



Predicting the Quality of Life of Patients With Hypertension Based on Resilience and Social Support

Vajiheh Baghi ¹, Elnaz Baghban Karimi ², Hossein Jafari ³, Reza Ghanei Gheshlagh ^{4,*}

¹ BSc, Department of Midwifery, Be'sat hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

² MSc, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ BSc, Department of Nursing, Be'sat hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁴ Assistant Professor, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

* **Corresponding author:** Assistant professor, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. E-mail: Rezaghanei30@yahoo.com

Received: 08 Jul 2017

Accepted: 10 Dec 2017

Abstract

Introduction: Change in lifestyle, and side effects of drug and disease affect the quality of life of patients with hypertension. This study aimed at predicting the quality of life of patients with hypertension based on resilience and social support.

Methods: In this cross-sectional study, 120 hypertensive patients were recruited by the convenience sampling during year 2016. Data were collected by a demographic form, quality of life (SF-12), Zimet social support, and resilience in cardiovascular patients. The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation, and multivariate stepwise regression using PASW (Predictive Analytics Software). P values of less than 0.05 were considered significant.

Results: Overall, 120 patients with hypertension (47 males and 7 females) with a mean age of 51.6 ± 14.11 years participated in this study. The results of this study showed that there was a significant correlation between quality of life and rational empowerment ($r = 0.506$), self-management ($r = 0.471$), and medication adherence ($r = 0.194$). Stepwise regression results showed that pain was able to explain 33.5% of changes in quality of life.

Conclusions: The results showed that rational empowerment, self-management, and medication adherence were predictors of quality of life in patients with high blood pressure. Overall, based on the findings of this study, education and promotion of resiliency could increase quality of life.

Keywords: Quality of Life, Resilience, Social Support, Hypertension



پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی

وجیهه باغی^۱، الناز باغبان کریمی^۲، حسین جعفری^۳، رضا قانع قشلاق^{۴*}

^۱ کارشناس، گروه مامایی، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۲ کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ کارشناس، گروه پرستاری، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۴ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
 * نویسنده مسئول: رضا قانع قشلاق، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. ایمیل: Rezaghane30@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۷

چکیده

مقدمه: تغییر در سبک زندگی، عوارض دارویی و بیماری روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا تأثیر سوئی می‌گذارد. پژوهش کنونی با هدف پیش بینی نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی انجام شد. **روش کار:** در این پژوهش توصیفی همبستگی ۱۲۰ بیمار مبتلا به فشار خون بالا در سال ۱۳۹۵ به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از برگه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی SF-12، حمایت اجتماعی زیمت و تاب آوری بیماران قلبی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار PASW و به کمک آزمون‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** ۱۲۰ بیمار مبتلا به فشار خون (۴۷ مرد و ۷۳ زن) با میانگین سنی ۱۴/۱۱ ± ۵۱/۶ سال در این مطالعه شرکت داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین کیفیت زندگی با توان افزایش معقولانه ($r = ۰/۵۰۶$)، خودمدیریتی ($r = ۰/۴۷۱$) و تبعیت از درمان (۰/۱۹۴) همبستگی معنی داری وجود داشت. نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که توان افزایش معقولانه، خودمدیریتی و تبعیت از درمان روی هم رفته قادر به تبیین ۳۳/۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی این بیماران بودند. **نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که توان افزایش معقولانه، خودمدیریتی و تبعیت از درمان (سه بعد تاب آوری) پیش بینی کننده‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا بودند. در مجموع بر اساس یافته‌های این مطالعه با آموزش و ارتقای تاب آوری می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا را غنی‌تر نمود. **واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، تاب آوری، حمایت اجتماعی، فشار خون بالا

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

فشار خون بالا یک بیماری مزمن نیازمند درمان طولانی مدت است که با وجود بی علامت بودن، منجر به شکایات و عوارض کشنده می‌شود (۱). حدود یک بلیون نفر در جهان از فشار خون بالا رنج می‌برند و سالانه ۷ میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (۲). فشار خون بالا همانند سیگار و دیابت از عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی است که عامل یک سوم مرگ و میرها می‌باشد (۳). فشار خون بالا ممکن است تا سال‌های متمادی و تا زمانی بروز پیامدهای سوء بیماری تشخیص داده نشود (۴). علیرغم پیشرفت‌های درمانی

