

## The Effect of Orem Self-care Model with a Focus on Systematic Medicine Usage on the Hypertension of the Elderly

Ghasem Niai Namaghi Sh<sup>1</sup>, \*Ahmadi F<sup>2</sup>, Taheri Tanjani P<sup>3</sup>, Qolami Fesharaki M<sup>4</sup>

1- MSc Student of Nursing, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
(Corresponding Author)

E-mail: ahmadif@modares.ac.ir

3- Assistant Professor, Faculty of Medical Sciences and Health Services, Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Hypertension is one of the most common diseases in the elderly. Systematic use of medicine due to the polypharmacy phenomenon can be effective in controlling hypertension in the elderly. Therefore, self-care in systematic use of medicine of this group is crucial. The aim of this study was to determine the effect of Orem Self-care Model with a focus on systematic medicine usage, on the elderly infected by hypertension.

**Method:** The present study is a quasi-experimental study in elderly in Tehran in 2015. The data collection was conducted using a barometer that is calibrated and blood pressure was controlled by researcher. Sixty patients were selected using non-randomly and available method from elderly clinic in Taleghani hospital. After the pre-test, 4 training sessions were conducted based on the need assessment and using the Orem Model. Then, the post-tests were performed one and three months after the intervention. Data analysis was performed using the SPSS 21 Software, and Mann-Whitney and Wilcoxon tests.

**Results:** According to the Chi-square test, the samples of the two groups were identical in terms of demographic variables ( $P < 0.05$ ). After the intervention in the test group, there was a significant statistical difference in the self-care ability and control of hypertension of the elderly ( $P = 0/000$ ); while, the difference was not significant in the control group ( $P = 0/53$ ).

**Conclusion:** The results show that the application of Orem Self-care Model with a focus on systematic medicine usage is efficient on the elderly affected by hypertension. It is suggested that Orem Self-care Model with a focus on systematic medicine usage, to be considered for other diseases.

Keywords: Hypertension, Elderly, Systematic Medicine Usage, Orem Self-Care Model.

Received: 24/01/2018

Accepted: 23/02/2018

# تأثیر مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر پرفشاری خون سالمندان

شیوا قاسم نیای نامقی<sup>۱</sup>، \*فضل الله احمدی<sup>۲</sup>، پریسا طاهری تنجانی<sup>۳</sup>، محمد غلامی فشارکی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- استاد، گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: ahmadif@modares.ac.ir

۳- استادیار، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه آمار زیستی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۲ شماره ۳ زمستان ۱۳۹۶، ۲۸-۳۵

## چکیده

**مقدمه:** پرفشاری خون یکی از بیماری‌های بسیار شایع در دوران سالمندی است. مصرف اصولی داروها با توجه به پدیده پلی فارمی می‌تواند در کنترل پرفشاری خون در سالمندان موثر باشد. بنابراین، خودمراقبتی در مصرف اصولی داروهای این گروه ضرورت دارد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر، مطالعه ای نیمه تجربی است، که در شهر تهران، سال ۱۳۹۶ انجام شده است. ابزار گردآوری اطلاعات دستگاه فشارسنج کالیبره بود و فشارخون به روش استاندارد و توسط محقق کنترل شد. ۶۰ بیمار به روش غیرتصادفی و در دسترس از کلینیک طب سالمندان بیمارستان طالقانی انتخاب شدند. بعد از انجام پیش آزمون، ۴ جلسه آموزشی بر اساس نیازسنجی طبق الگوی اورم برگزار و پس از آزمون یک ماه و سه ماه بعد از مداخله انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS ۲۱ و آزمون‌های من ویتنی و ویل کاکسون انجام شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج آزمون کای اسکور نمونه‌های دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک یکسان بودند ( $P > 0.05$ ). بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنادار آماری در توان خودمراقبتی و فشارخون سالمندان مشاهده شد ( $P < 0.001$ ), اما در گروه کنترل این اختلاف، معنادار نبود ( $P = 0.53$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج نشان می‌دهد که به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر میزان فشارخون سالمندان مبتلا به پرفشاری خون موثر است. پیشنهاد می‌شود مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها در مورد سایر بیماریها به کار گرفته شود.

