

بررسی ارتباط پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان علوی آبادان: ۱۴۰۳-۱۴۰۴

مهدی دیوان^۱، ساسان قربانی^۲، عاطفه زاهدی^۳، محمد محبوبی^{۴*}

^۱کمیتة تحقیقاتی دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، ایران، آبادان، ^۲گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران، ^۳گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران.

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: فشارخون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که به طور قابل توجهی بر سلامت جسمی و روانی بیماران و کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین و بررسی ارتباط پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان علوی آبادان بود.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که بر روی ۲۵۳ بیمار مبتلا به فشارخون بالا که به بیمارستان علوی مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد معتبر: WHOQOL-26 برای کیفیت زندگی و مقیاس پذیرش بیماری جمع‌آوری شدند. پس از بررسی توزیع داده‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون‌های من ویتنی، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی ساده و چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی ۵۸/۸۰ و میانگین نمره پذیرش بیماری ۲۸/۵۴ بود. همبستگی مثبت قوی بین کیفیت زندگی و پذیرش بیماری مشاهده شد ($p = ۰/۹۲۸$, $p > ۰/۰۰۱$). تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که پذیرش بیماری، سن و وضعیت تأهل پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی هستند. مدل رگرسیون نهایی ۹۱/۵ درصد واریانس کیفیت زندگی را نشان داد ($R^2 = ۰/۹۱۵$). متغیرهایی مانند: وضعیت بیمه سلامت، بیمه تکمیلی، سابقه خانوادگی، سیگار کشیدن و BMI از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

نتیجه‌گیری: پذیرش بیماری نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا دارد. پرداختن به این مؤلفه روانشناختی در کنار مداخلات بالینی می‌تواند وضعیت روانی، اجتماعی و عملکردی بیماران را بهبود بخشد. تقویت پذیرش بیماری باید به عنوان یک هدف کلیدی در برنامه‌های مراقبتی و آموزشی با هدف بهبود کیفیت زندگی در این جمعیت در اولویت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: فشار خون بالا، کیفیت زندگی، پذیرش بیماری

*نویسنده مسئول: محمد محبوبی، آبادان، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، گروه بهداشت عمومی

Email: mm59m@yahoo.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد"

مقدمه

ابتلا به پرفشاری خون یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در دنیای امروزی است. شیوع بالای ۲۰ درصدی این بیماری در جمعیت جهانی سبب شده است تا سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان از تأثیر مستقیم پرفشاری خون بمیرند. بنابراین، افزایش رو به رشد پرفشاری خون در جهان هشدار جدی برای توجه بیشتر به این بیماری است. شواهد نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر در میان بیماری‌های غیر واگیر، پرفشاری خون اولین عامل مرگ و میر در جهان است، به طوری شیوع جهانی آن در بزرگسالان حدود ۳۰ درصد برآورد شده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۵ میلیارد نفر برسد (۱). پرفشاری خون یک بیماری مزمن است که در آن فشار خون در شریان‌ها بالا می‌رود. در اثر این افزایش فشار، قلب باید برای حفظ گردش خون در رگ‌های خونی شدیدتر از حالت طبیعی فعالیت کند. فشارخون شامل دو مقیاس سیستولی و دیاستولی است که به ترتیب وابسته به انقباض و شل شدن ماهیچه‌های قلب بین ضربان‌ها می‌باشد. گفتنی است بیماری پرفشاری خون به دلیل نداشتن نشانه‌های آشکار به قاتل خاموش نیز معروف است. بررسی‌های کشوری شیوعی بین ۲۵ تا ۳۰ درصد را گزارش کرده‌اند (۲). پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین و معمول‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه محسوب می‌شود که از نظر هزینه درمانی و مراقبتی، رقم بالایی را به خود اختصاص می‌دهد.

پرفشاری خون یک بیماری مزمن است که معمولاً نیاز به درمان در طول زندگی دارد و مانند اغلب بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد. در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، پرفشاری خون موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی‌های قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳). کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین موضوعات پژوهش‌های بالینی می‌باشد. کیفیت زندگی مفهومی است که بیانگر تأثیرات روحی، جسمی، روانی و اجتماعی بیماری بر روی زندگی روزمره فرد بیمار است که به میزان قابل توجهی نیز بر رضایت شخصی و موفقیت وی در زندگی تأثیرگذار می‌باشد و امروزه به عنوان یک پیامد مهم بالینی در بیماران مزمن در نظر گرفته می‌شود. کیفیت زندگی را می‌توان به عنوان یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه کلی در نظر گرفت و در حال حاضر از آن به عنوان یک شاخص کلیدی که باید به صورت معمول در پژوهش‌های بهداشتی در نظر گرفته شود، یاد می‌کنند (۴). بررسی‌ها نشان داده است که افراد سالم سطح کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارند (۵ و ۴). کیفیت زندگی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت محسوب می‌گردد. به گونه‌ای که به عقیده هنکلیف و همکاران برای تعیین نیازهای حیطه سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، کیفیت زندگی آنها باید مورد بررسی قرار گیرد. از دیدگاه فاسینو، امروزه کیفیت زندگی یک شاخص

اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است و برای ارزیابی صحیح کیفیت زندگی باید به ابعاد آن توجه گردد(۶).