حدود نیمی از بیماران قادر به کنترل فشار خون خود نیستند (۵). با وجود آن که ۷۰ درصد بیماران مبتلا به فشار خون از بیماری خود آگاه و ۶۰ درصد آن‌ها تحت درمان هستند، تنها ۳۴ درصد موفق به کنترل بیماری خود شده‌اند (۶). این گروه از بیماران مزمن به دلیل نیاز به مقابله با شرایط بیماری، تهدید رفاه، تمامیت بدن، استقلال، ایفای نقش‌های خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای، اهداف و برنامه‌های آینده و بی ثبات اقتصادی استرس زیادی را تجربه می‌کنند (۷). برچسب بیماری زدن، محدودیت در رژیم غذایی، تغییر در فعالیت‌های روزانه،

مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شد (۱۶). پرسشنامه تاب آوری بیماران قلبی و تنفسی، پرسشنامه‌های ۲۹ گویه ای حاصل رساله دکتری پرستاری است که به روش هیبرید انجام شد. نتیجه تحلیل عامل اکتشافی ۵ عامل سازگاری مثبت (۱۰ گویه)، خودمدیریتی (۷ گویه)، توان افزایی معقولانه (۷ گویه)، تبعیت از درمان (۳ گویه) و معنویت (۲ گویه) را مشخص کرد که روی هم رفته قادر بودند ۶۵٪ واریانس کل عوامل را شناسایی کنند. نمره خام کسب شده با روش تبدیل خطی به نمره استاندارد تبدیل می‌شود و نمره بالاتر به منزله تاب آوری بیشتر می‌باشد. (۱۷). در این پژوهش پایایی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و تاب آوری بیماران قلبی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۸۹ بود. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پرسشنامه‌ها به صورت بی نام بین نمونه‌ها توزیع شد و به آن‌ها در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار PASW به کمک آزمون‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نمونه‌های مورد مطالعه را ۱۲۰ بیمار مبتلا به فشار خون با میانگین سنی $51/6 \pm 14/11$ سال تشکیل می‌دادند. ۴۷ نفر (۳۹/۲٪) نمونه‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین کلی نمره کیفیت زندگی، تاب آوری و حمایت اجتماعی این بیماران به ترتیب برابر $5/79 \pm 31/93$ ، $12/28$ و $73/82$ و $49/45 \pm 7/58$ بود. میانگین نمره کیفیت زندگی ($4/60 \pm 32/82$ در مقابل $6/40 \pm 31/35$)، حمایت اجتماعی ($5/46 \pm 50/12$ در مقابل $8/68 \pm 49/01$) و تاب آوری ($11/49 \pm 75/09$ در مقابل $12/78 \pm 73$) مردان و زنان مورد مطالعه با هم تفاوت معنی داری نداشت. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه و تست تعقیبی توکی به تفکیک تحصیلات نشان می‌داد که میانگین نمره کیفیت زندگی و تاب آوری بیماران بی سواد به طور معنی داری کمتر از بیماران با سواد بود. بین وضعیت زندگی بیماران با کیفیت زندگی ($F = 3/882$ و $P = 0/011$) و حمایت اجتماعی ($F = 7/204$ و $P = 0/001$) با ارتباط وجود داشت به طوری که بر اساس تست توکی، کیفیت زندگی بیماران که با همسر و فرزندانشان زندگی می‌کردند بیشتر از بیمارانی بود که به تنهایی زندگی می‌کردند. همچنین حمایت اجتماعی بیماران که با همسر و یا همسر و فرزندانشان زندگی می‌کردند بیشتر از بیمارانی بود که به تنهایی زندگی می‌کردند، اما بین تاب آوری و وضعیت زندگی بیماران ارتباطی نداشت. بین نمره کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و تاب آوری با جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، تفاوت معنی داری وجود نداشت. به منظور بررسی سهم هر یک از متغیرهای پیش بین حمایت اجتماعی و تاب آوری روی متغیر ملاک (کیفیت زندگی) از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام در جدول ۳ گزارش شده‌اند.