**کلید واژه‌ها:** پرفشاری خون، سالمندان، مصرف اصولی داروها، مدل خودمراقبتی اورم.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۳

## مقدمه

سالمندی را دوره ای از زندگی تعریف کرده اند که از ۶۰ سالگی آغاز می گردد. طبق پیش بینی های سازمان جهانی بهداشت امید به زندگی در حال افزایش است و تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان جهان از مرز دو میلیارد نفر خواهد گذشت (۱). ایران نیز در سال ۱۳۹۵ دارای ۹/۲۷ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال بوده است (۲). با افزایش سن شیوع بیماریها بیشتر شده و سالمندان نسبت به جوانان بیشتر در معرض ابتلا به بیماریهای مزمن از جمله بیماریهای قلبی-عروقی قرار دارند، در نتیجه مواجهه با پلی فارمی افزایش می یابد (۳،۴). از جمله مشکلات بهداشت عمومی در جهان پرفشاری خون می باشد (۵). Allen (۲۰۱۳) و Lionakis (۲۰۱۲) معتقدند پرفشاری خون یکی از بیماری های بسیار شایع در سالمندان است که منجر به مصرف دارو در آنان می شود (۶، ۷) و میزان بالایی از هزینه درمانی و مراقبتی را به خود اختصاص می دهد (۸). در ایران نیز ۲۶/۶ درصد افراد بالای ۱۵ سال مبتلا به پرفشاری خون هستند (۹). مطالعات متعددی حاکی از آن است که شیوع پلی فارمی با افزایش سن، افزایش می یابد. نتایج مطالعه ای در کشور کره نشان می دهد بروز پلی فارمی در سالمندان ۸۶/۴ درصد بوده است (۱۰). بروز پلی فارمی به دنبال بیماری های مزمن در سالمندان کشور ایتالیا ۵۸/۸ درصد بوده است (۱۱). Marie herr (۲۰۱۵) و همکاران معتقدند شیوع پلی فارمی (۵ تا ۹ دارو) ۵۳/۶ درصد و پلی فارمی شدید (بیش از ۱۰ دارو) ۱۳/۸ درصد در کشور فرانسه می باشد (۱۲). Nechba (۲۰۱۵) معتقد است توجه به عوارض دارویی هنگام درمان به خصوص در سالمندان باید مورد توجه قرار گیرد (۱۳). در ایران نتایج مطالعه نوقایی (۲۰۱۴) بر روی سالمندان شهر گناباد نشان داد که بطور میانگین ۴ قلم دارو در طول روز مصرف می کردند (۱۴). پابیندی به مصرف دارو یکی از مسائلی است که بیماران با آن مواجه هستند و این مسئله به دلیل وجود پلی فارمی در سالمندان پیچیده تر است (۱۵). عدم پابیندی به مصرف دارو در سالمندان منجر به کاهش منافع درمانی، مراجعات مکرر جهت بستری در بیمارستان و ویزیت های مکرر پزشکان می شود (۱۶).

مدل خودمراقبتی اورم یک مدل مفهومی است که در سال ۱۹۵۲ توسط دورتی الیزابت اورم بر اساس اصول مراقبت از خود پایه ریزی شده است و مراقبت از خود در آن شامل فعالیت های فردی است تا حیات و تندرستی انسانها حفظ شود (۱۷). منظور از برنامه خود مراقبتی فعالیت های تنظیم شده ای است که باعث تثبیت توانایی ها و افزایش کارایی افراد شده و به مددجویان آموزش داده می شود (۱۸). Machado و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه مقطعی،