یکی از مهم‌ترین سازه‌ای که با کیفیت زندگی در بیماران با بیماری مزمن می‌تواند رابطه داشته باشد، پذیرش(کنار آمدن) بیماری است. پذیرش بیماری به معنای احساس ضعف در مقابل بیماری و انکار آن نیست، بلکه ریشه در اعتماد به نفس جهت پذیرش و کنار آمدن با مسائل خارج از کنترل فرد دارد و به فرد جهت تحمل بهتر بیماری کمک می‌کند. عدم پذیرش بیماری ممکن است موجب عدم تطابق با بیماری شده و فرآیند درمان را با تأخیر مواجه کند(۷). پذیرش بیماری همراه با نگرش‌های خوش بینانه به عنوان پیش‌بینی کننده‌های قوی کیفیت زندگی در نظر گرفته شده‌اند(۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش پذیرش بیماری با افزایش نگرش‌های منفی و ناتوانی همراه است و افرادی که پذیرش بیشتری دارند، قادر به کنترل بهتر و مؤثرتر خود هستند(۹). با توجه به این که پرفشاری خون در جوامع شیوع بالایی دارد و یکی از چالش‌های مهم این بیماری بدون علامت بودن بودن بیماری در مراحل اولیه می‌باشد و همین مساله منجر به عدم پذیرش بیماری از سوی فرد مبتلا و در نتیجه عدم مصرف منظم دارو جهت کنترل آن می‌باشد، شیوع موارد کنترل نشده در جامعه و بروز بیماری‌های مهم

دیگر از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی و کلیه متعاقب آن افزایش می‌یابد که می‌تواند خسارات جبران ناپذیری را به جامعه تحمیل نماید، از این رو پذیرش بیماری و درمان مناسب پرفشاری خون می‌تواند هم بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مطلوبی داشته باشد و هم از بار بیماری‌هایی هم‌چون بیماری‌های قلبی - عروقی در جامعه بکاهد.

با وجود اهمیت موضوع، شکاف مطالعاتی آشکاری در زمینه ارتباط پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بافت فرهنگی و اجتماعی ایران و به ویژه در منطقه آبادان وجود دارد. بیشتر پژوهش‌های داخلی انجام شده بر روی عوامل بالینی یا جمعیت‌شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی متمرکز بوده‌اند و به ندرت نقش متغیرهای روان‌شناختی عمیق‌تری مانند پذیرش بیماری را به طور هم‌زمان مورد بررسی قرار داده‌اند، از سوی دیگر، نتایج بررسی‌ها در سایر کشورها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، سیستم‌های بهداشتی و سطح دسترسی به خدمات، لزوماً قابل تعمیم به جامعه ایران نیستند.

لزوم انجام این تحقیق از چند جهت حایز اهمیت است؛ اولاً، شناسایی قدرت ارتباط بین پذیرش بیماری و کیفیت زندگی می‌تواند متغیرهای کلیدی برای مداخلات روان‌شناختی آینده را مشخص کند. ثانیاً، درک این رابطه در بیماران مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر آبادان، می‌تواند به طراحی برنامه‌های مراقبتی بومی‌سازی شده و متناسب با

نیازهای این جمعیت خاص کمک نماید. ثالثاً، این مطالعه با پر کردن شکاف پژوهشی موجود، می‌تواند مبنایی برای پژوهش‌های طولی آینده جهت بررسی تأثیر مداخلات مبتنی بر افزایش پذیرش بیماری باشد. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین و بررسی ارتباط پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان علوی آبادان بود.

روش بررسی

این پژوهش به صورت توصیفی - مقطعی می‌باشد که بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان علوی شهرستان آبادان انجام شد. جامعه آماری شامل افرادی با تشخیص تأییدشده پرفشاری خون بود. حجم نمونه ۲۵۳ نفر، بر اساس پژوهش‌های مشابه و با استفاده از فرمول پیشنهادی ختار و همکاران (۱۰) محاسبه شد:

$$\sigma=12/18$$

$$\alpha=0/05$$

$$d=1/5$$

$$n=\frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی و در دسترس انجام گرفت. معیارهای ورود تشخیص پرفشاری خون به وسیله پزشک برای حداقل ۶ ماه، سن بالای ۱۸ سال، توانایی برقراری ارتباط کلامی و روانی و تمایل به مشارکت در مطالعه با امضای رضایت‌نامه آگاهانه و معیارهای خروج: ابتلای

هم‌زمان به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده دیگر(مانند نارسایی قلبی شدید، سرطان پیشرفته)، وجود اختلالات شناختی یا روان‌پزشکی شدید و تکمیل نشدن بیش از ۱۵ درصد از گویه‌های پرسشنامه بود. داده‌ها با استفاده از یک چکلیست اطلاعات دموگرافیک و دو ابزار استاندارد شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و مقیاس پذیرش بیماری (AIS) جمع‌آوری شدند. چکلیست دموگرافیک شامل؛ متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، درآمد ماهانه، پوشش بیمه درمانی، بیمه تکمیلی، شرایط زندگی، سابقه خانوادگی پرفشاری خون، مدت ابتلا به پرفشاری خون، مصرف دخانیات و شاخص توده بدنی بود. پرسشنامه WHOQOL-BREF، طراحی شده به وسیله سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶، شامل ۲۶ سؤال برای ارزیابی کیفیت زندگی کلی در دامنه ۰ تا ۱۰۰ است، که نمرات ۰-۳۳ نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف، ۳۴-۶۶ متوسط و ۶۷-۱۰۰ خوب تلقی می‌شود. روایی و پایایی نسخه پارسی این ابزار به وسیله نجات و همکاران در مطالعه‌ای با ۱۱۶۷ شرکت کننده در تهران تأیید شد (۱۱). ضریب پایایی بازآزمون برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب: ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۴ بود. آلفای کرونباخ در گروه‌های سالم و بیمار بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۴ گزارش شد. مقیاس پذیرش بیماری (AIS)، طراحی شده

به وسیله فلتون و همکاران، شامل ۸ سؤال در مورد محدودیت‌های ناشی از بیماری، کاهش استقلال، عملکرد، وابستگی به دیگران و کاهش اعتماد به نفس است. امتیازات در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای محاسبه شده و دامنه نمرات ۸ تا ۴۰ است، که نمرات ۸-۱۸، ۱۹-۲۹ و ۳۰-۴۰ به ترتیب نشان‌دهنده عدم پذیرش، پذیرش متوسط و پذیرش بالای بیماری است. روایی و پایایی نسخه پارسی این ابزار به وسیله ختار و همکاران، با شاخص نسبت روایی محتوا ($CVR=0/62$)، شاخص روایی محتوا (CVI) مورد تأیید ۱۰ متخصص، ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای ($ICC=0/975$)، پایایی بازآزمایی ۰/۹۸ و آلفای کرونباخ ۰/۶۲۸ تأیید شد (۱۰).

