱

مقدمه

پرفشاری خون یک عامل خطر مستقل شناخته شده برای بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و بیماری کلیوی است که بار زیادی

برای جامعه به همراه دارد (۱). این بیماری از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های عروقی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بوده و چون معمولاً به صورت اتفاقی تشخیص داده می‌شود، به قاتل خاموش معروف است (۲). همچنین با وجود پیشرفت‌های درمانی حدود نیمی از بیماران قادر به کنترل فشارخون خود

۱- گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کیلان، کیلان، ایران
۲- گروه آموزشی آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کیلان، کیلان، ایران؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کیلان، کیلان، ایران

نیستند (۳). حدود ۲۵٪ افراد بالغ در کشورهای مختلف به بیماری پرفشاری خون مبتلا هستند که با افزایش سن، این نسبت نیز بیش‌تر می‌شود (۴). در ایران هم شیوع این بیماری حدود ۲۵٪ برآورد شده است (۵). این بیماری شایع‌ترین علت مرگ و میر در جوامع غربی (۶) و ایران (۷) به‌شمار می‌رود. حدود ۶/۷ میلیون مرگ زودرس، ۵۴٪ سکته‌های مغزی و ۴۷٪ از بیماری‌های ایسکمیک قلبی در جهان، مرتبط با پرفشاری خون هستند (۸). از طرفی ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت‌های فراوان در رژیم غذایی و تغییر در انجام فعالیت‌های روزانه می‌شود و در کنار این محدودیت‌ها، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به‌صورت منظم و طولانی باعث ایجاد فشارهای روانی زیادی بر بیمار می‌شود که می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارد (۹). چرا که کیفیت زندگی، به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامتی خود و همچنین توانایی او جهت انجام وظایف جسمانی، روانی و اجتماعی اشاره دارد (۱۰). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به‌عنوان «درک فرد از جایگاهش در زندگی، در متن فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش» تعریف می‌کند (۱۱).

از طرفی، طی دو دهه گذشته بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن به صورت یک اولویت مهم بهداشتی درآمده است (۱۲). همچنین مطالعات مختلفی به رابطه کیفیت زندگی با پرفشاری خون پرداخته‌اند؛

به‌عنوان مثال، طبق مطالعه Bhandari و همکاران (۱۳) براساس مطالعه Preto و همکاران، بیش‌تر بیماری‌های مزمن با ایجاد محدودیت‌هایی در وضعیت عملکرد، بهره‌وری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health Related Quality of Life)، سلامت عمومی بیماران را تضعیف می‌کنند (۱۴). همچنین برخی مطالعات نشان می‌دهند که عوامل متعددی می‌توانند بر کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون تأثیرگذار باشند؛ به‌عنوان مثال، طبق مطالعه عبادی و همکاران، عواملی مانند وضعیت تأهل، سطح درآمد، میزان تحصیلات (۱۵) و طبق مطالعه باغی و همکاران، شرایط زندگی با خانواده (۳) و طبق مطالعه منصوره قزلحصاری و همکاران، سن (۱۶) و طبق مطالعه Jankowska-Polanska و همکاران، جنس و محل سکونت (۱۷) و طبق مطالعه Obieglo و همکاران، پذیرش بیماری (۱۸)، می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. همچنین به‌دنبال گسترش پاندمی بیماری کووید-۱۹ در جهان و با توجه به وخامت ابتلا و مرگ‌ومیر بیش‌تر در مبتلایان به بیماری‌های زمینه‌ای (۱۹) از جمله پرفشاری خون (۲۰)، شناسایی و آگاهی از این عوامل یاد شده مرتبط با کیفیت زندگی، از طریق تعیین مشکلات سلامتی این گروه آسیب‌پذیر، می‌تواند زمینه مناسبی جهت درمان و مراقبت از مبتلایان به پرفشاری خون را فراهم کند و از این طریق گامی مهم در راستای ارتقای سلامت آنان برداشته شود. همچنین باید اشاره نمود که در این راستا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فردی- اجتماعی) به تعداد ۲۲۳ نمونه به دست آمد و حجم نمونه نهایی، با در نظر گرفتن ۱۰٪ احتمال عدم پاسخ‌گویی، ۲۴۵ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}\right)^2} + 3 = \frac{(1/95+1/65)^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+0/466}{1-0/466}\right)^2} + 3 = 53$$

$$n_{final} = 53 + P \times 10 = 53 + 17 \times 10 = 223$$

معیارهای ورود نمونه‌ها شامل: سن حداقل ۳۰ سال، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری پرفشاری خون و توانایی برقراری ارتباط کلامی بود.

و معیارهای عدم ورود شامل: ابتلا به سایر بیماری‌های همراه، داشتن مشکلات شناختی بر اساس مندرجات پرونده پزشکی بیمار بود.

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری (شامل عوامل پیش‌بینی‌کننده احتمالی پر- فشاری خون از قبیل: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، محل سکونت، درآمد ماهیانه، داشتن بیمه درمانی و بیمه تکمیلی و کفایت آن‌ها، شرایط زندگی با خانواده، سابقه خانوادگی پرفشاری خون، مدت زمان ابتلا، سابقه هرگونه اعتیاد، قد و وزن) بود. مقیاس پذیرش بیماری (Acceptance of Illness Scale)، دارای ۸ گویه در مورد محدودیت‌های ناشی از بیماری، از دست دادن استقلال، عملکرد، احساس متکی بودن به دیگران و کاهش اعتماد به نفس است. هر گویه