عدم درمان قطعی بیماری و عوارض بیماری و دارو درمانی با ایجاد فشار روانی بر این بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۸، ۹). کیفیت زندگی به رضایت از موهبت‌های زندگی، رفاه جسمی، روانشناختی و اجتماعی اطلاق می‌شود که توسط فرد درک می‌شود (۱۰). مطالعات مختلف به این موضوع اشاره داشته‌اند که بیماران مبتلا به فشار خون بالا، کیفیت زندگی پایینی دارند (۸، ۹). تاب آوری به عنوان یک سازه پیچیده فرهنگی در حال حاضر به دلیل اثرات بالقوه بر سلامتی، رفاه، کیفیت زندگی و این‌که افراد چگونه به چالش‌های گوناگون پاسخ می‌دهد در حوزه بالینی حائز اهمیت است (۱۱). تاب آوری به معنی توانایی مقابله موفقیت آمیز با موقیت‌های استرس زا و سازگاری با مشکلات و ناملازمات است (۱۲). بیماری‌های قلبی با اختلال بالقوه در شبکه حمایتی ممکن است روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیر بگذارند (۱۳). حمایت اجتماعی به عنوان عاملی محیطی می‌تواند روی خودمدیریتی بیماران تأثیر بگذارد، اثرات محافظتی روی سلامت جسمی و روانی داشته باشد و مقابله با بحران و سازگاری با تغییرات زندگی را تسهیل نماید (۱۴). همچنین Strine معتقد است حمایت اجتماعی با افزایش شایستگی شخصی، کنترل درک شده، حس ثبات و شناخت ارزش شده می‌تواند روی کیفیت زندگی تأثیر مطلوبی بگذارد و خطر بیماری‌های جسمی و روانی را کاهش دهد (۱۵). این مطالعه با هدف پیش بینی نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بر اساس متغیرهای تاب آوری و حمایت اجتماعی انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی همبستگی در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۵ در روی بیماران مبتلا به فشار خون ساکن شهرستان سقز (استان کردستان) انجام شد. جامعه آماری پژوهش را بیماران مبتلا به فشار خون ساکن سقز تشکیل می‌دادند. از جامعه مذکور با توجه به هدف پژوهش و با در نظر گرفتن درجه اطمینان ۹۵ درصد و ضریب همبستگی $r = 0/3$ بین متغیرهای مورد پژوهش، حجم نمونه‌ای به تعداد ۱۲۰ نمونه تعیین شد. ابتدا به فشار خون و یا مصرف داروهای ضد فشار خون و بومی سقز بودن جزء معیارهای ورود به مطالعه بود. محققین به صورت ساده و در دسترس در اماکن عمومی (پارک‌ها، بازارها، مساجد و انجمن‌ها) اقدام به نمونه گیری کردند. پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت شرکت کننده‌ها، پرسشنامه‌ها بین نمونه‌ها توزیع شد. برای جمع آوری داده‌ها از برگه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی SF-12، حمایت اجتماعی زیمت و تاب آوری بیماران قلبی و تنفسی استفاده شد. پرسشنامه SF-12، کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامت خود (گویه ۱)، عملکرد فیزیکی (گویه‌های ۲ و ۳)، سلامت جسمانی (گویه‌های ۴ و ۵)، مشکلات هیجانی (گویه‌های ۶ و ۷)، درد جسمانی (گویه ۸)، عملکرد اجتماعی (گویه ۹)، نشاط و انرژی (گویه ۱۱) و سلامت روان (گویه‌های ۱۰ و ۱۲) مورد بررسی قرار می‌دهد و دامنه نمرات آن بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است که نمره بیشتر به منزله کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت شامل ۱۲ سؤال و ۳ خرده مقیاس حمایت خانواده (سوالات ۳، ۴، ۸، ۱۱ و ۱۲)، دوستان (۶، ۷، ۹ و ۱۲) و اشخاص مهم (۱، ۲، ۵ و ۱۰) است که بر اساس نمره گذاری طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های تحت مطالعه

فراوانی		متغیر
درصد	تعداد	
جنس		
۳۹/۲	۴۷	مرد
۶۰/۸	۷۳	زن
وضعیت تأهل		
۶/۷	۸	مجرد
۷۹/۲	۹۵	متاهل
۱۴/۱	۱۷	همسر فوت شده
تحصیلات		
۳۹/۲	۴۷	بی سواد
۳۰/۸	۳۷	ابتدایی و راهنمایی
۹/۲	۱۱	دبیرستان و دیپلم
۲۰/۸	۲۵	دانشگاهی
شغل		
۴۴/۲	۵۳	خانه دار
۱۶/۷	۲۰	کارمند
۳۰	۳۶	آزاد
۹/۱	۱۱	سایر
وضعیت زندگی		
۶/۷	۸	تنها
۱۶/۷	۲۰	با همسر
۱۳/۳	۱۶	با همسر و فرزندان
۶۳/۳	۷۶	با بستگان