رابطه معناداری را بین خودمراقبتی و ارتقای سلامتی در سالمندان پرتغالی یافتند (۱۹). در ایران سلیمی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای که بر روی سالمندان شهر زنجان انجام دادند، دریافتند ارتقای خودمراقبتی منجر به بهبود کیفیت زندگی سالمندان می شود (۲۰). بنابراین می توان بیان کرد که رفتارهای خودمراقبتی منجر به بهبود زندگی در ابعاد مختلف زندگی سالمندان می شود و پژوهش های متعددی در این زمینه انجام شده، اما تاکنون به نقش خودمراقبتی با محوریت مصرف اصولی داروها در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون پرداخته نشده است. بنابراین با توجه به کمبود تحقیقات انجام شده در این زمینه بر آن شدیم تا در پژوهش حاضر، تاثیر مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون را مورد بررسی قرار دهیم.

## روش مطالعه

پژوهش حاضر، مطالعه ای نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد که در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران انجام شده و مداخله در آن شامل به کارگیری الگوی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها است. جامعه آماری پژوهش حاضر، سالمندان مراجعه کننده به کلینیک طب سالمندی بیمارستان طالقانی در شهر تهران می باشد. حجم نمونه با توجه به تحقیقات قبلی و با توان آزمون ۸۵ درصد و اطمینان ۹۵ درصد، برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد. نمونه گیری به روش غیر تصادفی و در دسترس و تخصیص نمونه ها در دو گروه به صورت تصادفی بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۶۰ تا ۸۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، زبان فارسی، داشتن سابقه پرفشاری خون و تحت درمان با داروهای ضد فشارخون بودن و معیار خروج عدم علاقمندی به انجام فعالیت ها بود.

ابزار گردآوری داده ها، در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (جنس، سن، وزن، قد، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، کفایت درآمد، حمایت مالی، محل زندگی، فعالیت فیزیکی، انجام امور مراقبتی، ابتلا به بیماری ها، سابقه مصرف سیگار، حساسیت دارویی یا غذایی، داروهای مصرفی) و دستگاه فشارسنج کالیبره شده بود و فشارخون به روش استاندارد و توسط یک فرد (محقق) کنترل شد.

پس از تکمیل پرسشنامه ها و کنترل فشار خون در سه روز متوالی، برنامه خودمراقبتی طراحی شده بر اساس الگوی اورم در طی چهار مرحله اجرا شد:

۱- ارزیابی نیازهای خودمراقبتی در واحدهای مورد مطالعه و

روز متوالی صورت پذیرفت و چک لیست های خودگزارش دهی آنان جمع آوری گردید. اطلاعات به دست آمده قبل و بعد از اجرای برنامه با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد، جهت بررسی متغیرها از آزمون ویل کاکسون و من ویتنی، و جهت بررسی تاثیر مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر میزان پرفشاری خون سالمندان در سه مرحله (قبل، یک ماه بعد و سه ماه بعد) در گروه آزمون و کنترل از آزمون General Linear Model استفاده شد.

برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، ابتدا هدف از اجرای تحقیق برای سالمندان توضیح و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد بود و اعلام گردید که شرکت در مطالعه اختیاری است، به طوری که شرکت کنندگان اجازه خروج از فرآیند پژوهش را در طول مطالعه دارند.

### یافته ها

تعداد ۶۰ سالمند در این مطالعه شرکت داشتند که به دو گروه ۳۰ نفره آزمون و کنترل تقسیم شدند و هر گروه متشکل از ۱۵ زن و ۱۵ مرد در محدوده سنی افراد بین ۶۰ تا ۸۰ سال و میانگین سنی در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۶۸/۰۳ و ۶۹/۸۰ بود. جدول شماره یک اطلاعات مربوط به همسان سازی متغیرهای دموگرافیک را دو گروه آزمون و کنترل نشان می دهد.