جمهوری اسلامی ایران برنامه‌ای ملی را برای افزایش شناسایی و کنترل پرفشاری خون در جمعیت بزرگسالان بالای ۳۰ سال، تنظیم نموده است که در این برنامه، غربالگری رایگان فشارخون در فواصل زمانی مشخص می‌تواند شناسایی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و انجام رویکردهای پیگیری برای جلوگیری از عوارض و مرگومیر مرتبط با آن را تسهیل کند (۲۱). از همین رو به دلیل شیوع بالای پرفشاری خون، مزمن بودن و نیاز به درمان بلند مدت در طول زندگی، کیفیت زندگی مبتلایان به این بیماری اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۸) این پژوهش با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده پذیرش بیماری و عوامل فردی- اجتماعی بر کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع همبستگی است که به صورت مقطعی انجام پذیرفت. جامعه پژوهش شامل مبتلایان به پرفشاری خون بودند که در کلینیک فشارخون بیمارستان دکتر پیروز لاهیجان (قطب ارجاع و پیگیری درمان پرفشاری خون در شرق گیلان) پرونده بهداشتی داشتند. داده‌ها در بازه زمانی ۳۰ خرداد تا ۳۰ شهریور سال ۱۳۹۹، گردآوری شد.

حجم نمونه، با اطمینان ۹۵٪ و با توان آزمون ۹۵٪، براساس نتایج مطالعه Obieglo و همکاران (۱۸) مبتنی بر همبستگی نمره پذیرش بیماری با نمره کیفیت زندگی در حیطه روابط اجتماعی ($r = -0/466$) برحسب فرمول نمونه‌گیری ذیل (۲۲)، با توجه به در نظر گرفتن ارتباطات سایر متغیرهای این مطالعه (۱۷) متغیر

به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً موافقم» (نمره ۱)، «موافقم» (نمره ۲)، «نظری ندارم» (نمره ۳)، «مخالفم» (نمره ۴) و «کاملاً مخالفم» (نمره ۵) با انتخاب یکی از گزینه‌ها پاسخ داده می‌شود. نمره پذیرش بیماری حاصل مجموع امتیازات کسب شده از تمامی گویه‌ها با دامنه ۴۰-۸ است. به‌گونه‌ای که امتیازات ۸ تا ۱۸، ۱۹ تا ۲۹ و ۳۰ تا ۴۰، به ترتیب نشان‌دهنده عدم پذیرش بیماری، پذیرش متوسط و پذیرش بالای بیماری است. این مقیاس در سال ۱۹۸۴ توسط Felton و همکاران ساخته شد که می‌تواند برای بررسی درجه پذیرش بیماری برای هر نوع بیماری استفاده شود (۲۳). نسخه اصلی این ابزار به زبان لهستانی است، ولی نسخه انگلیسی این ابزار که در مطالعات مشابه استفاده شده است، توسط یکی از اعضای تیم تحقیق که مسلط به دو زبان هستند به زبان فارسی ترجمه و سپس نسخه فارسی آن توسط استاد زبان، به انگلیسی برگردانده شد و با توجه به این که سؤالات آن (۸ سؤال) بسیار ساده، واضح و کاملاً قابل درک است، تفاوتی در معنا و مفهوم گویه‌های ابزار دیده نشد. جهت بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبی روایی محتوا (Content Validity Ratio: CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index: CVI) براساس نظرات متخصصان شامل ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت استفاده شد. طبق شاخص CVR، همه گویه‌ها براساس جدول لاوشه (Lawshe)، ضروری تشخیص داده شدند ($CVR=0/62$).

همچنین همه گویه‌ها در ابعاد مربوط بودن، سادگی و واضح بودن از CVI بالای ۰/۷ برخوردار بودند. جهت بررسی پایایی، در یک مطالعه مقدماتی تعداد ۲۰ نفر، در یک فاصله ۱۰ روزه به پرسشنامه پاسخ دادند. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) توافق مرحله اول و دوم، ۰/۹۷۵ و $p < 0/001$ و ضریب پایایی، از طریق آزمون-بازآزمون اندازه‌گیری‌ها برابر با ۰/۹۸ به دست آمد. در بررسی ثبات درونی سؤالات از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's α coefficients) استفاده شد که با میزان ۰/۶۲۸ بیانگر هم‌گرایی سؤالات در اندازه‌گیری پذیرش بیماری می‌باشد.

نسخه خلاصه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت است. این مقیاس ۲۶ سؤالی در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد (۲۴) و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌سنجد. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. دو سؤال اول پرسشنامه به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دامنه نمرات ۱۰۰-۰ است. نمرات صفر تا ۳۳، ۳۴ تا ۶۶ و ۶۷ تا ۱۰۰ به ترتیب نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف، متوسط و خوب است. همچنین اعتبارسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی توسط نجات و

همکاران برای اولین بار در ایران مورد ارزیابی قرار گرفت (۲۵).

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از کسب مجوزهای لازم جهت انجام مطالعه (با کد اخلاق IR.GUMS.REC.1399.580)، ضمن کسب رضایت آگاهانه کتبی از نمونه‌های مورد پژوهش، بر محرمانگی اطلاعات و آزاد بودن نمونه‌های مورد پژوهش برای ورود و خروج از مطالعه نیز تأکید شد. جهت اطمینان از دقت داده‌ها، سؤالات توسط پژوهشگر از نمونه‌ها پرسیده می‌شد و پاسخ‌ها بلافاصله در پرسشنامه ثبت می‌شد؛ از این رو پرسشنامه مخدوش یا ناکامل وجود نداشت.