جدول ۲: همبستگی بین ابعاد حمایت اجتماعی و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا

معنویت	تبعیت از درمان	افزایی معقولانه	توان خودمدیریتی	سازگاری	حمایت دیگران	حمایت دوستان	حمایت خانواده	متغیرهای پیش بین کیفیت زندگی
۰/۰۱۵	۰/۱۹۴	۰/۵۰۶	۰/۴۷۱	۰/۴۱۳	۰/۲۰۶	۰/۲۲۲	۰/۱۷۹	r
۰/۴۳۷	۰/۰۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۲۴	۰/۰۱۵	۰/۰۵۱	P

جدول ۳: تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون متغیرهای مورد بررسی

A _{adj} R ²	R ²	R	P	F	df	MS	SS	منبع تغییرات
توان افزایش معقولانه								
۰/۲۴۹	۰/۲۵۶	۰/۵۰۶	۰/۰۰۰۱	۴۰/۵۳۱	۱	۱۰۲۰/۹۹۰	۱۰۲۰/۹۹۰	رگرسیون
					۱۱۸	۲۵/۱۹۰	۲۹۷۲/۴۷۶	باقیمانده
					۱۱۹		۳۹۹۳/۴۶۷	مجموع
توان افزایش معقولانه و خودمدیریتی								
۰/۲۸۷	۰/۲۹۹	۰/۵۴۷	۰/۰۰۰۱	۲۴/۹۲۲	۲	۵۹۶/۵۱۷	۱۱۹۳/۰۳۳	رگرسیون
					۱۱۷	۲۳/۹۳۵	۲۸۰۰/۴۳۳	باقیمانده
					۱۱۹		۳۹۹۳/۴۶۷	مجموع
توان افزایش معقولانه، خودمدیریتی و تبعیت از درمان								
۰/۳۱۸	۰/۳۳۵	۰/۵۷۹	۰/۰۰۰۱	۱۹/۴۷۹	۳	۴۴۵/۹۴۶	۱۳۳۷/۸۳۸	رگرسیون
					۱۱۶	۲۲/۸۹۳	۲۶۵۵/۶۲۸	باقیمانده
					۱۱۹		۳۹۹۳/۴۶۷	مجموع

شد که توانست ۲۵/۶ درصد از کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به فشار خون بالا تبیین کند. در گام‌های بعدی خودمدیریتی (همراه با توان افزایشی

همانگونه که مشاهده می‌شود در گام اول متغیر توان افزایشی معقولانه به دلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر وابسته وارد معادله رگرسیون

مراقب وی در مورد اقدامات، نحوه پاسخ به علائم جدید بیماری، چی و چگونه خوردن، مدیریت علائم، درمان و پیامدهای فیزیکی و روانی و تغییر در سبک زندگی اشاره دارد (۲۴). Flynn هم مانیتورینگ فشار خون و اصلاح سبک زندگی را از کلیدی‌ترین رفتارهای خودمدیریتی فشار خون می‌داند (۲۵). نتایج مرور سیستماتیک Norris و همکاران روی ۷۲ کارآزمایی بالینی نشان داد خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت منجر به افزایش مشارکت آنها در امور درمانی، ارتقای پیامدهای درمانی و بهبود کیفیت زندگی آنها شده بود (۲۶). نتایج مطالعه Juenger و همکاران روی بیماران قلبی نشان داد که کنترل ضعیف بیماری منجر به کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روانی بیماران می‌شود (۲۷). تبعیت از درمان یکی از متغیرهای پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا بود که با نتایج مطالعات قبلی ارتباط دارد (۲۸-۳۰). نتایج مطالعه مرور سیستماتیک و متآنالیز Souza و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد تبعیت از رژیم غیر دارویی روی بعد جسمی و تبعیت از رژیم دارویی روی هر دو بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی تأثیر مطلوب داشته است (۳۱).