شرکت‌کنندگان باسواد پرسشنامه‌ها را به صورت مستقل تکمیل کردند، در حالی که برای افراد بی‌سواد، پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه به وسیله پژوهشگر تکمیل شد. نمونه‌گیری تا دستیابی به حجم نمونه موردنظر ادامه یافت. پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق، معرفی‌نامه‌ای از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آبادان دریافت کرد و با هماهنگی مدیر کلینیک فشار خون بیمارستان علوی، اهداف و روش مطالعه را تشریح نمود. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان واجد شرایط اخذ شد و محرمانگی داده‌ها و گزارش جمعی نتایج به آن‌ها اطمینان داده شد، جمع‌آوری داده‌ها در محیط کلینیک انجام گرفت.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری من ویتنی، اسپیرمن و رگرسیون خطی ساده، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۱ توزیع متغیرهای دموگرافیک را نشان می‌دهد. اکثریت شرکت‌کنندگان زن (۶۰/۱ درصد، تعداد=۱۵۲) و متأهل (۷۱/۵ درصد، تعداد=۱۸۱) بودند. از نظر شغلی، بازنشستگان با ۴۶/۶ درصد (تعداد=۱۱۸) بیشترین سهم را داشتند، پس از آن کارگران (۱۹ درصد، تعداد=۴۸)، بیکاران (۱۸/۶ درصد، تعداد=۴۷)، کارمندان (۹/۹ درصد، تعداد=۲۵) و افراد با شغل آزاد (۵/۹ درصد، تعداد=۱۵) قرار داشتند. تحصیلات دانشگاهی با ۴۰/۳ درصد (تعداد=۱۰۲) (تعداد) شایع‌ترین سطح تحصیلی بود، سپس دیپلم (۳۱/۶ درصد، تعداد=۸۰)، زیر دیپلم (۱۷ درصد، تعداد=۴۳) و بی‌سواد (۱۱/۱ درصد، تعداد=۲۸). توزیع سنی نشان داد که ۴۹/۴ درصد (تعداد=۱۲۵) در گروه سنی ۶۵ سال و کمتر بودند.

از نظر مدت ابتلا به پرفشاری خون ۳۰/۴ درصد، (تعداد=۷۷) بیش از ۸ سال سابقه داشتند، و کمترین گروه (۱۱/۹، تعداد=۳۰) کمتر از ۲ سال مبتلا بودند. شاخص توده بدنی (BMI) نشان داد که ۳۵/۶ درصد (تعداد=۹۰) دارای اضافه وزن و ۳۲/۴ درصد (تعداد=۸۲) چاق بودند، در حالی که ۲۱/۳ درصد (تعداد=۵۴) وزن مطلوب و ۱۰/۳

درصد (تعداد=۲۶) لاغر بودند. یک مورد (۰/۴ درصد) داده BMI نداشت. همچنین، ۷۱/۵ درصد (تعداد=۱۸۱) دارای بیمه درمانی، ۳۰/۸ درصد (تعداد=۷۸) دارای بیمه تکمیلی، ۷۴/۷ درصد (تعداد=۱۸۹) دارای سابقه خانوادگی پرفشاری خون و ۶۹/۶ درصد (تعداد=۱۷۶) دارای سابقه استعمال دخانیات بودند (جدول ۲).

جدول ۳ توزیع کیفیت زندگی و پذیرش بیماری را نشان می‌دهد. میانگین QoL برابر با $26/97 \pm 58/80$ (دامنه: ۱۰-۱۰۰، میانه: ۵۵) بود، با ۳۹/۱ درصد (تعداد=۹۹) در دسته عالی، ۳۵/۶ درصد (تعداد=۹۰) متوسط و ۲۵/۳ درصد (تعداد=۶۴) ضعیف گزارش گردید. میانگین پذیرش $28/54 \pm 7/34$ (دامنه: ۱۰-۴۰، میانه: ۲۸) بود، که ۴۷/۸ درصد (تعداد=۱۲۱) پذیرش متوسط، ۴۰/۷ (تعداد=۱۰۳) بالا و ۱۱/۵ درصد (تعداد=۲۹) پایین داشتند.

آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع متغیرها غیرنرمال است ($p < 0/001$). به همین دلیل، از آزمون همبستگی اسپیرمن برای بررسی رابطه بین QoL و پذیرش بیماری استفاده شد. جدول ۴ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد، که ضریب همبستگی قوی و مثبت ($p = 0/928$ ، $p < 0/001$) بین این دو متغیر را تأیید می‌کند، به طوری که افزایش پذیرش بیماری با بهبود QoL همراه است.

جدول ۵ میانگین QoL و پذیرش بیماری را بر اساس متغیرهای زمینه‌ای نشان می‌دهد. افراد ۶۶

سال ($82/36 \pm 15/47$ برای QoL، $34/14 \pm 3/88$ برای پذیرش) نسبت به گروه ≥ 40 سال ($27/03 \pm 5/49$ برای QoL، $19/61 \pm 5/50$ برای پذیرش) مقادیر بالاتری داشتند ($p < 0/001$). مردان ($63/97 \pm 26/53$ برای QoL، $31/42 \pm 6/85$ برای پذیرش) نسبت به زنان ($51/01 \pm 25/86$ برای QoL، $26/65 \pm 7/26$ برای پذیرش) و افراد مجرد ($65/56 \pm 24/23$ برای QoL، $32/88 \pm 5/95$ برای پذیرش) نسبت به متأهل‌ها ($56/11 \pm 27/59$ برای QoL، $26/83 \pm 7/31$ برای پذیرش) مقادیر بالاتری گزارش کردند ($p < 0/001$). بازنشستگان ($79/25 \pm 18/85$ برای QoL، $33/62 \pm 4/82$ برای پذیرش) بالاترین و کارمندان ($32/72 \pm 9/97$ برای QoL، $23/44 \pm 8/61$ برای پذیرش) پایین‌ترین مقادیر را داشتند ($p < 0/001$). افراد با تحصیلات زیر دیپلم ($49/09 \pm 25$ برای QoL، $31/33 \pm 6/47$ برای پذیرش) نسبت به دانشگاهیان ($55/15 \pm 27/97$ برای QoL، $26/97 \pm 7/68$ برای پذیرش) مقادیر بالاتری داشتند ($p = 0/001$). افراد با سابقه خانوادگی ($61/62 \pm 26/64$ برای QoL، $29/88 \pm 7/03$ برای پذیرش) نسبت به بدون سابقه ($50/45 \pm 26/39$ برای QoL، $25/34 \pm 7/44$ برای پذیرش) مقادیر بهتری داشتند ($p = 0/004$). بیمه درمانی، بیمه تکمیلی، مدت ابتلا و BMI تأثیر معنی‌داری بر QoL یا پذیرش نداشتند ($p > 0/05$).