در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد. جهت توصیف نمرات پذیرش بیماری و کیفیت زندگی از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ استفاده شد، برای تعیین ارتباط نمره کیفیت زندگی با متغیرهای فردی-اجتماعی از آزمون‌های Mann-Whitney U و Kruskal-Wallis استفاده شد. نرمال بودن توزیع متغیرهای پذیرش بیماری و کیفیت زندگی براساس آزمون Kolmogorov-Smirnov تعیین شد که نمره پذیرش بیماری (p<۰/۰۰۱) و همچنین نمره کیفیت زندگی (p<۰/۰۰۱)، توزیع نرمال نداشتند. جهت تعیین میزان همبستگی نمره پذیرش بیماری و نمره کیفیت زندگی، از ضریب همبستگی Spearman و جهت شناسایی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی پس از کنترل اثرات متغیرهای فردی-اجتماعی نمونه‌های پژوهش از روش رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام (Stepwise)،

استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها $55/00 \pm 8/70$ سال، با $69-$ سال بوده است. درصد بالایی از نمونه‌ها به ترتیب در گروه سنی $60-50$ سال ($39/6\%$) و در گروه بالای 60 سال ($34/7\%$) بودند. فراوانی مردان ($51/43\%$) اندکی بیش از زنان ($48/57\%$) بود. بیش‌تر نمونه‌ها، دیپلمه ($42/04\%$)، بی‌کار/خانه‌دار ($34/29\%$)، متأهل ($89/80\%$) بودند و با همسر و فرزندشان زندگی می‌کردند ($51/02\%$). همچنین بیش‌تر آنان ساکن شهر ($60/82\%$)، با درآمد ماهیانه 3 میلیون تومان و بالاتر ($52/24\%$) بودند. سایر اطلاعات فردی-خانوادگی نمونه‌های پژوهش در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

همچنین نمره کیفیت زندگی از میانگین و انحراف معیار $65/32 \pm 12/18$ با میانه $64/58$ برخوردار بود که گویای کیفیت زندگی متوسط رو به بالا می‌باشد. فاصله اطمینان ۹۵٪ نمره کیفیت زندگی برابر با $63/79 \pm 66/85$ از دامنه $100-0$ بود.

نمره کیفیت زندگی با جنس ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، وضعیت اشتغال ($p < 0/001$)، محل سکونت ($p < 0/001$)، درآمد ماهیانه ($p < 0/001$)، کفایت بیمه درمانی ($p = 0/024$)، داشتن بیمه تکمیلی ($p < 0/001$) و شرایط زندگی ($p = 0/016$) رابطه آماری معنادار دارد (جدول شماره ۲). همچنین نمره پذیرش بیماری با نمره کیفیت زندگی همبستگی مثبت

(Variance Inflation Factor) و Tolerance، برقرار بود (نزدیک به ۱ بوده است). توزیع باقی‌مانده‌ها براساس نمودار هیستوگرام و Normal P-P Plot، یک توزیع نرمال بوده است.

براساس آنالیز رگرسیون خطی چندگانه، به‌روش گام به‌گام، متغیرهای پذیرش بیماری، جنس، شغل، وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه، شرایط زندگی با خانواده و سن به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون شناخته شدند ($p < 0.001$). مقدار ضریب تعیین، $R^2 = 0.401$ و $Adjusted = 0.388$ R Square به‌دست آمد. با توجه به مقدار ضریب تعیین ($R^2 = 0.401$)، حدود ۴۰٪ تغییرات کیفیت زندگی، توسط متغیرهای مدل نهایی رگرسیون خطی چندگانه تبیین می‌شود (جدول شماره ۳).

معنادار در حد متوسط به بالا داشته است ($p < 0.001$ ، $t = 0.570$).

لازم به‌ذکر است که توزیع متغیر کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته مطالعه، در سطوح گوناگون: شغل، جنس، درآمد ماهیانه و وضعیت تأهل، براساس آزمون Kolmogorov-Smirnov و Stem-and-Leaf و Q-Q plot نمودارهای Plot از توزیع نرمال پیروی می‌کردند ($p > 0.05$). برابری واریانس‌های متغیر وابسته کیفیت زندگی در سطوح گوناگون متغیرهای فردی (جنس، شغل، درآمد ماهیانه) براساس آزمون Levene برقرار بوده است ($p > 0.05$). همچنین، هم‌خطی (Collinearity) بین متغیرهای مستقل فردی و متغیر پذیرش بیماری براساس شاخص عامل افزایش واریانس

جدول ۱- متغیرهای فردی- اجتماعی و بیماری مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان دکتر پیروز لاهیجان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ (n=۲۴۵)