نتیجه‌گیری

توان افزایش معقولانه، خودمدیریتی و تبعیت از درمان (سه بعد تاب آوری) پیش بینی کننده‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا بودند. با توجه به این که کیفیت زندگی و تاب آوری مفاهیمی ذهنی و چند بعدی هستند که به طور مستقیم قابل اندازه‌گیری نیستند، لازم است مطالعات بیشتری در این خصوص انجام گیرد. در مجموع بر اساس یافته‌های این مطالعه با آموزش و ارتقای تاب آوری می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا را غنی‌تر نمود.

سپاسگزاری

این مطالعه با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است. بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

معقولانه) توانست ۲۹/۹ درصد کیفیت زندگی را در تبیین کند. در گام آخر تبعیت از درمان (در حضور توان افزایش معقولانه و خودمدیریتی) ۳۳/۵ درصد کیفیت زندگی این بیماران را تبیین کنند.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که روی هم رفته سه بعد تاب آوری (متغیرهای توان افزایش معقولانه، خودمدیریتی و تبعیت از درمان) توانستند یک سوم تغییرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا را تبیین کنند که با نتیجه مطالعه Rosenberg و همکاران (۲۰۱۵) روی بیماران خونی همسو می‌باشد (۱۸). در مطالعه Yazdi-Ravandi و همکاران (۲۰۱۳) هم یک سوم واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن توسط تاب آوری و سن بیماران تبیین می‌شد (۱۱). در مطالعه Nawaz و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس تاب آوری انجام شده بود، یافته‌ها نشان داد که تاب آوری می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت را پیش بینی نماید (۱۹). Dale در توجیه ارتباط بین تاب آوری و کیفیت زندگی معتقد است تاب آوری با پیامدهای خوب سلامتی از قبیل کاهش افسردگی و کاهش بروز علائم روانی، تبعیت از درمان بیماران و کیفیت زندگی آنها را بالا می‌برد (۲۰). توان افزایش معقولانه که به توانمندسازی هدفمند و منطقی اشاره دارد از ارکان اصلی ارتقای بهداشت، ایجاد تغییرات رفتاری مثبت و خودتکایی افراد است (۲۱). نتایج مطالعه خزری و همکاران (۲۰۱۶) که با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی روی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به فشار خون انجام شده بود نشان داد که توانمندسازی قادر به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا بوده است (۲۲). توانمندسازی با افزایش اعتماد به نفس، ایجاد توانایی برای رسیدن به هدف و کنترل زندگی روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (۲۱). در اغلب مطالعات، بیماران مزمن تحت راهنمایی و آموزش گروه‌های درمانی توانمند می‌شدند، به طور مثال در مطالعه Nygardh نمونه‌های مورد مطالعه با شرکت در تصمیم‌گیری‌ها احساس توانمندی می‌کردند (۲۳)؛ در صورتی که بیماران تاب آور طی مواجهه با مشکلات و درس گرفتن از ناملایمات توانمند می‌شوند. خودمدیریتی بیماری‌های مزمن فرایندی پیچیده و وقت گیر و بیش از پایبندی ساده به توصیه‌های درمانی است که به تصمیم‌گیری بیمار و

References

- Nunes MI. The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Curr Hypertens Rep.* 2001;3(6):462-5. [PMID: 11734090](#)
- Theodorou M, Kaitelidou D, Galanis P, Middleton N, Theodorou P, Stafylas P, et al. Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. *Hellenic J Cardiol.* 2011;52(5):407-15. [PMID: 21940288](#)
- Gusmao JL, Mion D, Jr., Pierin AM. Health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients with and without complications. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64(7):619-28. [DOI: 10.1590/S1807-59322009000700003](#) [PMID: 19606236](#)
- Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens.* 2011;29(2):179-88. [DOI: 10.1097/HJH.0b013e328340d76f](#) [PMID: 21045726](#)
- Cote I, Moisan J, Chabot I, Gregoire JP. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *J Clin Pharm Ther.* 2005;30(4):355-62. [DOI: 10.1111/j.1365-2710.2005.00663.x](#) [PMID: 15985049](#)
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of

- the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560-72. [DOI: 10.1001/jama.289.19.2560](#) [PMID: 12748199](#)
7. Gheshlagh RG, Sayehmiri K, Ebadi A, Dalvandi A, Dalvand S, Tabrizi KN. Resilience of Patients with Chronic Physical Diseases: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Red Crescent Med J*. 2016;18(7).
 8. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. the Study of Quality of Life in the Elderly with Hypertension Who Are Member of Tehran Senile Culture House Clubs. *Iranian J Ageing*. 2008;3(1):26-32.
 9. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox-- medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med*. 2010;362(17):1553-5. [DOI: 10.1056/NEJMp1002305](#) [PMID: 20375400](#)
 10. Farajzadeh M, Gheshlagh RG, Sayehmiri K. Health Related Quality of Life in Iranian Elderly Citizens: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Commun Based Nurs Midwifery*. 2017;5(2):100.
 11. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G, et al. the Role of Resilience and Age on Quality of Life in Patients with Pain Disorders. *Basic Clin Neurosci*. 2013;4(1):24.
 12. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5. [DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338](#) [PMID: 25317257](#)
 13. Bosworth HB, Siegler IC, Olsen MK, Brummett BH, Barefoot JC, Williams RB, et al. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Qual Life Res*. 2000;9(7):829-39. [PMID: 11297025](#)
 14. Omidi A, Mirzaei Z, Khodaveisi M, Moghim BA, Arabi A. Correlation Social Support and Manage Hypertensive in Menopausal Women with Hypertensive in the Farshchian Hospitals, Hamedan. *Hamedan Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2017;25(2):1-10.
 15. Strine TW, Chapman DP, Balluz L, Mokdad AH. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. Their relevance to psychiatry and medicine. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(2):151-9. [DOI: 10.1007/s00127-007-0277-x](#) [PMID: 17962895](#)
 16. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. [DOI: 10.1207/s1532-7752jpa5201_2](#)
 17. Ghanei Gheshlagh R, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Ebadi A. Development and Validation of Resilience Scale in Cardiovascular and Respiratory Patients. *Iranian Red Crescent Med J*. 2017.
 18. Rosenberg AR, Syrjala KL, Martin PJ, Flowers ME, Carpenter PA, Salit RB, et al. Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*. 2015;121(23):4250-7. [DOI: 10.1002/cncr.29651](#) [PMID: 26288023](#)
 19. Nawaz A, Malik JA, Batool A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2014;24(9):670-5. [DOI: 09.2014/JCPSP.670675](#) [PMID: 25233974](#)
 20. Dale SK, Cohen MH, Kelso GA, Cruise RC, Weber KM, Watson C, et al. Resilience among women with HIV: Impact of silencing the self and socioeconomic factors. *Sex Roles*. 2014;70(5-6):221-31. [DOI: 10.1007/s11199-014-0348-x](#) [PMID: 24932061](#)
 21. Allahyari A, Alhany F, Kazemnejad A. the Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of School-Age B-Thalassemic Children. *Iranian J Pediatr*. 2006;16(4):455-61.
 22. Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, Vahedparast H. Effect of Self-Management Empowering Model on the Quality of Life in the Elderly Patients With Hypertension. *Iranian J Ageing*. 2016;10(4):68-79.
 23. Nygårdh A. A Quality Improvement Project on Empowerment in Chronic Kidney Care: an Interactive Research Approach. Sweden: Jönköping University; 2013.
 24. Bosworth HB, Powers BJ, Oddone EZ. Patient self-management support: novel strategies in hypertension and heart disease. *Cardiol Clin*. 2010;28(4):655-63. [DOI: 10.1016/j.ccl.2010.07.003](#) [PMID: 20937448](#)
 25. Flynn SJ, Ameling JM, Hill-Briggs F, Wolff JL, Bone LR, Levine DM, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:741-9. [DOI: 10.2147/PPA.S46517](#) [PMID: 23966772](#)
 26. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001;24(3):561-87. [PMID: 11289485](#)
 27. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002;87(3):235-41. [PMID: 11847161](#)
 28. Maciel APF, Pimenta HB, Caldeira AP. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016;29(5):542-8. [DOI: 10.1590/1982-0194201600075](#)
 29. 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. [PMID: 14516172](#)
 30. Bramlage P, Wolf WP, Fronk EM, Stuhr T, Erdlenbruch W, Wasem J, et al. Improving quality of life in hypertension management using a fixed-dose combination of olmesartan and amlodipine in primary care. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11(17):2779-

90. [DOI: 10.1517/14656566.2010.521499](https://doi.org/10.1517/14656566.2010.521499) [PMID: 20929435](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20929435/)
31. Machado MA, Moura CS, Ferre F, Bernatsky S, Rahme E, Acurcio Fde A. Treatment persistence in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Rev Saude Publica. 2016;50:50. [DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006265](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006265) [PMID: 27556964](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27556964/)