جدول ۶ نتایج مدل‌های رگرسیون را نشان می‌دهد. در مدل ساده، پذیرش بیماری ۸۲/۱ درصد از تغییرات QoL را تبیین کرد ($R^2 = 0/821$ ، خطای استاندارد = $11/446$ ، $p < 0/001$). در مدل چندگانه با

سابقه خانوادگی، استعمال دخانیات و BMI تأثیر معنی‌داری نداشتند ($p < 0/05$).

این یافته‌ها نشان می‌دهند که متغیرهای دموگرافیک و بالینی، به‌ویژه سن، جنسیت، تأهل، اشتغال، تحصیلات و سابقه خانوادگی، تأثیر قابل‌توجهی بر QoL و پذیرش بیماری دارند، در حالی که بیمه، مدت ابتلا و BMI نقش کمتری ایفا کردند. رابطه قوی بین پذیرش بیماری و QoL بر اهمیت مداخلات روانی برای بهبود سازگاری بیماران تأکید دارد.

افزودن متغیرهای سن، تأهل، بیمه درمانی، بیمه تکمیلی، سابقه خانوادگی، استعمال دخانیات و BMI، R^2 به ۰/۹۱۵ افزایش یافت (خطای استاندارد = ۷/۹۷۹، $p < 0/001$). آزمون آنالیز واریانس نشان داد هر دو مدل معنی‌دارند ($F = 1145/642$ برای مدل ۱ و $F = 328/575$ برای مدل ۲، $p < 0/001$). ضرایب رگرسیونی نشان داد که پذیرش ($\beta = 0/392$)، سن ($\beta = 0/612$) و تأهل ($p < 0/001$)، پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی QoL بودند. بیمه درمانی اثر منفی داشت ($\beta = 0/073$)، در حالی که بیمه تکمیلی،

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد متغیرهای دموگرافیک و بالینی شرکت‌کنندگان

متغیر	دسته	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۵۲	۶۰/۱
	مرد	۱۰۱	۳۹/۹
شغل	بیکار	۴۷	۱۸/۶
	بازنشسته	۱۱۸	۴۶/۶
	کارگر	۴۸	۱۹/۰
	شغل آزاد	۱۵	۵/۹
	کارمند	۲۵	۹/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۷۲	۲۸/۵
	متأهل	۱۸۱	۷۱/۵
تحصیلات	بی‌سواد	۲۸	۱۱/۱
	زیر دیپلم	۴۳	۱۷/۰
	دیپلم	۸۰	۳۱/۶
	دانشگاهی	۱۰۲	۴۰/۳
گروه سنی	زیر ۲۰ سال	۵	۲/۰
	۲۰-۳۰ سال	۳۵	۱۳/۸
	۳۱-۴۰ سال	۳۰	۱۱/۹
	۴۰-۵۰ سال	۳۸	۱۵/۰
	۵۰-۶۵ سال	۲۰	۷/۹
	۶۵ سال و بالاتر	۱۲۵	۴۹/۴

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد متغیرهای بالینی

متغیر	دسته	فراوانی	درصد
BMI	مدت ابتلا	کمتر از ۲ سال	۳۰
		۲-۴ سال	۳۵
		۴-۶ سال	۵۱
		۶-۸ سال	۶۰
		بیشتر از ۸ سال	۷۷
		لاغر	۲۶
		مطلوب	۵۴
		اضافه وزن	۹۰
		چاق	۸۲
		دارد	۱۸۱
بیمه درمانی	ندارد	۷۲	۲۸/۵
	دارد	۷۸	۳۰/۸
بیمه تکمیلی	ندارد	۱۷۵	۶۹/۲
	دارد	۱۸۹	۷۴/۷
سابقه خانوادگی	ندارد	۶۴	۲۵/۳
	دارد	۱۷۶	۶۹/۶
استعمال دخانیات	ندارد	۷۷	۳۰/۴
	دارد		

جدول ۳: توزیع کیفیت زندگی و پذیرش بیماری

متغیر	دسته	فراوانی	درصد
کیفیت زندگی	ضعیف	۶۴	۲۵/۳
	متوسط	۹۰	۳۵/۶
	عالی	۹۹	۳۹/۱
پذیرش بیماری	ضعیف	۲۹	۱۱/۵
	متوسط	۱۲۱	۴۷/۸
	بالا	۱۰۳	۴۰/۷

جدول ۴: همبستگی اسپیرمن بین کیفیت زندگی و پذیرش بیماری

متغیرها	کیفیت زندگی	پذیرش بیماری
کیفیت زندگی	۱	*۰/۹۲۸ p<۰/۰۰۱
پذیرش بیماری	*۰/۹۲۸ p<۰/۰۰۱	۱

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و پذیرش بیماری بر اساس متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	گروه‌ها	میانگین رتبه کیفیت زندگی	من‌وینتی U مقدار	سطح معنی‌داری
جنسیت	زن	۱۳۲/۵	۶۵۰۰/۵	۰/۰۳۵
	مرد	۱۱۷/۷		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱۲/۹	۷۰۸۳/۰	۰/۱۴۷
	متاهل	۱۲۹/۴		
بیمه درمانی	دارد	۱۳۶/۶	۵۷۸۲/۰	۰/۰۰۱
	ندارد	۱۰۹/۲		
بیمه تکمیلی	دارد	۱۳۸/۲	۵۶۳۴/۵	۰/۰۰۳
	ندارد	۱۱۵/۱		
سابقه خانوادگی فشار خون	دارد	۱۳۴/۸	۵۷۹۹/۰	۰/۰۰۲
	ندارد	۱۱۲/۵		
استعمال دخانیات	دارد	۱۱۵/۷	۶۱۷۰/۰	۰/۰۲۶
	ندارد	۱۳۴/۶		