متغیرهای فردی- اجتماعی		تعداد	درصد
سن (سال)	کمتر از ۵۰	۶۳	۲۵/۷۱
	۶۰-۵۰	۹۷	۳۹/۵۹
	بالای ۶۰	۸۵	۳۴/۶۹
	انحراف معیار \pm میانگین (بیش‌ترین-کمترین)	۵۵/۰±۸/۷۰ (۲۳/۰-۶۹/۰)	
جنس	مرد	۱۲۶	۵۱/۴۳
	زن	۱۱۹	۴۸/۵۷
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۵۱	۲۰/۸۲
	زیردیپلم	۳۸	۱۵/۵۹
	دیپلم	۱۰۳	۴۲/۰۴
وضعیت اشتغال	دانشگاهی	۵۳	۲۱/۶۳
	بازنشسته	۵۹	۲۴/۰۸
	بی‌کار/ خانه‌دار	۸۴	۳۴/۲۹
	کارگر/ کشاورز/ آزاد کارمند بهداشت و درمان کارمند غیر بهداشت و درمان جدا شده/ همسر فوت کرده	۵۹ ۲۲ ۲۱ ۲۰	۲۴/۰۸ ۸/۹۸ ۸/۵۷ ۸/۱۶
وضعیت تأهل	متاهل	۲۲۰	۸۹/۸۰
	مجرد	۵	۲/۰۴
محل سکونت	روستا	۹۶	۳۹/۱۸
	شهر	۱۴۹	۶۰/۸۲
درآمد ماهیانه	کمتر از یک میلیون	۴۹	۲۰/۰۰
	۱ تا زیر ۲ میلیون	۳۹	۱۵/۹۲
	۲ تا زیر ۳ میلیون ۳ میلیون و بالاتر	۲۹ ۱۲۸	۱۱/۸۴ ۵۲/۲۴
دارا بودن یکی از بیمه‌های درمانی	بله	۲۳۹	۹۷/۵۵
	خیر	۶	۲/۴۵
کفایت بیمه درمانی	بله	۱۷۶	۷۳/۶۴
	خیر	۶۳	۲۶/۳۶
داشتن بیمه تکمیلی	بله	۱۳۳	۵۴/۲۹
	خیر	۱۱۲	۴۵/۷۱
کفایت بیمه تکمیلی	بله	۱۱۱	۸۳/۴۶
	خیر	۲۲	۱۶/۵۴
شرایط زندگی با خانواده	بافروزند مجرد	۲۳	۹/۳۹
	باهمسر	۸۵	۳۴/۶۹
	باهمسر و فرزند تنها	۱۲۵ ۱۲	۵۱/۰۲ ۴/۹۰
سابقه خانوادگی پرفشاری خون	بله	۱۹۸	۸۰/۸۲
	خیر	۴۷	۱۹/۱۸
مدت زمان ابتلا به پرفشاری خون (سال)	۱-۶	۱۶۱	۶۵/۷۱
	۷-۱۱	۵۴	۲۲/۰۴
	بالای ۱۱	۳۰	۱۲/۲۴
	انحراف معیار \pm میانگین (بیش‌ترین-کمترین)	۶/۱۷±۴/۶۰ (۱/۰-۲۷/۰)	
سابقه هر گونه اعتیاد	دارد	۲۰	۸/۱۶
	ندارد	۲۲۵	۹۱/۸۴
شاخص توده بدنی	ابده آل	۶۹	۲۸/۱۶
	اضافه وزن	۱۲۸	۵۲/۲۴
	چاق	۴۸	۱۹/۵۹
	انحراف معیار \pm میانگین (بیش‌ترین-کمترین)	۲۷/۲۲±۳/۷۹ (۱۹/۵۹-۳۹/۹۰)	

جدول ۲- ارتباط نمره کیفیت زندگی با متغیرهای فردی- اجتماعی و بیماری مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به

کلینیک فشارخون بیمارستان دکتر پیروز لاهیجان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ (n=۲۴۵)