پس از جمع آوری داده ها، ابتدا با استفاده از آزمون های کولموگروف اسمیرنوف، نرمالیتی متغیرهای مربوط به توان خودمراقبتی (در ابعاد آگاهی، مهارت و تمایل) و همچنین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک مورد بررسی قرار گرفت و غیر نرمال بودن داده ها تایید شد. برای بررسی میانگین متغیرهای مربوط به توان خودمراقبتی و همچنین فشارخون با توجه به غیرنرمال بودن توزیع داده ها از آزمون General Linear Model استفاده شد. جدول شماره ۲ میانگین ابعاد مربوط به توان خودمراقبتی و فشار خون در سالمندان در سه بار اندازه گیری (قبل، یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله) را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل از نظر توان خود مراقبتی و فشار خون اختلاف معنادار آماری مشاهده نمی شود. ولی بعد از مداخله، یک ماه بعد و سه ماه بعد در گروه آزمون اختلاف معنادار آماری مشاهده می شود، اما در گروه کنترل اختلاف معنادار آماری مشاهده نشده است.

برنامه ریزی بر اساس تشخیص های پرستاری: در این مرحله، نیازسنجی بر اساس فرم بررسی و شناخت توان خودمراقبتی سالمندان مطابق الگوی اورم (نیازهای مربوط به رشد و تکامل، نیازهای همگانی، الگوهای معمول بهداشتی و نیازهای انحراف از سلامت) انجام شد. در قسمت توان خودمراقبتی سوالات در سه بعد آگاهی، انگیزه و مهارت قرار داشتند. بعد آگاهی شامل ۱۱ و انگیزه شامل ۶ سوال بود که با "بلی و خیر" سنجیده شدند، بالاترین امتیاز در بعد آگاهی ۲۲ و پایین ترین امتیاز ۱۱ و در بعد انگیزه بالاترین امتیاز ۱۲ و پایین ترین امتیاز ۶ بود، بعد مهارت شامل ۱۶ سوال بود که با "هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه" سنجیده شد، بالاترین امتیاز ۸۰ و پایین ترین امتیاز ۱۶ بود. به صورت قراردادی کسب امتیاز کمتر از ۲۰ در بعد آگاهی، امتیاز کمتر از ۱۰ در بعد انگیزه و امتیاز کمتر از ۵۵ در بعد مهارت، کمبود توان خودمراقبتی بود. پرسشنامه های تکمیل شده توسط سالمندان در گروه آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و بر اساس اولویت به مشکلات موجود پرداخته شد و مشخص شد کدام نیازهای همگانی برآورده و کدام نیازها هنوز برآورده نشده است، چه عاملی باعث شده که این نیازها برآورده نشود و پرستار باید چه کارهایی برای برآوردن این نیازها انجام دهد، که در هر کدام از افراد گروه آزمون و به صورت مورد به مورد متفاوت بود.

تشخیص های پرستاری شامل: کمبود مراقبت از خود در زمینه تغذیه و فعالیت های ورزشی مناسب، کمبود خودمراقبتی در زمینه مصرف اصولی داروهای ضد فشارخون و چگونگی کنترل و ثبت فشارخون بود.

۲- طرح برنامه خودمراقبتی در قالب جلسات آموزشی: در این مرحله نوع آموزش و گزینش و نوع سیستم پرستاری بسته به کمبودهای اطلاعات مصرف اصولی داروها که در مرحله اول لیست شده اند انتخاب و سالمندان در دو سیستم پرستاری آموزشی- حمایتی و جبرانی نسبی قرار گرفتند.

۳- اجرای الگوی خودمراقبتی اورم: برگزاری ۴ جلسه آموزشی که بر اساس نیازهای سالمندان طراحی شده و زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه بود، قرار دادن پمفلت های آموزشی در اختیار سالمندان، برقراری ارتباط تلفنی و حضوری در روزهای مشخصی از هفته با سالمندان و تقویت روحیه در آنان، استفاده از چک لیست های خودمراقبتی که به صورت ماهانه طراحی شده بود.