جدول ۶: نتایج مدل‌های رگرسیون

متغیر	B (۱ مدل)	Beta (۱ مدل)	t (۱ مدل)	Sig (۱ مدل)	B (۲ مدل)	Beta (۲ مدل)	t (۲ مدل)	Sig. (۲ مدل)
ثابت (Intercept)	-۳۵/۹۶۲	—	-۱۲/۴۲۹	<۰/۰۰۱	-۲۷/۱۸۲	—	-۵/۹۱۵	<۰/۰۰۱
پذیرش بیماری	۳/۳۲۳	۰/۹۰۶	۳۳/۸۴۷	<۰/۰۰۱	۱/۴۳۷	-۰/۳۹۲	۱۰/۰۱۳	<۰/۰۰۱
تاهل	—	—	—	—	۳/۱۹۴	۰/۰۵۳	۲/۶۲۵	۰/۰۰۹
سن	—	—	—	—	-۰/۸۱۵	-۰/۶۱۲	۱۵/۶۸۵	<۰/۰۰۱
بیمه درمانی	—	—	—	—	-۴/۳۷۱	-۰/۰۷۳	-۳/۶۷۱	<۰/۰۰۱
بیمه تکمیلی	—	—	—	—	-۰/۳۱۴	-۰/۰۵۰	-۰/۲۸۳	۰/۷۷۸
سابقه خانوادگی	—	—	—	—	-۰/۲۳۶	-۰/۰۰۴	-۰/۱۹۳	۰/۸۴۷
استعمال دخانیات	—	—	—	—	-۰/۳۶۸	-۰/۰۰۶	-۰/۳۲۵	۰/۷۴۶
BMI	—	—	—	—	-۰/۳۰۰	-۰/۰۱۱	-۰/۵۷۲	۰/۵۶۸

بحث

روانی کمتری را برای جنگیدن با این واقعیت یا انکار آن صرف کرده و در عوض، منابع خود را بر مدیریت علایم، پیروی از درمان و حفظ فعالیت‌های معنی‌دار زندگی متمرکز می‌کنند. این امر به نوبه خود منجر به عملکرد بهتر در نقش‌های اجتماعی، شغلی و خانوادگی و در نتیجه، احساس رضایت بیشتر از زندگی می‌شود.

یافته اصلی این مطالعه نشان‌دهنده وجود یک همبستگی مثبت و قوی بین پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های مشابه (۷) در سایر بیماری‌های مزمن مانند دیابت و نارسایی قلبی همسو است. به نظر می‌رسد بیمارانی که بهتر می‌توانند واقعیت بیماری خود را بپذیرند، انرژی

پرفشاری خون، به عنوان یک بیماری مزمن با شیوع فزاینده، یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جوامع مدرن است که کیفیت زندگی (QoL) و پذیرش بیماری بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). این بیماری نه تنها فعالیت‌های روزمره را مختل می‌کند، بلکه درمان‌های پزشکی، هرچند علایم را کاهش می‌دهند، می‌توانند الگوهای زندگی، سلامت روانی، و تعاملات اجتماعی بیماران را تغییر دهند (۱۴ و ۱۳). پرفشاری خون با عوارضی مانند محدودیت‌های غذایی، عوارض جسمانی، و بار مالی همراه است که می‌تواند انگیزه بیماران را برای فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی کاهش دهد (۱۴). بنابراین هدف از این مطالعه تعیین و بررسی ارتباط پذیرش بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک فشارخون بیمارستان علوی آبادان بود.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد WHOQOL-BREF و مقیاس پذیرش بیماری (AIS) جمع‌آوری شدند و تأثیر متغیرهای دموگرافیک و بالینی شامل؛ سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه خانوادگی، و شاخص توده بدنی (BMI) بررسی شد.

نتایج نشان داد میانگین نمره QoL برابر با $58/80 \pm 26/97$ (دامنه: ۱۰-۱۰۰) بود، که $39/1$ درصد ($n=99$) در دسته عالی، $25/6$ درصد ($n=90$) متوسط و $25/3$ درصد ($n=64$) ضعیف قرار گرفتند. میانگین پذیرش بیماری $28/54 \pm 7/34$ (دامنه:

۴۰-۱۰) بود، $47/8$ درصد ($n=121$) پذیرش متوسط، $40/7$ درصد ($n=103$) بالا و $11/5$ درصد ($n=29$) پایین گزارش گردید. همبستگی قوی بین QoL و پذیرش بیماری (ضریب اسپیرمن، $p=0/928$ ، $p<0/001$) مشاهده شد، که نشان‌دهنده نقش محوری پذیرش روانی در بهبود QoL است. عوامل دموگرافیک و بالینی تأثیرات متفاوتی داشتند: افراد مسن‌تر (≥ 66 سال: $82/36 \pm 15/47$ در مقابل $40 \geq$ سال: $57/03 \pm 5/49$ ، $p<0/001$)، مردان ($63/97 \pm 26/53$ در مقابل زنان: $51/01 \pm 25/86$ ، $p<0/001$)، افراد مجرد ($65/56 \pm 24/23$ در مقابل متأهل: $56/11 \pm 27/59$ ، $p=0/01$) و بیماران با سابقه خانوادگی ($61/62 \pm 26/64$ در مقابل بدون سابقه: $50/45 \pm 26/39$ ، $p=0/004$) و QoL پذیرش بالاتری گزارش کردند. با این حال، BMI و بیمه درمانی تأثیر معنی‌داری بر QoL نداشتند ($p>0/05$).

یافته‌های QoL با بررسی‌های پیشین همخوانی نسبی دارد. رافلی و همکاران گزارش کردند که ۱۰۰ درصد از ۶۸ بیمارشان QoL "خوب" (بالای ۵۰ در EQ-5D-5L) داشتند، که با $74/7$ درصد (متوسط تا عالی) در این مطالعه قابل مقایسه است (۱۵). با این حال، آچاریا در نپال تنها ۵ درصد QoL خوب گزارش کرد، احتمالاً به دلیل محدودیت‌های اقتصادی، دسترسی ناکافی به خدمات درمانی، یا تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری بوده است (۱۶). کلو سک و کاوتسکا-یاشچ میانیانگین QoL مشابهی ($58/80 \pm 26/97$) با توزیع یکسان ($39/1$ درصد عالی، $35/6$ درصد متوسط، $25/3$ درصد

ضعیف) گزارش کردند، که نشان‌دهنده همسانی در برخی جمعیت‌ها است (۱۷). این تفاوت‌ها ممکن است به عوامل زمینه‌ای مانند سطح درآمد، زیرساخت‌های درمانی، یا آگاهی بیماران بستگی داشته باشد. برای مثال، بیماران در آبادان ممکن است از خدمات کلینیکی مناسب‌تری نسبت به مناطق محروم نپال بهره‌مند باشند، که QoL بالاتری را تسهیل می‌کند.