درصد نمره کیفیت زندگی (۱۰۰-۰)						متغیرهای فردی- اجتماعی	
p-value	Q3	Q1	میانه	انحراف معیار	میانگین		
** / .۰۷۹	۷۳/۹۶	۵۵/۲۱	۶۸/۷۵	۱۳/۱۰	۶۶/۸۰	کمتر از ۵۰	
	۷۱/۸۸	۵۶/۲۵	۶۳/۵۴	۱۲/۴۸	۶۳/۷۱	۶۰-۵۰	
	۶۹/۷۹	۶۱/۴۶	۶۴/۵۸	۱۱/۰۰	۶۶/۰۵	بالای ۶۰	
* / .۰۰۱	۷۳/۹۶	۶۲/۵۰	۶۸/۲۳	۱۰/۶۹	۶۸/۳۶	مرد	
	۶۹/۷۹	۵۳/۱۳	۶۲/۵۰	۱۲/۸۷	۶۲/۱۰	زن	
** / .۰۰۱	۶۴/۵۸	۵۹/۳۸	۶۱/۴۶	۷/۶۱	۵۹/۷۶	بی‌سواد	
	۶۹/۷۹	۵۷/۳۹	۶۱/۶۷	۸/۲۰	۶۳/۹۰	زیر دیپلم	
	۷۵/۰۰	۵۱/۰۴	۶۵/۶۳	۱۴/۵۹	۶۴/۶۷	دیپلم	
	۸۱/۲۵	۶۵/۶۳	۶۹/۷۹	۹/۱۳	۷۲/۹۴	دانش‌گامی	
** / .۰۰۱	۷۹/۱۷	۶۲/۵۰	۶۶/۶۷	۱۳/۸۳	۶۷/۹۹	بی‌نشدسته	
	۶۶/۶۷	۵۱/۰۴	۵۹/۹۰	۱۱/۶۳	۵۹/۲۵	بی‌کار/ خانه‌دار	
	۷۳/۹۶	۶۱/۴۶	۶۴/۵۸	۸/۸۹	۶۶/۶۰	کارگر/ کشاورز/ آزاد	
	۷۵/۰۰	۶۵/۶۳	۷۰/۳۱	۹/۵۶	۷۰/۰۳	کارمند بهداشت و درمان	
	۸۱/۲۵	۶۸/۷۵	۷۱/۸۸	۹/۶۴	۷۳/۵۶	کارمند غیر بهداشت و درمان	
** / .۱۳۵	۸۷/۵۰	۵۴/۱۷	۶۲/۵۰	۱۸/۱۴	۶۷/۶۶	جدا شده/ همسر فوت کرده	
	۷۱/۸۸	۵۹/۳۸	۶۵/۶۳	۱۱/۶۶	۶۵/۱۷	متاهل	
	۶۴/۵۸	۵۹/۳۸	۶۴/۵۸	۲/۸۵	۶۲/۵۰	مجرد	
* / .۰۰۱	۶۷/۷۱	۵۸/۲۳	۶۳/۵۴	۸/۹۴	۶۲/۴۵	روستا	
	۷۵/۰۰	۶۰/۴۲	۶۷/۷۱	۱۳/۵۸	۶۷/۱۷	شهر	
** / .۰۰۱	۶۳/۵۴	۴۶/۸۸	۵۹/۳۸	۱۰/۶۳	۵۶/۴۴	کمتر از یک میلیون	
	۶۸/۷۵	۵۷/۳۹	۶۳/۵۴	۱۳/۳۵	۶۳/۵۷	۱ تا زیر ۲ میلیون	
	۶۸/۷۵	۵۵/۲۱	۶۳/۵۴	۱۰/۷۷	۶۳/۶۱	۲ تا زیر ۳ میلیون	
	۷۵/۰۰	۶۳/۵۴	۶۹/۷۹	۱۰/۶۱	۶۹/۶۴	۳ میلیون و بالاتر	
* / .۰۹۴	۷۱/۸۸	۵۸/۳۳	۶۴/۵۸	۱۲/۰۸	۶۵/۰۶	بله	
	۸۷/۵۰	۶۳/۵۴	۷۵/۵۲	۱۳/۱۲	۷۵/۵۲	خیر	
* / .۰۲۴	۷۳/۹۲	۶۰/۴۲	۶۵/۶۳	۱۱/۸۹	۶۶/۲۳	بله	
	۶۹/۷۹	۵۵/۲۱	۶۲/۵۰	۱۲/۰۸	۶۱/۷۹	خیر	
* / .۰۰۱	۷۳/۹۶	۶۲/۵۰	۶۷/۷۱	۱۲/۴۸	۶۷/۶۱	بله	
	۶۹/۷۹	۵۵/۲۱	۶۲/۵۰	۱۱/۲۸	۶۲/۵۹	خیر	
* / .۲۸۹	۷۳/۹۶	۶۲/۵۰	۶۹/۷۹	۱۲/۵۰	۶۸/۰۴	بله	
	۶۸/۷۵	۵۱/۰۴	۶۷/۱۹	۱۲/۴۶	۶۵/۴۸	خیر	
** / .۰۱۶	۸۷/۵۰	۴۶/۸۸	۶۲/۵۰	۱۷/۶۷	۶۶/۲۱	بافرزند مجرد	
	۶۸/۷۵	۵۸/۳۳	۶۳/۵۴	۱۰/۷۲	۶۲/۷۵	باهمسر	
	۷۵/۰۰	۶۰/۴۲	۶۷/۷۱	۱۲/۱۲	۶۷/۰۹	باهمسر و فرزند	
	۶۴/۵۸	۵۹/۳۸	۶۲/۵۰	۶/۳۴	۶۳/۳۷	تنها	
* / .۱۵۲	۷۳/۹۶	۵۹/۳۸	۶۵/۶۳	۱۲/۵۷	۶۵/۶۷	بله	
	۶۸/۷۵	۵۵/۲۱	۶۳/۵۴	۱۰/۳۹	۶۳/۸۵	خیر	
** / .۰۹۹	۶۹/۷۹	۵۹/۳۸	۶۴/۵۸	۱۱/۴۲	۶۴/۴۰	۱-۶ سال	
	۷۵/۰۰	۵۷/۳۹	۶۴/۵۸	۱۴/۰۹	۶۵/۴۵	۷-۱۱ سال	
	۷۷/۰۸	۶۲/۵۰	۷۱/۸۸	۱۱/۷۴	۷۰/۰۳	بالای ۱۱ سال	
* / .۲۴۳	۸۳/۳۳	۵۴/۱۷	۷۰/۳۱	۱۵/۱۴	۶۹/۴۳	دارد	
	۷۱/۸۸	۵۹/۳۸	۶۴/۵۸	۱۱/۸۶	۶۴/۹۵	ندارد	
** / .۱۵۲	۷۳/۹۶	۶۱/۴۶	۶۶/۶۷	۱۳/۳۱	۶۷/۲۳	ایده آل	
	۷۱/۸۸	۵۹/۹۰	۶۵/۱۰	۱۰/۷۲	۶۵/۰۵	اضافه وزن	
	۷۱/۸۸	۵۳/۱۳	۶۲/۵۰	۱۳/۹۲	۶۳/۳۰	چاق	

* آزمون من‌ویتنی یو ** آزمون کروسکال والیس

جدول ۳- پیش‌بینی‌کننده‌های نمره کیفیت زندگی با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه به‌روش گام به گام در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان دکتر پیروز لاهیجان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ (n=۲۴۵)

p-value	فاصله اعتماد ۹۵٪ ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضریب رگرسیونی استاندارد نشده	حالت	عوامل مرتبط
	حد بالا	حد پایین			
<۰/۰۰۱	۴۵/۶۰۲	۱۴/۵۶۵	۳۰/۰۸۳	مقدار ثابت	
<۰/۰۰۹	۸/۱۸۰	۱/۱۸۵	۴/۶۸۳	مرد	جنس
طبقه‌رفرنس				زن	
<۰/۰۶۱	۰/۲۲۳	-۱۰/۱۸۲	-۴/۹۸۰	بازنشسته	شغل
<۰/۰۵۷۶	۴/۳۷۴	-۷/۸۷۱	-۱/۷۴۸	بی‌کار/ خانه‌دار	
<۰/۰۳۵	--/۳۸۸	-۱۰/۳۲۸	-۵/۳۶۳	کارگر/ کشاورز/ آزاد	
<۰/۳۴۰	۲/۷۵۴	-۷/۹۷۸	-۲/۶۱۲	کارمند بهداشت و درمان	
طبقه‌رفرنس				کارمند غیر بهداشت و درمان	
<۰/۰۰۵	-۵/۰۲۷	-۲۷/۸۹۶	-۱۶/۴۶۱	جدا شده/ همسر فوت کرده	وضعیت تأهل
<۰/۰۰۱	-۱۲/۹۷۳	-۳۷/۷۶۰	-۲۵/۳۶۷	متأهل	
طبقه‌رفرنس				مجرد	
<۰/۰۰۱	-۴/۱۸۹	-۱۱/۷۲۵	-۷/۹۵۷	کم‌تر از یک میلیون	درآمد ماهیانه
<۰/۰۲۰	--/۷۳۶	-۸/۶۲۷	-۴/۶۸۶	۱ تا زیر ۲ میلیون	
<۰/۰۱۳	-۱/۰۶۵	-۹/۰۱۵	-۵/۰۴۰	۲ تا زیر ۳ میلیون	
طبقه‌رفرنس				۳ میلیون و بالاتر	
<۰/۰۰۱	۲۵/۹۰۶	۹/۰۷۶	۱۷/۴۹۱	بافرزند مجرد	شرایط زندگی با خانواده
<۰/۰۰۱	۲۶/۲۱۰	۸/۸۳۹	۱۷/۵۲۴	باهمسر	
<۰/۰۰۱	۳۰/۰۳۶	۱۲/۱۹۶	۲۱/۱۱۶	باهمسر و فرزند	
طبقه‌رفرنس				تنها	
<۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۱۴۷	۰/۳۳۲	سن	
<۰/۰۰۱	۱/۵۴۷	۱/۰۳۷	۱/۲۹۲	نمره پذیرش بیماری	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده پذیرش بیماری و عوامل فردی-اجتماعی بر کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون بود. در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره پذیرش بیماری و کیفیت زندگی به‌ترتیب $۳۱/۸۳ \pm ۴/۹۸$ و $۶۵/۳۲ \pm ۱۲/۱۸$ به‌دست آمد.

میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش‌گویی کیفیت زندگی بالاتر از میانگین است. هم‌سو با این نتایج، باغی و همکاران در مطالعه خود کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری

خون را مطلوب (۳) و عبادی و همکاران نیز کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون را بالاتر از میانگین گزارش نمودند (۱۵). این در حالی است که ستوده اصل و همکاران در نتایج مطالعه خود بر پایین بودن کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون، تأکید کردند (۲۶). غیرتی قاسم‌آبادی و موسوی بزاز نیز کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون را پایین‌تر از میانگین و در سطح نامطلوبی گزارش نمودند (۲۷). اغلب مطالعات صورت گرفته در این زمینه اذعان دارند که بیماری‌های مزمن، باعث کاهش کیفیت زندگی

بیماران شده است؛ اما در مطالعه حاضر مبتلایان به پرفشاری خون از کیفیت زندگی بالاتر از میانگین برخوردار بودند که می‌تواند به دلیل بالا بودن سطح تحصیلات نمونه‌های پژوهش (بیش از ۶۰٪ تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند) و همچنین بالاتر بودن پذیرش بیماری در آنان باشد که با توجه به وجود همبستگی بین پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در مطالعه حاضر، احتمالاً بر کیفیت زندگی آنان مؤثر بوده است.

در این مطالعه، یافته‌های حاصل از آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که متغیرهای سن، جنس، شغل، درآمد، شرایط زندگی با خانواده، وضعیت تأهل و پذیرش بیماری از عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در نمونه‌های پژوهش بوده‌اند. به گونه‌ای که با افزایش سن، کیفیت زندگی بیماران نیز افزوده شد. مردان نسبت به زنان کیفیت زندگی بالاتری داشتند. گروه شغلی کارگر/کشاورز/آزاد، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به کارمندان داشتند. بیماران با درآمد کمتر کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. بیمارانی که بافرزند مجرد، باهمسر یا باهمسر و فرزند زندگی می‌کردند نسبت به بیمارانی که تنها زندگی می‌کردند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. متأهل‌ها نسبت به بیماران مجرد، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند و در نهایت بیمارانی که پذیرش بیماری کم‌تری داشتند، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند.

در همین راستا منصوری قزلحصاری و همکاران در نتایج مطالعه خود گزارش نمودند که سن با کیفیت زندگی رابطه معنادار و معکوسی دارد (۱۶)، اما جبل‌عاملی و همکاران در مطالعه خود ارتباط معناداری بین سن و کیفیت زندگی در

مبتلایان به پرفشاری خون، گزارش نکردند (۲۸). نودهی مقدم و همکاران نیز در مطالعه خود اذعان دارند که سن رابطه معناداری با کیفیت زندگی افراد ندارد (۲۹). این احتمال وجود دارد که بالا رفتن سن در مبتلایان به پرفشاری خون با شرایط شغلی باثبات‌تر و به‌دنبال آن درآمد بیشتر همراه بوده که می‌تواند به نوعی اثر مثبتی بر کیفیت زندگی آنان گذاشته باشد.

همچنین در این مطالعه مردان کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان داشتند. این در حالی است که باغی و همکاران در نتایج مطالعه خود نشان دادند که تفاوت معناداری بین جنس و کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون وجود نداشته است (۳). Jankowska-Polanska و همکاران در نتایج مطالعه خود ارتباط معناداری بین جنس و کیفیت زندگی گزارش کردند، اما در این مطالعه زنان کیفیت زندگی بالاتری داشتند (۱۷). همچنین Jankowska-Polanska و همکاران (۱۷) پس از مطالعه بر روی کیفیت زندگی بیماران مزمن، ارتباط معناداری بین جنس و کیفیت زندگی مشاهده نکردند. ارتباط معنادار بین این دو متغیر در مطالعه حاضر، می‌تواند به دلیل بالا بودن پذیرش بیماری در مردان باشد، چرا که در نتایج، ارتباط آماری معنادار پذیرش بیماری با کیفیت زندگی تأیید شده است، در نتیجه می‌توان ادعا کرد که مردان به دلیل پذیرش بیماری بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

همچنین با افزایش سطح درآمد، نمره کیفیت زندگی در بیماران نیز افزایش می‌یابد، هم‌راستا با این نتایج، عبادی و همکاران نیز ارتباط معناداری بین این دو متغیر گزارش کرده‌اند و اذعان دارند

ماه‌یانه، شرایط زندگی با خانواده و پذیرش بیماری برای کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون، می‌تواند مبنای علمی را برای کارکنان بهداشت و درمان به‌ویژه پرستاران فراهم نماید، تا با تکیه به این نتایج، برنامه مراقبتی مناسب را برای بیماران مبتلا به پرفشاری خون طراحی و اجرا نموده و در نهایت به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کنند. همچنین با توجه به پیش‌بینی‌کننده‌گی پذیرش بیماری برای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای مناسب جهت بهبود وضعیت پذیرش بیماری، می‌تواند به ارتقای سطح کیفیت زندگی این دسته از بیماران منجر شود.