۴- ارزشیابی: بر اساس اهداف در زمینه کاهش نیازها و افزایش توانایی ها در انجام فعالیتهای خودمراقبتی و از طریق سنجش توان خودمراقبتی در مصرف اصولی داروها و کنترل فشارخون در سه

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک در گروه آزمون و کنترل

| آزمون کای دو | کنترل        |         | آزمون        |         | گروه             |                |
|--------------|--------------|---------|--------------|---------|------------------|----------------|
|              | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | متغیر            |                |
| p=۰/۱۹       | ۵۰           | ۱۵      | ۶۶/۷         | ۲۰      | ۷۰-۶۰            | سن             |
|              | ۵۰           | ۱۵      | ۳۳/۳         | ۱۰      | ۸۰-۷۱            |                |
|              | ۳/۳          | ۱       | ۶/۳          | ۲       | مجرد             |                |
| p=۰/۸۱       | ۷۳/۳         | ۲۲      | ۷۳/۳         | ۲۲      | متاهل            | وضعیت تاهل     |
|              | ۲۳/۳         | ۷       | ۲۰           | ۶       | همسرفوت شده      |                |
|              | ۴۶/۷         | ۱۴      | ۳۶/۷         | ۱۱      | ابتدایی          |                |
| p=۰/۸۷       | ۲۶/۷         | ۸       | ۳۰           | ۹       | راهنمایی         | میزان تحصیلات  |
|              | ۲۰           | ۶       | ۲۶/۷         | ۸       | دیپلم            |                |
|              | ۶/۷          | ۲       | ۶/۷          | ۲       | تحصیلات دانشگاهی |                |
| p=۰/۶۵       | ۱۰           | ۳       | ۶/۷          | ۲       | کم وزن           | شاخص توده بدنی |
|              | ۲۳/۳         | ۷       | ۳۳/۳         | ۱۱      | نرمال            |                |
|              | ۵۰           | ۱۵      | ۴۶/۷         | ۱۳      | اضافه وزن        |                |
| p=۰/۳۱       | ۱۶/۷         | ۵       | ۱۳/۳         | ۴       | چاق              | تعداد فرزندان  |
|              | ۳/۳          | ۱       | ۶/۷          | ۲       | بدون فرزند       |                |
|              | ۱۳/۳         | ۴       | ۲۶/۷         | ۸       | ۱ تا ۳ فرزند     |                |
| p=۰/۵۱       | ۷۰           | ۲۱      | ۶۳/۳         | ۱۹      | ۴ تا ۶ فرزند     | حمایت مالی     |
|              | ۱۳/۳         | ۴       | ۳/۳          | ۱       | بیش از ۶ فرزند   |                |
|              | ۵۳/۳         | ۱۶      | ۶۳/۳         | ۱۹      | بازنشسته (بیمه)  |                |
|              | ۳/۳          | ۱       | ۶/۷          | ۲       | کمپته امداد      |                |
|              | ۴۳/۳         | ۱۳      | ۳۰           | ۹       | خانواده          |                |

جدول ۲: مقایسه میانگین های نمرات متغیرها در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا در سه بار اندازه گیری (قبل از مداخله، یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله) در دو گروه آزمون و کنترل