در زمینه پذیرش بیماری، پولانسکا و همکاران توزیع مشابهی (۴۱ درصد خوب، ۴۰ درصد متوسط) گزارش کردند و همبستگی معنی‌دار بین پذیرش و QoL را در تمام ابعاد WHOQOL-BREF تأیید کردند ($p < 0.001$) (۱۸). سیلسکا پذیرش بالاتری (۶۹ درصد) در بیماران لهستانی گزارش کرد، که ممکن است به حمایت‌های روانی قوی‌تر، تفاوت‌های فرهنگی، یا آموزش بهتر بیماران نسبت داده شود (۱۹). در مطالعه حاضر، ۱۱/۵ درصد بیماران پذیرش پایینی داشتند، که می‌تواند به کاهش QoL و پایداری ضعیف به درمان منجر شود. این امر بر ضرورت مداخلات روانی، مانند مشاوره یا برنامه‌های آموزشی، برای تقویت سازگاری بیماران تأکید دارد. مطالعه باچفسکا و همکاران نیز نشان داد که پذیرش بیماری با رضایت از زندگی همبستگی مثبت دارد، که نقش عوامل روانی را در مدیریت بیماری‌های مزمن برجسته می‌کند (۲۰).

تفاوت‌های جنسیتی در QoL (مردان بالاتر از زنان) با مطالعه محمد و بانسود هم‌خوانی دارد، که شیوع پرفشاری خون را در مردان (۲۴/۱ درصد) بیشتر از زنان (۲۱/۲ درصد) گزارش کرد (۲۱). با این

حال، سینگ و همکاران شیوع بالاتری در زنان (۵۹ درصد در مقابل ۴۱ درصد) نشان دادند، که ممکن است به آگاهی کمتر مردان، تفاوت‌های روش‌شناسی، یا نقش‌های اجتماعی زنان (مانند مسئولیت‌های خانوادگی) مربوط باشد (۲۲). تحلیل رگرسیون چندمتغیره این مطالعه نشان داد که جنسیت، سن، و پذیرش بیماری پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی QoL هستند، اما بیمه درمانی اثر منفی داشت ($\beta = -0.073$ ، $p < 0.001$)، احتمالاً به دلیل ارتباط با بیماری‌های همراه یا بار مالی درمان. عوامل روانی - اجتماعی، مانند استرس ناشی از نقش‌های جنسیتی زنان یا تفاوت‌های هورمونی، می‌توانند این اختلاف را توضیح دهند. همچنین، دسترسی محدودتر زنان به خدمات درمانی در برخی مناطق ممکن است QoL آن‌ها را کاهش دهد. برای مثال، زنان ممکن است به دلیل اولویت دادن به نیازهای خانوادگی، کمتر به دنبال مراقبت‌های پزشکی باشند.

سن به عنوان یک عامل کلیدی شناسایی شد. افراد ۶۶ سال QoL و پذیرش بالاتری داشتند، که با مطالعه عبداللهی و همکاران هم‌خوانی دارد، که شیوع پرفشاری خون را در افراد بالای ۶۰ سال ۵۶/۶۹ درصد گزارش کرد (۲۳). این ممکن است به تجربه بیشتر در مدیریت بیماری، حمایت اجتماعی قوی‌تر، یا کاهش انتظارات از عملکرد جسمانی در سنین بالاتر مربوط باشد. در مقابل، گروه سنی زیر ۲۰ سال (۲ درصد) کمترین شیوع را داشتند، که نشان‌دهنده تأثیر افزایش سن بر پرفشاری خون است. این یافته‌ها

بر اهمیت غربالگری زودهنگام در گروه‌های سنی میانسال تأکید دارند.

تحصیلات نیز نقش مهمی ایفا کرد. افراد با تحصیلات دانشگاهی (۴۰/۳ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند، اما افراد با تحصیلات زیر دیپلم QOL بالاتری گزارش کردند ($69/09 \pm 25$ در مقابل $55/15 \pm 27/97$ ، $p=0/01$). این با مطالعه کالیکست (۲۰۱۸-۱۹۹۹) که فشارخون سیستولیک پایین‌تر را در زنان تحصیل کرده گزارش کرد، تا حدی در تضاد است (۲۴). گبرسلاسیه نیز فشار خون سیستولیک بالاتری را در افراد با تحصیلات پایین‌تر گزارش کرد (۲۵). این اختلاف ممکن است به سوگیری انتخاب در نمونه‌گیری مربوط باشد، زیرا افراد تحصیل کرده‌تر احتمالاً به دلیل آگاهی بیشتر به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند. افراد با تحصیلات پایین‌تر ممکن است به دلیل موانع اقتصادی یا فرهنگی کمتر در مطالعه حضور داشته باشند، که نمایه آن‌ها را کاهش داده است.

سابقه خانوادگی پرفشاری خون در ۷۴/۷ درصد بیماران مشاهده شد، که بالاتر از گزارش‌های نپال (۳۰/۹ درصد) و سریلانکا (۲۹/۳ درصد) است (۲۷ و ۲۶). مطالعه نیوانگا و همکاران نیز ۶۹/۹ درصد سابقه خانوادگی گزارش کرد، که به نتایج حاضر نزدیک است (۲۸). این تفاوت ممکن است به بار ژنتیکی بالاتر، آگاهی بیشتر بیماران، یا تمرکز نمونه بر بیماران کلینیکی مربوط باشد. این یافته‌ها بر اهمیت غربالگری ژنتیکی و آموزش خانوادگی در پیشگیری تأکید دارند.