از محدودیت‌های مطالعه، محدود بودن محیط پژوهش به یک مرکز بود که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران از مراکز خصوصی و مراکز حمایت از مبتلایان به بیماری‌های مزمن در مطالعات خود استفاده نمایند. نمونه‌گیری به‌روش دردسترس از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از بیماران بستری و در سطح محیط پژوهشی وسیع‌تر نمونه‌گیری به‌عمل آید.

تشریح و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان است. بدین‌وسیله از مسؤولان محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مسؤول محترم بیمارستان شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، مراتب سپاس و قدردانی به‌عمل می‌آید.

نمره کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون که هماهنگی بیش‌تر بین درآمد و مخارج زندگی همراه با پس‌انداز دارند، نسبت به سایرین بیش‌تر بوده است (۱۵). اما نودهی مقدم و همکاران در نتایج مطالعه خود بیان می‌کنند که سطح درآمد تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی نداشته است (۲۹). این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که نمونه‌های مورد پژوهش در مطالعه نودهی مقدم و همکاران را سالمندان تشکیل می‌دادند که سطح درآمدهایشان تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته است. در همین مورد تاجور و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که وضعیت اقتصادی از عوامل تعیین‌کننده مهم نمره کیفیت زندگی است (۳۱). به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که درآمد کافی از جمله عوامل مؤثر در داشتن زندگی با کیفیت بالاست و سطح درآمد بالاتر می‌تواند موجب برآورده شدن نیازهای پایه فرد و همین‌طور مشارکت او در جامعه، بهره‌مندی از اوقات فراغت، رفاه بیش‌تر، دسترسی آسان‌تر به درمان و اقلام دارویی مورد نیاز، تغذیه غنی‌تر و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتر شود. همچنین بیمارانی که باهمسر و فرزندانشان زندگی می‌کردند، دارای بالاترین نمره کیفیت زندگی نسبت به سایرین بودند. همسو با این نتیجه باغی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که کیفیت زندگی بیمارانی که باهمسر و فرزندانشان زندگی می‌کردند، بیش از بیمارانی بود که به تنهایی زندگی می‌کردند (۳). می‌توان گفت که زندگی در کنار خانواده و برخورداری از حمایت‌های آنان می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی افراد کمک کند.

بنابر یافته‌های این مطالعه، پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد

References

- 1 - Xu X, Rao Y, Shi Z, Liu L, Chen C, Zhao Y. Hypertension impact on health-related quality of life: a cross-sectional survey among middle-aged adults in Chongqing, China. *Int J Hypertens*. 2016; 2016: 7404957. doi: 10.1155/2016/7404957.
- 2 - Mohsen MM, Riad NA, Badawy AE, Abd El Gafar SE, Abd El-Hammed BM, Eltomy EM. Tele-nursing versus routine outpatient teaching for improving arterial blood pressure and body mass index for hypertensive patients. *American Journal of Nursing Research*. 2020; 8(1): 18-26. doi: 10.12691/ajnr-8-1-3.
- 3 - Baghi V, Baghban Karimi E, Jafari H, Ghanei Gheshlagh R. [Predicting the quality of life of patients with hypertension based on resilience and social support]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2018; 5(6): 24-30. doi: 10.21859/ijpn-05064. (Persian)
- 4 - Bairami Sh, Fathi Y, Mohammadinasab S, Barati M, Mohammadi Y. [Relationship between self-care behaviors and quality of life among hypertensive patients visiting comprehensive health centers in Hamadan, Iran]. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1): 20-27. doi: 10.21859/jech.4.1.20. (Persian)
- 5 - Oori MJ, Mohammadi F, Norozi K, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A, Gheshlagh RG. Prevalence of HTN in Iran: meta-analysis of published studies in 2004-2018. *Curr Hypertens Rev*. 2019; 15(2): 113-122. doi: 10.2174/1573402115666190118142818.
- 6 - Baljani E, Rahimi Jh, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. [Effects of a nursing intervention on improving self-efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 17(1): 45-54. (Persian)
- 7 - Limoe K, Molavynjad Sh, Asadizaker M, Heidari A, Maraghi E. [Effect of home-based cardiac rehabilitation on health related quality of life of patients following coronary artery bypass grafting surgery: a randomized clinical trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 25(2): 124-137. (Persian)
- 8 - Akbari M, Moosazadeh M, Ghahramani S, Tabrizi R, Kolahdooz F, Asemi Z, et al. High prevalence of hypertension among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2017 Jun; 35(6): 1155-1163. doi: 10.1097/HJH.0000000000001261.
- 9 - Khazen A, Mousavinezhad M. [The effect of physical activity on the quality of life in individuals with hypertension]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 63(1): 2130-2137. doi: 10.22038/MJMS.2020.15656. (Persian)
- 10 - Darabi F, Maheri M. [Relationship between the educational phase of the PRECEDE model and the quality of life among postmenopausal women referred to the clinics of Asadabad city in 2021]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2022; 28(2): 130-147. (Persian)
- 11 - Afsharnia E, Pakgozar M, Khosravi Sh, Haghani H. [The quality of life and related factors in men with andropause]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(1): 38-49. (Persian)
- 12 - Shafaii M, Payami M, Amini K, Pahlevan Sharif S. [The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(4): 325-338. (Persian)
- 13 - Bhandari N, Bhusal BR, Takma KC, Lawot I. Quality of life of patient with hypertension in Kathmandu. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016 Dec; 3(4): 379-384. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.10.002.
- 14 - Preto O, Amaral O, Duarte J, Chaves C, Coutinho E, Nelas P. Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care. 2nd icH&Hpsy International Conference on Health and Health Psychology: July 2016. doi: 10.15405/epsbs.2016.07.02.21.

- 15 - Ebadi A, Shamsi A, Refahi AA, Saied Y. [Comparison of the quality of life in men with and without hypertension]. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2012; 20(1): 5-15. (Persian)
- 16 - Mansourie Ghezalhesari E, Emami Moghadam Z, Movahhedifar M, Behnam Vashani H. [Relationship between the quality of work life and demographic characteristics of nurses working in educational hospitals in Mashhad, Iran]. *Navid No, Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021 Oct; 24(78): 87-95. doi: 10.22038/NNJ.2021.54728.1255. (Persian)
- 17 - Jankowska-Polanska B, Kaczan A, Lomper K, Nowakowski D, Dudek K. Symptoms, acceptance of illness and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Mar; 17(3): 262-272. doi: 10.1177/1474515117733731.
- 18 - Obieglo M, Uchmanowicz I, Wleklík M, Jankowska-Polanska B, Kusmierz M. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016 Jun; 15(4): 241-7. doi: 10.1177/1474515114564929.
- 19 - Nargesi Khoramabad N, Javadi A, Mohammadi R, Khazae A, Amiri A, Moradi N, et al. [Assessment of the self-care level against COVID-19 and its related factors among hemodialysis patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2022; 28(3): 310-321. (Persian)
- 20 - Schiffrin EL, Flack JM, Ito S, Muntner P, Webb RC. Hypertension and COVID-19. *Am J Hypertens*. 2020 Apr 29; 33(5): 373-374. doi: 10.1093/ajh/hpaa057.
- 21 - Jalali SF, Javanian M, Ghadimi R, Bijani A, Mouodi S. Blood pressure screening campaign in the adult population. *Health Scope*. 2021; 10(1): e110707. doi: 10.5812/jhealthscope.110707.
- 22 - Plichta SB, Kelvin EA, Munro BH. *Munro's statistical methods for health care research*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- 23 - Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med*. 1984; 18(10): 889-98. doi: 10.1016/0277-9536(84)90158-8.
- 24 - World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: World Health Organization; December 1996.
- 25 - Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. [The world health organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4): 1-12. (Persian)
- 26 - Sotodeh Asl N, Avazabadian M, Ghorbani R, Malek F. [Quality of life in patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus]. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2020; 22(2): 263-268. doi: 10.29252/koomesh.22.2.263. (Persian)
- 27 - Gheirati Ghasemabadi A, Mousavi Bazaz M. [Quality of life and its related factors in hypertensive patients]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020; 12(2): 80-87. doi: 10.52547/nkums.12.2.80. (Persian)
- 28 - Jabalameli Sh, Neshat Doost HT, 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. (Persian)
- 29 - Nodehi Moghadam A, Rashid N, Hosseini Ajdad Niaki SJ, Hosseinzadeh S. [Evaluation of quality of life and its related factors in elderly in Mashhad in 2017]. *Salmand, Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3): 310-319. doi: 10.32598/sija.13.10.160. (Persian)
- 30 - Bak-Drabik K, Ziora D. The impact of socioeconomic status on the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Advances in Respiratory Medicine*. 2010; 78(1): 3-13. doi: 10.5603/ARM.27747.
- 31 - Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008 Sep 22; 8: 323. doi: 10.1186/1471-2458-8-323.

Acceptance of illness and social, individual factors as the predictors of quality of life in hypertensive patients

Samira Khatar¹, Leila Mirhadyan^{1*}, Homa Mosaffa Khomami¹, Ehsan Kazemnejad Leili²

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2023
Accepted: Mar. 2023
Published: 21 May 2023

Corresponding author:
Leila Mirhadyan
e-mail:
LM30075@yahoo.com

Abstract

Background & Aim: Many factors affect the hypertensive patients' quality of life. Identifying the factors related to the quality of life can help to promote the quality of life in hypertensive patients. This study aimed to determine the predictive role of illness acceptance and social, individual factors in the hypertensive patients' quality of life.

Methods & Materials: This correlational, cross-section study was conducted in 2020-2021 on 245 hypertensive patients referred to a hypertension clinic in Lahijan selected by the convenience sampling method. Data were collected by a questionnaire, including demographic information, Acceptance of Illness Scale and the WHO's Quality of Life-Brief questionnaire. Data were analyzed by multiple linear regression at a 95% confidence level using the SPSS software version 23.

Results: The mean score for the quality of life was 65.32 ± 12.18 (0-100) and for the acceptance of illness was 31.83 ± 4.98 (8-40). Age, sex, employment status, marital status, monthly income, family arrangement and the acceptance of illness were identified as the predictors of quality of life in hypertensive patients ($P < 0.001$). According to the coefficient of determination ($R^2 = 0.401$), the variables of the final regression model explained about 40% of the quality-of-life changes among hypertensive patients.

Conclusion: Given that the acceptance of illness and some social, individual factors can affect the hypertensive patients' quality of life, focus on the strategies to promote the acceptance of illness and paying attention to social, individual factors can help improve the quality of life among hypertensive patients.

Key words: quality of life, patient acceptance of health care, hypertension

Please cite this article as:

Khatar S, Mirhadyan L, Mosaffa Khomami H, Kazemnejad Leili E. [Acceptance of illness and social, individual factors as the predictors of quality of life in hypertensive patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 29(1): 47-60. (Persian)

1 - Dept. of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran
2 - Dept. of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran; Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