| P (General Linear Model) | گروه کنترل |              | گروه آزمون |              | متغیرها              |                   |
|--------------------------|------------|--------------|------------|--------------|----------------------|-------------------|
|                          | میانگین    | انحراف معیار | میانگین    | انحراف معیار |                      |                   |
| P< ./.۰۰۱                | ۲/۴۸       | ۱۶/۵۳        | ۲/۶۶       | ۱۷/۲۶        | قبل از مداخله        | آگاهی             |
| T = ۲/۷۹                 | ۲/۶۲       | ۱۶/۴۳        | ۰/۶۸       | ۲۱/۴۶        | بعد از یک ماه مداخله |                   |
| Df = ۱                   | ۲/۶۲       | ۱۶/۴۳        | ۰/۶۲       | ۲۱/۶۰        | بعد از سه ماه مداخله |                   |
| P< ./.۰۰۱                | ۹/۸۷       | ۴۶/۷         | ۴/۳۱       | ۴۶/۶         | قبل از مداخله        | مهارت             |
| T = ۴/۰۲                 | ۱۰/۶۵      | ۴۷/۰۶        | ۴/۳۱       | ۶۷/۴۶        | بعد از یک ماه مداخله |                   |
| Df = ۱                   | ۱۰/۶۵      | ۴۷/۰۶        | ۴/۰۵       | ۶۷/۷۰        | بعد از سه ماه مداخله |                   |
| P = ./.۰۳                | ۲/۰۷       | ۱۱/۲۰        | ۱/۸۳       | ۱۱/۴۰        | قبل از مداخله        | تمایل             |
| T = ۳/۱۵                 | ۱/۸۲       | ۱۱/۳۰        | ۰/۴۰       | ۱۱/۹۰        | بعد از یک ماه مداخله |                   |
| Df = ۱                   | ۱/۸۴       | ۱۱/۳۰        | ۰/۱۸       | ۱۱/۹۶        | بعد از سه ماه مداخله |                   |
| P< ./.۰۰۱                | ۳/۸۱       | ۹۵/۸۰        | ۲/۱۸       | ۹۵/۸۳        | قبل از مداخله        | فشارخون دیاستولیک |
| T = ۳/۸۹                 | ۴/۱۸       | ۹۵/۵۷        | ۶/۶۷       | ۸۳/۴۰        | بعد از یک ماه مداخله |                   |
| Df = ۱                   | ۴/۱۸       | ۹۵/۵۷        | ۶/۹۷       | ۸۲/۸۶        | بعد از سه ماه مداخله |                   |
| P< ./.۰۰۱                | ۶/۵۵       | ۱۴۸/۶۲       | ۵/۴۵       | ۱۴۷/۱۰       | قبل از مداخله        | فشارخون سیستولیک  |
| T = ۴/۲۴                 | ۵/۶۴       | ۱۴۷/۳۶       | ۷/۵۱       | ۱۳۶/۹۱       | بعد از یک ماه مداخله |                   |
| Df = ۱                   | ۵/۶۴       | ۱۴۷/۳۶       | ۷/۵۱       | ۱۳۶/۲۷       | بعد از سه ماه مداخله |                   |

## بحث

بین دو گروه از لحاظ توان خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد. در مطالعه تهرانی (۲۰۱۵) نشان داده شد که افزایش سن، به دلیل افزایش وابستگی بیماران به دیگر اعضای خانواده، منجر به کاهش خود مراقبتی می گردد (۲۱). شهبازی (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان داده است که هرچه توان خودمراقبتی در سالمندان کمتر باشد ناتوانی شدیدتر شده و خودمراقبتی کاهش می یابد (۲۲). همچنین روحانی

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر پرفشاری خون سالمندان انجام و نتایج تحقیق نشان داد که مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر توان خودمراقبتی سالمندان تأثیر معناداری داشته و

خود مراقبتی در فرآیند درمان موثر بوده است (۲۷). فشارخون بالا از جمله بیماری های مزمن در سالمندان است که نیاز به مصرف دارو و انجام خودمراقبتی دارد. این پژوهش به بررسی راهی آسان، بی خطر و کم هزینه جهت مصرف اصولی و مناسب داروها در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون پرداخته است. از جمله محدودیت های پژوهش تفاوت های فردی واحدهای پژوهش از نظر روحی و روانی در پاسخ به پرسشهای پرسشنامه ها و همچنین احتمال خدشه در پر نمودن کامل چک لیست ها بود.