چاقی و اضافه وزن در ۶۸ درصد بیماران (۳۲/۴ درصد چاق، ۳۵/۶ درصد اضافه وزن) مشاهده شد، که با مطالعه صالح و همکاران در لیبی (۶۵/۷ درصد چاق) و گزارش‌های جهانی همخوانی دارد (۲۹). مطالعه‌ای در برزیل نیز میانگین BMI بیماران را ۳۰/۱ گزارش کرد، که ارتباط قوی چاقی با پرفشاری خون را تأیید می‌کند (۳۰). در این مطالعه، BMI تأثیر معنی‌داری بر QOL نداشت ($p=0/87$)، احتمالاً به دلیل تأثیر قوی‌تر عوامل روانی مانند پذیرش بیماری. با این حال، چاقی با کنترل ضعیف فشار خون مرتبط است و نیازمند مداخلات هدفمند برای مدیریت وزن است.

عوامل اجتماعی مانند دسترسی به خدمات درمانی، حمایت خانوادگی، و فرهنگ محلی نیز می‌توانند QOL و پذیرش را تحت تأثیر قرار دهند. برای مثال، بیماران در آبادان ممکن است از حمایت اجتماعی یا زیرساخت‌های درمانی بهتری نسبت به مناطق محروم برخوردار باشند. علاوه بر این، باورهای فرهنگی درباره بیماری‌های مزمن ممکن است پذیرش بیماری را تحت تأثیر قرار دهد، که نیازمند بررسی بیشتر است.

این مطالعه محدودیت‌هایی دارد که از آن جمله می‌توان به طرح مقطعی آن (که مانع استنباط علی می‌شود) و روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی طولی، تأثیر مداخلات روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، را بر افزایش پذیرش بیماری و در

پی آن، ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بررسی کنند. همچنین، انجام پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر تجربه زیسته بیماران از پذیرش بیماری می‌تواند مکمل ارزشمندی باشد.

از طرفی ابزارهای WHOQOL-BREF و AIS ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی باشند. بررسی‌های طولی، مداخلات دیجیتال (مانند اپلیکیشن‌های پایش فشارخون)، و بررسی بیماری‌های همراه توصیه می‌شود. مداخلات روانی برای ارتقای پذیرش بیماری و مدیریت وزن، و سیاست‌گذاری برای بهبود دسترسی به خدمات درمانی، QoL را بهبود می‌بخشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی طولی، اثربخشی مداخلات هدفمند برای بهبود پذیرش بیماری و کیفیت زندگی را بررسی کنند. این یافته‌ها می‌توانند در طراحی سیاست‌های سلامت و برنامه‌های مراقبتی برای بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد استفاده قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که پذیرش بیماری یک عامل روان‌شناختی کلیدی و مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است. علاوه بر کنترل پزشکی مرسوم بیماری، توجه به ابعاد روانی سازگاری با بیماری، به ویژه از طریق مداخلاتی که به افزایش پذیرش بیماری کمک می‌کنند، می‌تواند به عنوان یک جزء مکمل و ضروری در برنامه‌های جامع مراقبت از این بیماران گنجانده شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان علوی آبادان از کیفیت زندگی نسبتاً خوب و سطح پذیرش بیماری متوسط تا بالا برخوردارند. عوامل دموگرافیک نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه خانوادگی به‌طور معنی‌داری بر کیفیت زندگی و پذیرش بیماری تأثیر دارند. همبستگی قوی بین پذیرش بیماری و کیفیت زندگی، اهمیت مداخلات روانی - آموزشی برای ارتقای سازگاری با بیماری را برجسته می‌کند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه دانشجویان، مسئولین و همکاران بیمارستان علوی، معاونت آموزشی، تحقیقات و فناوری و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آبادان که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان‌های خصوصی یا دولتی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه پزشکی با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1401.202 از دانشگاه علوم پزشکی آبادان می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

محمد محبوبی، ساسان قربانی کلخواجه: انتخاب و هدایت موضوع، اجرای تحقیق، نظارت و نگارش تحقیق، محمد محبوبی، ساسان قربانی کلخواجه، مهدی دیوان: نظارت و جمع‌آوری داده‌ها، اجرای تحقیق، عاطفه زاهدی، مهدی دیوان: تجزیه و تحلیل آماری، نگارش تحقیق.

REFERENCES

1. Shorofi SA, Bagheri-Nesami M, Shafipour V. Knowledge and attitudes of hypertensive patients on the use of traditional and complementary medicine. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2019; 29(171): 58-66.
2. Bairami S, 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. *Journal of Education and Community Health* 2017; 4(1): 20-7.
3. Najafi-Ghezeljeh T, Shahidi M, Ghiasvandian S, Haghani H. The effect of self-care educational program on quality of life in patients with hypertension. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 4(1): 40-7.
4. Shamsi A, Refahi A, Malmir M, Mollahadi M, Ebadi A. Comparison of quality of life in military personnel with and without hypertension, 2012: 213-8
5. Gabal MS, Abd Elaziz KM, Mostafa NS, Khallaf MK. Prevalence of hypertension and quality of life among hypertensive patients in an Egyptian village. *The Egyptian Journal of Community Medicine* 2018; 36(2): 23-35.
6. Kermansaravi F, Navidian A, Rigi SN, Yaghoubinia F. The relationship between quality of work life and job satisfaction of faculty members in Zahedan University of Medical Sciences. *Global Journal of Health Science* 2014; 7(2): 228.
7. Hadianfard H, Ashjazadeh N, Feridoni S, Farjam E. The role of psychological resilience, severity of disease and treatment adherence in the prediction of health-related quality of life in patients with multiple sclerosis. *Neurology Asia* 2015; 20(3): 263.
8. Miniszewska J, Juczyński Z, Sysa-Jędrzejowska A, Zalewska A, Woźniacka A. Predictors of life quality in patients with systemic lupus erythematosus. *Przegl Lek* 2006; 63(4): 188-90.
9. Harrison T, Stuifbergen A, Adachi E, Becker H. Marriage, impairment, and acceptance in persons with multiple sclerosis. *Western Journal of Nursing Research* 2004; 26(3): 266-85.
10. 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* 2023; 29(1): 47-60.
11. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim Res J* 2007; 10(3): 1-8.
12. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension* 2004; 22(1): 11-9.
13. Asl NS, Evazabadian E, Ghorbani R, Malek F. Quality of life in patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus. *Koomesh* 2020; 22(2): 263-8.
14. Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective* Maidenhead, England: Open University Press; 2008.
15. Raffli A, Yuswar MA, Rizkifani S. Pengukuran Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Menggunakan Instrumen EQ-5D-5L. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research* 2023; 5(1): 200-6.
16. Acharya S. Quality of Life among Patient Affected with Hypertension in Kaushallya Memorial Hospital, Kohalpur, Banke. *Academia Research Journal* 2025; 4(1): 82-94.
17. Kawecka-Jaszcz K, Kłoczek M, Tobiasz-Adamczyk B, Bulpitt CJ, editors. *Health-related quality of life in cardiovascular patients*. 1st ed. Milan: Springer-Verlag Italia Srl; 2013.
18. Jankowska-Polańska B, Ilko A, Wleklík M. Influence the acceptance of the disease on quality of life of patients with hypertension. *Arterial Hypertension* 2014; 18(3): 143-50.
19. Ciesielska K. Analiza zachowań zdrowotnych badanych z nadciśnieniem tętniczym w kontekście akceptacji choroby przewlekłej. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2024; 9(1): 26-50.
20. Baczevska B, Kropornicka B, Sepiolo J, Krzyżanowska E, Olszak C, Szymczuk E, et al. Acceptance of illness and satisfaction with life among patients with arterial hypertension. *Health Problems of Civilization* 2015; 9(3): 31-8.
21. Mohammad R, Bansod DW. Hypertension in India: a gender-based study of prevalence and associated risk factors. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 2681.
22. Singh A, Dixit P. Sex-specific prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults in India: a study for developing sex-specific public policy from the longitudinal ageing study in India (LASI) data 2017–2018. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2023; 42(1): 85.