### نتیجه گیری نهایی

با توجه به اینکه فشارخون در سالمندانی که مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها را اجرا می کنند نسبت به گروه کنترل کاهش می یابد و توان خودمراقبتی افزایش می یابد، لذا پیشنهاد می شود که مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در مراکز و کلینیک های سالمندان و در دیگر سطوح جامعه و مناطق مختلف استفاده شود. بررسی تاثیر مدل خودمراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر سایر بیماری های دوران سالمندی و در سایر مراکز بهداشتی-درمانی و مراکز نگهداری سالمندان و همچنین در سایر شهرها و روستاها پیشنهاد می گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را به معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و تمامی سالمندان عزیزی که در این پژوهش صادقانه همکاری داشتند، تقدیم می دارند. این مقاله با کد ۲۸۳۷ در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است.

### References

1. World Health Organization, 'aging well' must be a global priority. News release 2017.
2. Statistical Center of Iran, Management & Planning Organization, Status of aged Nationwide, Islamic Republic of Iran. 2016.
3. Chiang-Hanisko L, Tan Jy, Chiang Lc. Polypharmacy issues in older adults.

(۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان داده است که هرچه توان خودمراقبتی سالمند کاهش یابد ناتوانی در خودمراقبتی افزایش یافته و منجر به افزایش بار مراقبتی مراقبین می شود (۲۳). چرایی دستیابی به این نتایج، در بعد آگاهی و مهارت می تواند مربوط به تمایل و انگیزه بالای نمونه های مورد بررسی برای اجرای برنامه های عملی بر اساس الگوی اورم باشد و دلیل پایداری آن در طول سه مطالعه می تواند به مربوط به پیگیری دقیق سالمندان با استفاده از چک لیست ها و یادآوری مداوم جهت پر نمودن کامل آنها، و همچنین یادآوری جهت رعایت موارد آموزش داده شده در زمینه خودمراقبتی باشد. در مطالعه ای که توسط Rajbir و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد میانگین نمره نگرش و عملکرد مربوط به توان خودمراقبتی سالمندان قبل از آموزش پایین بوده و با دریافت آموزش افزایش یافت (۲۴). قهرمانی و همکاران (۲۰۱۳) نیز ارتقای خودکارآمدی سالمندان در راستای اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی را مهم ترین عامل پیش بینی کننده فعالیت های جسمانی سالمندان می دانند (۲۵).

همچنین در این مطالعه میانگین فشارخون در سالمندان مورد بررسی در گروه آزمون، بعد از اجرای مداخله کاهش یافته است و در طول سه ماه مداخله پایداری وجود دارد. چرایی دستیابی به این نتایج، می تواند مربوط به افزایش توان خودمراقبتی به ویژه در بعد مهارت خودمراقبتی باشد. در این زمینه سالمندان چگونگی مصرف اصولی داروهایشان و همچنین لزوم کنترل مرتب فشارخون را می آموزند و با وجود چک لیست ها ملزم به رعایت و اجرای آنها در طول زمان مطالعه می شوند. مطالعه Waren و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که پرفشاری خون یک وضعیت قابل کنترل است و خودمراقبتی از عوامل مهم کنترل آن می باشد (۲۶). همچنین نتایج مطالعه Sol و همکاران (۲۰۰۸) در کشور هلند نشان داده است که در مورد بیماران قلبی-عروقی اجرای مداخلات پرستاری بر مبنای رفتارهای

Hu Li Za Zhi 2014; 61(3): 97-104.

4. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garman A, et al. Aging with multimorbidity. Aging research review 2011; 10 (14): 430-439.
5. Yadav G, Chaturvedi S, Grover VL. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in a resettlement colony of delhi. Indian heart journal 2008; 60 (4): 313-

- 317.
6. Allen M, Kelly K, Fleming L. Hypertention in elderly patients. *Canadian family physician* 2013; 59:19-21.
  7. Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertention in the elderly. *World journal of cardiology* 2012; 4 (5):135-147.
  8. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Lango D, Jameson J, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th. New York, NY:Mcgraw-hill; 2008.23-26..
  9. Baghianimoghadam MH, Rahae Z, Morovatisharifabad M, Sharifirad Gh, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNAF model in hypertention patients. *Journal of research in medical sciences* 2010;15 (2):70-77
  10. Kim H-A, Shin J-Y, Kim M-h, Pak B-j. Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean elderly. *PloS one* 2014; 9 (6):e 98043.
  11. Kirchmayer U, Mayer F, Basso M, De cristofaro R, Mores N, Cappai G. Polypharmacy in elderly :A population based cross-sectional study in Lazio. *European Griatric Medicine* 2016; 5 (8): 1-4.
  12. Herr M, Robie J, Juliette P, Arvieu J, Ankri J. polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiology and drug safty* 2015; 24 (6): 637-646.
  13. Nechba R, Kadiri M, Ziatni M, Zeggwagh A, Mesfioui A. Difficulty in managin polypharmacy in the elderly : case report and review of the literature. *Clinical Gerontology and Geriatrics* 2015; 6 (1):30-33.
  14. Delshad Noghabi A, Darabi F, Baloochi Beydokhti T, Shareinia H, Radmanesh R. Irrational use of medicine status in elderly papulation of Gonabad. *Ofogh Danesh*. 2014;5(19):297-304.[persian].
  15. Chiang-Haniskol, Tan JY, Chiang LC. Poly pharmacy issues in older adults. *Hu li za zhi* 2014;61(3):97-104
  16. Toh MR, Teo V, Kwan YH, Raaj S, Tan SYD, Tan JZY . Association between number of doses per day,number of medicationsandpatient'snoncompliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Prev Med Rep* 2014; 1:43-47.
  17. Memarian R. Application of nursing concepts and theories. *Tarbiat modarres university press* 2011:195-217.
  18. Masoudi R, Mohammadi T, Ahmadi F, Hasanpour Dehkordi A. The effect of self care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patiets. *Iran journal of nursing* 2009; 22 (60):53-64. [persian].
  19. Machado M, Vieira M, Almeida S. Health and self-care profile of older people: A descriptive study in nursing homes, In northern Portugal. *Quality in primary care* 2016;24 (1):12-16.
  20. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini M, Batebi A. Effect of self-care educational program to improving quality of life

- among elderly referred to health centers of Zanjan. *Journal of education and community health* 2015; 2 (2): 28-37. [persian].
21. Tehrani H, Taghdisi MH. Community action :A strategy for health promotion. *Iranian Journal of health education and health promotion* 2015; 2 (4): 255-259. [Persian].
  22. Shahbazi MR, Foroughan M, Roghani S, Rhgozar M. The relationship between disability and variables of depression, cognitive status ,and morale among older people. *Aging J* 2016;11(1):132-141.[Persian].
  23. Rohani H, Eslami A ,Jafari T ,Koshki T ,Raei M, Abrishamkarzadeh H, Mirshahi R, Ghaderi A. The factor affecting the burden of care of informal caregivers of the elderly in Tehran. *journal of Kermansha University of Medical Sciences* 2015; 18 (12): 726-733. [Persian].
  24. Rajbir S, Seema G, Anita K, Paramjit C. Efficacy of nutrition counselling on knowledge,attitudes and practices of urban and rural elderly males. *Studies on Home and Community Science* 2008; 2 (1): 65-68.
  25. Ghahramani L, Nazari M. Comparing prediction power of exercise intention and behavior based on self-efficacy and theory of planned behavior.*Payesh* 2013; 12 (2):99-107.[persian].
  26. Waren J, Rechart B, Seymoure. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J community health*.Author manuscript;available in PMC Feb1/2013.
  27. Sol BMG, Vander Graaf Y, Vander Bijl JJ, Goessens BMB, Visseren FLJ. The role of self efficacy in vascular risk factor managmentia randomized controlled trial-patient Educ couns 2008; 7 (2):191-196.