23. Abdollahy A, Bazrafshan H, Salehi A, Behnampour N, Hosayni S, Rahmany H, et al. Epidemiology of hypertension among urban population in Golestan province in north of Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2006; 8(4): 37-41.
24. Calixte R, Besson A, Chahal K, Kaplan MS. Education differences in blood pressure trajectories by sex through midlife: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2018. *Blood Pressure Monitoring* 2025; 30(1): 1-10.
25. Gebreslassie M, Warolén M, Lager A, Fors S. Educational inequalities in blood pressure across the adult life course: Evidence from a 20-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2025; 53(7):731-8.
26. Kanchan K, Katwal S, Yadav GK, Adhikari A, Thapa RK, Jha SK, et al. Family history of hypertension and its relation to other variables in hypertensive patients: a cross-sectional study from a tertiary care hospital. *IJS Global Health* 2023; 6(5): e0235.
27. Ranasinghe P, Cooray DN, Jayawardena R, Katulanda P. The influence of family history of hypertension on disease prevalence and associated metabolic risk factors among Sri Lankan adults. *BMC Public Health* 2015; 15: 1-9.
28. Oirere M, Nyavanga E, Gisemba B. Association between Family History and Hypertension among the Patients in Nairobi: A Case Study of Mbagathi Hospital. *Journal of Medicine, Nursing & Public Health* 2021; 4(2): 82-91.
29. Saleh A, Ebsat A. Prevalence of obesity in adult hypertensive patients and its effect on antihypertension drugs polypharmacy in primary health care clinics in benghazi. *The Scientific Journal of University of Benghazi* 2024; 37(1): 130-40.
30. de Oliveira MA, Rey HCV. Obesity and hypertension in primary basic setting. *Journal of Hypertension* 2023; 41(Suppl 3): e221.

Investigation of the Relationship Between Illness Acceptance and Quality of Life in Patients with Hypertension Attending the Blood Pressure Clinic of Alavi Hospital, Abadan: 2024–2025

Divan M¹, Ghorbani Kalkhajeh S², Zahedi A³, Mahboubi M^{2*}

¹Student Research Committee, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran, ²Department of Public Health, School of Health Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran, ³Department of Public Health, School of Medical Sciences, Asadabad, Iran

Received Date: 14 Sep 2025 Accepted Date: 07 Jan 2026

Abstract

Background & aim: Hypertension is a prevalent chronic condition that significantly impairs both physical and mental health, ultimately affecting patients' quality of life. This study aimed to assess the levels of quality of life and illness acceptance among hypertensive patients and to identify the demographic and clinical factors influencing these variables to enhance clinical and psychological support.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 253 hypertensive patients receiving care at Alavi Hospital in Abadan. Data were collected via convenience sampling using two standardized instruments: the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and the Acceptance of Illness Scale (AIS). After evaluating data distribution, statistical analysis was performed using Mann–Whitney tests, Spearman correlation, and both simple and multiple linear regression models.

Results: The mean scores for quality of life and illness acceptance were 58.80 and 28.54, respectively. A strong positive correlation was found between quality of life and illness acceptance ($r = 0.928$, $p < 0.001$). Multiple regression analysis identified illness acceptance, age, and marital status as significant predictors of quality of life. The final regression model accounted for 91.5% of the variance in quality of life ($R^2 = 0.915$). Conversely, factors such as health insurance type, family history, smoking status, and Body Mass Index (BMI) did not significantly impact the outcomes ($p > 0.05$).

Conclusion: Illness acceptance is a critical determinant of quality of life in hypertensive patients. Integrating psychological support focused on illness acceptance alongside routine clinical interventions may significantly improve patients' mental, social, and functional well-being. These findings suggest that enhancing illness acceptance should be a priority in educational and care programs designed for this population.

Keywords: Hypertension, Quality of Life, Illness Acceptance

***Corresponding Author:** Mahboubi M, Department of Public Health, School of Medical Sciences, Asadabad, Iran.

Email: mm59m@yahoo.com

Please cite this article as follows: Divan M, Ghorbani Kalkhajeh S, Zahedi A, Mahboubi M. Investigation of the Relationship Between Illness Acceptance and Quality of Life in Patients with Hypertension Attending the Blood Pressure Clinic of Alavi Hospital, Abadan: 2024–2025. Armaghane-danesh 2026; 31(1):105-121.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal