



دوره دوم شماره ۱ تابستان ۱۳۹۶ شماره استاندارد بین المللی ۱-۷۳۰۱-۲۴۷۶

- ۱ بررسی ارتباط بین سبک های شوخ طبعی و حمایت اجتماعی با رضایت جنسی در زنان سالمند متأهل
آناهیتا خدابخشی کولایی، نوشین سادات میرافضل
- ۱۱ بررسی اثر بخشی فعالیت بدنی بر میزان سلامت عمومی، شادکامی و امید به زندگی زنان سالمند و یائسه
سلمان علوی، عبدالصالح زر، مرتضی سلیمی آوانسر، فاطمه احمدی
- ۲۰ رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر تبریز سال ۹۵
توکل آقایی هیر، داود قاسم زاده، اکبر ابراهیمی اورنگ
- ۲۹ تأثیر فعالیت های جسمانی بر کیفیت زندگی، امید و رضایت از زندگی سالمندان شهر ایلام
شمس الدین رضایی، محسن اسماعیلی
- ۴۱ عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به فشار خون شهر ارومیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی
صابر پورمحمد، زهرا جلیلی
- ۵۱ حمایت درک شده عاطفی از دیدگاه سالمندان ایرانی: تحلیل محتوای هدایت شده
شیما نظری، اکرم فرهادی، لیلا صادق مقدم، علیرضا نمازی شستری
- ۶۵ تأثیر هشت هفته تمرین ترکیبی بر میزان تصفیه ی گلوومرولی و آمادگی جسمانی در مردان سالمند
رویا عسکری، حسن غنی آبادی، علیرضا حسینی کاخک
- ۷۶ بررسی نقش قدرت عضلانی و دامنه حرکتی اندام تحتانی در سقوط سالمندان: مطالعه مروری نظام مند
علی اصغر نورسته، حامد زارعی، پدram پور محمودیان

به نام خداوند جان و خرد نشریه سالمندشناسی

دوره دوم، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۶

- صاحب امتیاز: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب: موسسه دانش بنیان نوآوران سلامت آریاپارس پژوه
- مدیر مسئول: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: دکتر شیما نظری
- کارشناس نشریه: اکرم پورولی
- شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۹۴/۶۰۵۷ مورخه ۱۳۹۴/۳/۲۵
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: ۲۴۷۶-۷۳۰۱ e-ISSN

دارای مجوز موافقت اصولی جهت کسب رتبه علمی پژوهشی از کمیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۷۰۴/۱۷۷۵
مورخه ۱۳۹۴/۱۲/۱۶

اعضای هیات تحریریه:

- دکتر فضل اله احمدی استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر منیره انوشه دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر علی حسام زاده استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر علی درویش پور کاخکی استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
- دکتر ناهید رژه دانشیار دانشگاه شاهد. تهران
- دکتر مریم روانی پور دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر حیدرعلی عابدی استاد دانشگاه آزاد واحد خوراسگان - اصفهان
- دکتر عباس عبادی استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم عج
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر الهام نواب استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی دانشیار دانشگاه شاهد
- دکتر فریده یغمایی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
- دکتر احمد علی اکبری کامرانی متخصص داخلی و فلوشیپ طب سالمندی، دانشیار دپارتمان سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر احمد دلبری متخصص علوم اعصاب سالمندی، دانشیار مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر رضا فدای وطن متخصص طب سالمندی، دانشیار دپارتمان سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ربابه صحاف، متخصص سالمندشناسی، دانشیار مرکز تحقیقات سالمندی و دپارتمان سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

• حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: موسسه دانش بنیان نوآوران سلامت آریاپارس پژوه

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به فشار خون شهر ارومیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی



صابر پورمحمد، * زهرا جلیلی^۲

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- دانشیار آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Zahra.jalili@gmail.com: پست الکترونیکی

نشریه سالمندشناسی دوره ۲ شماره ۱ تابستان ۱۳۹۶، ۴۱-۵۰

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون، مهمترین مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و یکی از دلایل مرگ زودرس و عامل خطر بیماری های قلبی- عروقی، سکنه مغزی و نارسایی کلیه بخصوص در سالمندان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در شهرستان ارومیه انجام شد.

روش: در این مطالعه مقطعی ۱۲۰ سالمند مبتلا به پرفشاری خون که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه بودند به طور تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر سوالات دموگرافیک، آگاهی، رفتارهای خود مراقبتی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بود. داده ها با استفاده از آزمون های آنوا، رگرسیون خطی و با به کارگیری نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سن سالمندان مورد مطالعه $72/6 \pm 11/72$ سال بود. نتایج نشان داد که رفتار خودمراقبتی با جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معناداری داشت. از بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بیشترین و کمترین سازه پیشگویی کننده رفتار خود مراقبتی به ترتیب، خودکارآمدی درک شده ($B = 0/382$)، حساسیت درک شده ($B = 0/20$) بدست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی می تواند نقش مهمی در کنترل پرفشاری خون در میان سالمندان داشته باشد و سازه خودکارآمدی درک شده از بین سازه های این مدل پیش گویی کننده بیشتر رفتارهای خود مراقبتی کنترل پرفشاری خون در میان سالمندان است، لذا توصیه می شود که در مطالعات بعدی بر روی سایر سازه های دیگر این مدل پیرامون رفتارهای خود مراقبتی در سالمندان مدنظر محققین قرار گیرد..

کلید واژه ها: خود مراقبتی، سالمند، مدل اعتقاد بهداشتی، پرفشاری خون.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۲۲

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.2.1.41](https://doi.org/10.29252/joge.2.1.41)

مقدمه

با افزایش تعداد سالمندان شیوع بیماریهای غیر واگیر و خطرات ناشی از آن افزایش پیدا کرده است (۱) به طوری که پیشگیری و تلاش برای به تعویق انداختن بیماریهای مزمن در سالمندان به یک موضوع مهم در سلامت عمومی تبدیل شده است (۲). پرفشاری خون، یکی از مهمترین عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و شایعترین علت ایجاد سکنه مغزی و نارسایی کلیوی در بزرگسالان و به ویژه در سالمندان می باشد (۳) به طوری که پرفشاری خون علت ۵۱ درصد مرگ ناشی از سکنه مغزی و ۴۵ درصد مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی به حساب می آید. این بیماری مزمن، به دلیل نداشتن نشانه های آشکار و قابل تشخیص، به عنوان قاتل خاموش نامگذاری شده است (۴) سازمان بهداشت جهانی شیوع پر فشاری خون در افراد بالای ۱۸ سال را ۲۲ درصد اعلام نموده است (۵). رضازاده و همکاران در سال ۱۳۸۷ نیز شیوع پر فشاری خون در جمعیت ۳۰ تا ۵۵ سال، ۲۳ درصد و در جمعیت بالای ۵۵ سال، ۵۰ درصد تخمین زده و اعلام نمود شیوع پر فشاری خون در مردان ۱/۳ درصد کمتر از زنان می باشد (۶). بر اساس نتایج مطالعات، موفقیت کنترل فشار خون در آمریکا تنها ۲۷ درصد بوده است که این میزان در کشورهای انگلستان، فرانسه و آلمان حتی کمتر هم می باشد (۷). لذا جهت کاهش میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری و عوارض حاصل از آن و همچنین رسیدن به وضعیت پر فشاری خون کنترل شده، برنامه ریزی و انجام مداخلاتی که بر پایه کنترل فشارخون هدف گذاری می شوند، ضروری می نمایند (۸).

بعد از ابتلا به پر فشاری خون کنترل آن اهمیت بسیاری پیدا می کند تا شانس ایجاد عوارض به واسطه پر فشاری خون به حداقل مقدار خود برسد، با توجه به اینکه پیشگیری و درمان پرفشاری خون مورد توجه قرار گرفته و راهکارهای مشخص برای درمان آن ارائه گردیده (۹) که می توان به در دسترس بودن بیش از صد نوع داروی متفاوت فشار خون که کارایی همگی به اثبات رسیده اشاره کرد، اما با این وجود هنوز میزان های گزارش شده برای کنترل فشارخون ناامید کننده است (۱۰). کنترل پرفشاری خون یکی از مشکلات اساسی بیمار و پزشک می باشد. برآیند مهم این نقیصه، کاهش پذیرش درمان از جانب بیمار شناخته شده که یک مشکل جهانی است. عدم پذیرش این مشکل نه تنها باعث عدم پذیرش درمان دارویی می شود

بلکه روی پیگیری های بعدی و رعایت توصیه های تعدیلی شیوه زندگی نیز تأثیر می گذارد (۱۱).

نتایج آنالیزهای پیشرفته آماری حاصل از ۸۷ بررسی قبلی، نشان داد که مداخلات خود کنترلی در مورد بیماری پر فشاری خون بسیار کارآمد بوده، به طوری که با استفاده از خود کنترلی، فشار خون سیستولیکی ۵ میلیمتر جیوه و فشار خون دیاستولیکی به میزان سه چهارم (هفتاد و پنج صدم) میلیمتر جیوه کاهش را نشان داد (۱۲).

مدل ها بر مبنای تعدادی از تئوری ها جهت کمک به درک یک مشکل خاص در بافت و یا محیط خاص طراحی شده اند (۱۳). بنابراین در برنامه ریزی آموزشی، یکی از مهم ترین اقدامات، انتخاب مدل یا تئوری بر پایه شرایط، شناخت مشکل و همسویی کارایی و هدف مدل یا تئوری با هدف برنامه آموزش است. محققان از مدلها برای تغییر رفتار کمک گرفته اند که یکی از این مدلها موثر در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی می باشد. این مدل در اوایل دهه ۱۹۵۰ توسط گروهی از روان شناسان اجتماعی جهت پژوهش های رفتاری سلامت برای توصیف تغییر و تداوم رفتارهای مرتبط با سلامت بکار گرفته شد (۱۴، ۱۵). این مدل، رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می داند و با توجه به اجزایی که دارد، بر این اساس تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می شود و رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می دهد این مدل دارای شش سازه حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمایی برای عمل و خودکارآمدی می باشد که یکی از کاربردهای اساسی این الگوی پیشگیری اولیه در مورد یک بیماری یا یک آسیب است (۱۶)

از طرفی تغییر رفتار در سالمندان به علت تثبیت رفتار اقدامی بسیار مشکل است و آموزش سنتی به این گروه سنی عموماً کارایی لازم را نخواهد داشت بنابراین به منظور تغییر رفتار و تداوم آن در میان سالمندان نیاز است که از تئوری ها و مدل های تغییر رفتار از قبیل مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شود. به طوری که نتایج مطالعات پیرامون به کارگیری این مدل در سالمندان جهت افزایش فعالیت فیزیکی، اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر، رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده سلامت کارایی خود را نشان داده است (۱۷) -
(۱۹) بنابراین طبق این مدل، افراد زمانی فشارخون خود را کنترل می کنند که معتقد باشند عواقب ناشی از عدم کنترل پر فشاری

گیری پایایی، پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون که جزء گروه مداخله و کنترل نبودند، تکمیل شد با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب پایایی سوالات آگاهی ۰/۷۵، حساسیت درک شده ۰/۷۸، شدت درک شده ۰/۸۱، موانع درک شده ۰/۸۴، راهنما برای عمل ۰/۸۶، منافع درک شده ۰/۸۸، خودکارآمدی ۰/۷۷ محاسبه گردید.

سنجش آگاهی در قالب ۱۲ سوال که به صورت گزینه های بله خیر و نمی دانم تهیه شده بود به گزینه "بله همیشه" امتیاز ۲، به گزینه "نمی دانم" امتیاز ۱ و به گزینه "خیر" امتیاز صفر داده می شد. نمرات پرسش نامه آگاهی از صفر تا ۲۴ متغیر است. سوالات و امتیازات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی عبارت بود از: همه سوالات بر اساس طیف لیکرت سه گزینه ای (موافقم، نظری ندارم و مخالفم) به دلیل درک مشکل از طیف گسترده تر سنجیده شد، حساسیت درک شده با پنج سوال و حداقل و حداکثر امتیازات ۵-۱۵، شدت درک شده ۶ سوال ۶-۱۸ امتیاز، موانع درک شده ۵ سوال ۵-۱۵ امتیاز، منافع درک شده ۷ سوال ۷-۲۱ امتیاز، خودکارآمدی ۱۰ سوال ۱۰-۳۰ امتیاز، راهنما برای عمل ۷ سوال ۷-۲۱ امتیاز بود. برای سنجش رفتارهای خودمراقبتی نیز از پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی در قالب ۹ سوال استفاده شد. که با گزینه های "بله همیشه"، "بله گاهی"، "خیر" پاسخ داده می شوند. به گزینه بله همیشه امتیاز ۲، به گزینه بله گاهی امتیاز ۱ و به گزینه خیر امتیاز صفر داده می شد. نمرات پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی از صفر تا ۱۸ متغیر است (۱۰).

در پایان نیز پس از اخذ رضایت آگاهانه از افراد و تاکید بر محرمانه بودن، اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شد و داده ها با استفاده از آزمون های آنوا، رگرسیون خطی و با به کارگیری نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه $11/72 \pm 7/26$ بود که ۷۵ نفر از آنها (۶۲/۵٪) زن و بیش از دو سوم آنها نیز متأهل بودند. (جدول ۱).

خون جدی و خطرناک است و به علاوه با درک مزایای انجام عمل، انگیزه ای برای انجام آن داشته باشد. از طرفی سایر اطرافیان نیز وی را به رفتار کنترل پر فشاری خون تشویق نمایند.

با توجه به اینکه سالمندان در خط مقدم عوارض بیماریهای مزمن قرار دارند ابتدا باید رفتارهای خطرناک را در خویشتن تعدیل نموده و سپس در جهت اولویت پیشگیری بر درمان اقدام نمایند. لذا این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به پر فشاری خون بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی و اجرا شد تا از نتایج آن برای ارائه راهکارهایی مناسب، جهت اشاعه رفتار خود کنترلی در سالمندان، استفاده گردد.

روشی مطالعه

این پژوهش، از نوع مقطعی بود که با هدف بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به فشارخون بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه سال ۹۵ انجام گرفت. با توجه به مطالعات قبلی شیوع پر فشاری خون در ایران ۱۱/۵ بر آورد شده بود (۲۰) که با $\alpha = 0.05$ ، سطح اطمینان ۹۵٪ و $d = 0.2$ حجم نمونه ۱۰۰ نفر محاسبه شد که با احتساب ۲۰٪ حجم ریزش نمونه در این مطالعه ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای بود که با استفاده از روش تصادفی ساده ۸ مرکز از کل ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند و از هر کدام از این مراکز ۱۵ نفر از سالمندان مبتلا به فشار خون که پرونده خانوار داشتند به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه توسط خود فرد زیر نظر پرسشگر تکمیل گردید.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته بود که شامل مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه، پرسشنامه آگاهی از فشارخون، پرسشنامه رفتارهای خودکنترلی فشارخون، پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی بود. ایتام های هر کدام از پیامدهای مورد نظر با مروری بر متون انتخاب شده بودند و برای روایی و پایایی این پرسشنامه ها به ترتیب از روشهای اعتبار محتوا و آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. برای تعیین روایی پرسشنامه به ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و متخصصین قلب ارسال شد. بر اساس نظرات متخصصین اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. روایی پرسشنامه بالا تر از ۰/۸۰ بود. برای اندازه

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی سالمندان مبتلا به فشار خون

درصد	تعداد	متغیر دموگرافیکی	
		سن	جنسیت
٪۳۶/۷	۴۴	۶۰-۷۰	بیشتر از ۸۰ سال
٪۳۳/۳	۴۰	۷۰-۸۰	مرد
٪۳۰	۳۶	بیشتر از ۸۰ سال	زن
٪۶۲/۵	۷۵	مرد	متاهل
٪۳۷/۵	۴۵	زن	مجرد
٪۷۱/۶	۸۶	متاهل	بیوه
٪۱۰/۱	۱۲	مجرد	بی سواد
٪۱۸/۳	۲۲	بیوه	ابتدایی
٪۲۷/۵	۳۳	بی سواد	راهنمایی
٪۳۹/۲	۴۷	ابتدایی	دیپلم و بالاتر
٪۲۱/۷	۲۶	راهنمایی	خانه دار
٪۱۱/۷	۱۴	دیپلم و بالاتر	کارمند
٪۶۱/۶	۷۴	خانه دار	کشاورز
٪۱۲/۵	۱۵	کارمند	آزاد
٪۱۰/۸	۱۳	کشاورز	ضعیف
٪۱۵/۱	۱۸	آزاد	متوسط
٪۱۰/۱	۱۲	ضعیف	خوب
٪۵۴/۲	۶۵	متوسط	
٪۲۷/۷	۸۷	خوب	

نتایج نشان داد که جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معناداری با رفتار خودمراقبتی در سالمندان دارد ($P < 0.05$). نمره رفتار خودمراقبتی در سالمندان زن به طور معنی داری از سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مرد بالاتر بود ($P = 0.03$). همچنین نمره رفتار خودمراقبتی سالمندان متاهل بالاتر از افراد مجرد و بیوه بود ($P = 0.01$). از طرفی افرادی که وضعیت اقتصادی خوب داشتند از نظر نمره رفتار خودمراقبتی در سطح بالاتری قرار داشتند ($P = 0.02$) (جدول ۲).

نتایج نشان داد که جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معناداری با رفتار خودمراقبتی در سالمندان دارد ($P < 0.05$). نمره رفتار خودمراقبتی در سالمندان زن به طور معنی داری از سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مرد بالاتر بود ($P = 0.03$). همچنین نمره رفتار خودمراقبتی سالمندان متاهل بالاتر از افراد مجرد و بیوه بود ($P = 0.01$). از طرفی افرادی که وضعیت اقتصادی خوب داشتند از نظر نمره رفتار خودمراقبتی در سطح بالاتری قرار داشتند ($P = 0.02$) (جدول ۲).

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک و ارتباط آن رفتار خودمراقبتی در سالمندان مورد مطالعه

P-value	نمره رفتار خودمراقبتی		متغیرهای دموگرافیک	
	(انحراف معیار) میانگین		سن	جنسیت
0.09	۱۶/۹۳ (۲/۸)	۱۶/۷۳ (۳/۹)	کمتر از ۳۰ سال	بیشتر از ۴۰ سال
	۱۷/۹ (۴/۶)	۱۵/۵۸ (۳/۹)	بیشتر از ۴۰ سال	مرد
	۱۸/۱ (۳/۷)	۱۸/۷ (۲/۷)	مرد	زن
*0.03	۱۸/۱ (۳/۷)	۱۸/۷ (۲/۷)	زن	متاهل
	۱۶/۹ (۴/۹)	۱۵/۸ (۳/۶)	متاهل	مجرد
	۱۳/۱ (۴/۸)	۱۵/۸ (۳/۶)	مجرد	بیوه
*0.01	۱۵/۷ (۲/۹)	۱۶/۶ (۲/۱)	بی سواد	ابتدایی
	۱۶/۶ (۲/۱)	۱۷/۱ (۱/۱)	ابتدایی	راهنمایی
	۱۴/۲ (۴/۸)	۱۵/۶ (۲/۹)	راهنمایی	دیپلم و بالاتر
0.05	۱۵/۶ (۲/۹)	۱۶/۵ (۳/۱)	دیپلم و بالاتر	خانه دار
	۱۶/۲ (۱/۱)	۱۶/۲ (۱/۱)	خانه دار	کارمند
	۱۸/۴ (۲/۴)	۱۶/۷ (۴/۳)	کارمند	کشاورز
0.08	۱۶/۲ (۱/۱)	۱۸/۴ (۲/۴)	کشاورز	آزاد
	۱۸/۴ (۲/۴)	۱۶/۷ (۴/۳)	آزاد	خوب
	۱۶/۷ (۴/۳)	۱۵/۸ (۳/۶)	خوب	متوسط
*0.02	۱۶/۷ (۴/۳)	۱۵/۸ (۳/۶)	متوسط	ضعیف
	۱۵/۸ (۳/۶)		ضعیف	

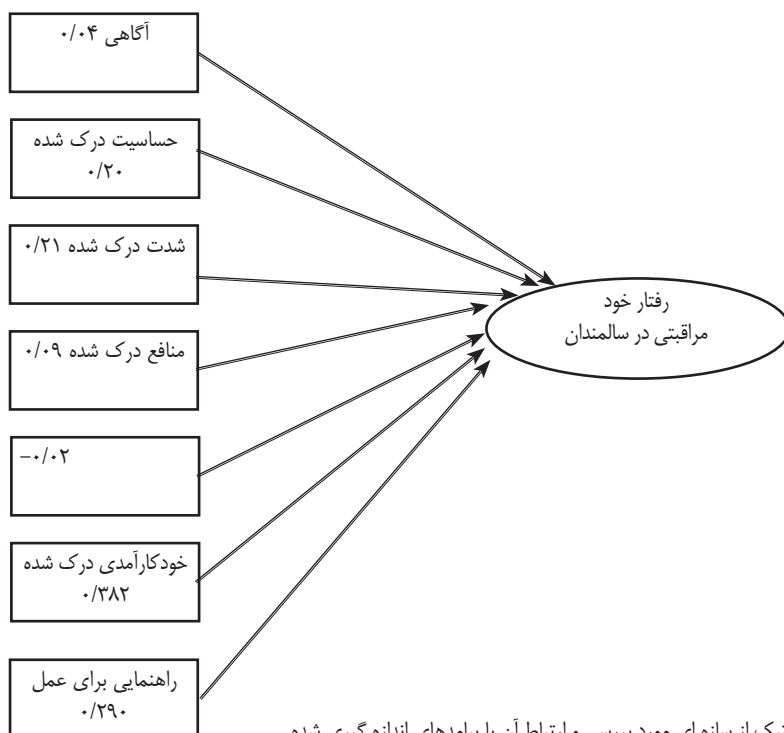
$P < 0.05$ معنادار

چهارمین سازه حساسیت درک شده ($B=0/20$) می باشد و این سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگویی رفتار خود مراقبتی فشارخون سالمندان از لحاظ آماری معنا دار می باشند. ($P<0/05$).

با توجه به آزمون رگرسیون جهت پیشگویی رفتار خودمراقبتی سالمندان مشاهده شد به ترتیب بیشترین سازه پیشگویی کننده، خودکارآمدی درک شده ($B=0/382$) و دومین سازه راهنما برای عمل ($B=0/29$) سومین سازه شدت درک شده ($B=0/21$) و

جدول ۳: یافته های مدل رگرسیونی خطی در پیشگویی رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به فشارخون

متغیر	ضریب رگرسیون B	خطای استاندارد ضریب رگرسیون	beta	مقدار t	معنی داری
آگاهی	0/04	0/048	0/066	1/22	0/55
حساسیت درک شده	0/20	0/082	0/18	2/15	0/04
شدت درک شده	0/21	0/087	0/17	2/3	0/03
منافع درک شده	0/09	0/056	0/146	2/12	0/75
موانع درک شده	-0/02	0/052	-0/218	1/903	0/66
خودکارآمدی درک شده	0/382	0/097	0/322	3/961	0/001
راهنما برای عمل	0/29	0/088	0/19	2/6	0/02



نمودار ۱: نمای شماتیک از سازه ای مورد بررسی و ارتباط آن با پیامدهای اندازه گیری شده

همبستگی مستقیم و معنی داری با رفتارهای خودکارآمدی درک شده

در میان سالمندان مبتلا به پرفشاری خون داشتند. نتایج مطالعه ما نشان داد که جنسیت، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی با رفتارهای خود مراقبتی پیرامون پرفشاری خون در سالمندان ارتباط معنی داری دارد. این نتایج در راستای سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می باشد. به طوری که نتایج مطالعه فولادوندی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که عواملی از قبیل جنسیت، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی با رفتارهای خود تنظیمی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون ارتباط دارد (۲۱) و نتایج مطالعه

بحث

هدف این مطالعه بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به فشارخون شهر ارومیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود. نتایج مطالعه نشان داد که در میان متغیرهای جمعیت شناختی جنسیت، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی داری با رفتارهای خود مراقبتی در میان سالمندان داشت و همچنین در میان سازه های مدل اعتقاد بهداشتی حساسیت و شدت درک شده، راهنمای برای عمل و خودکارآمدی درک شده

روی موضوعاتی مثل دیابت و خودآزمایی پستان انجام شده بودند به نقش خودکارآمدی در پیشگویی رفتار تاکید داشته اند از جمله مطالعه مظلومی و همکاران (۲۰۱۱) (۳۲) نتایج این مطالعه نشان می دهد که پیشگویی کنده راهنما برای عمل با رفتار خود مراقبتی رابطه معنی داری داشت. هر چقدر فرد راهنما برای عمل بیشتری دریافت کند کنترل بیشتری در میزان فشارخونش می تواند داشته باشد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه هزوه ای و همکاران (۲۰۱۵) در زمینه بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون با مدل اعتقاد بهداشتی همخوانی دارد (۳۳).

در این مطالعه منافع و موانع درک شده بر روی رفتار مورد نظر تاثیرگذار نمی باشد که با نتایج مطالعه Avci (۲۰۰۸) که بر روی خودآزمایی پستان انجام شده بود همسو نمی باشد (۳۴).

نتایج حاکی از عدم رابطه معنی داری بین آگاهی و رفتار خودمراقبتی از سالمندان مبتلا به بیماری فشارخون می باشد. این یافته با یافته های پژوهش شریفی راد و همکاران (۲۰۰۷) در زمینه آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲ مطابقت ندارد (۳۵). احتمال می رود با آگاهی از عوامل مستعد کننده پرفشاری خون و ایجاد تغییر در رفتارهای بهداشتی، می توان گام مؤثری در کاهش این بیماری برداشت.

نتایج نشان می دهد بین سازه شدت درک شده با متغیر رفتار خود مراقبتی رابطه معنی داری وجود دارد. علت این امر می تواند آگاهی از جدی بودن خطرات مانند سکتته های قلبی و مغزی، عوارض کلیوی و چشمی و هزینه های درمان، عوامل مهمی در جهت ارتقای سطح شدت درک شده در این خصوص است. بررسی Lin (۲۰۰۵) در بین مهاجرین در تایوان نشان داد که بین شدت و تهدید درک شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر، رابطه معنی داری وجود دارد (۳۶). در مطالعه حاضر بین متغیر حساسیت درک شده با رفتار خودمراقبتی رابطه معنی داری وجود داشت. به نظر می رسد بالا بودن حساسیت درک شده افراد باعث عملکرد بهتر در انجام رفتارهای خودمراقبتی می شود.

محدودیت های تحقیق استفاده از پرسشنامه و روش خودگزارشی بود که با توجه به کهنسالی نمونه ها پیشنهاد می شود در مطالعات آتی از پژوهش های کیفی در این زمینه استفاده گردد. مشکلات مربوط به همکاری مسئولین و عدم تمایل تعدادی از نمونه ها هم از دیگر محدودیت ها بود.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می گردد برنامه ریزی

Bai و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که تفاوت های جنسیتی و وضعیت اقتصادی بر رفتار خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ تاثیر گذار است (۳۲). اگر چه نتایج مطالعه Bell و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که زنان مبتلا به دیابت رفتارهای خود مراقبتی بهتری در مقایسه با مردان داشتند (۳۳). تفاوت های جنسیتی پیرامون رفتار خود مراقبتی در میان بیماری های مختلف از یک سو می تواند برگرفته از تفاوت های موجود در آگاهی، حساسیت و شدت درک شده نسبت به بیماری و مدت زمان ابتلا به آن و همچنین وجود سایر بیماریهای دیگر در مردان و زنان باشد (۳۴). مطالعه Ong و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد که میان زنان و مردان تفاوتی در کنترل پرفشاری خون وجود ندارد (۳۵).

این مطالعه نشان داد میان وضعیت تاهل و رفتار خود مراقبتی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون رابطه معنی داری وجود دارد. این نتایج همسو با نتایج مطالعه Seow و همکاران (۲۰۱۵) می باشد به طوری که افراد مطلقه و مجرد پرفشاری خون کنترل نشده داشتند (۳۶). اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان افرادی که در تماس های روزانه با شریک زندگی شان هستند بیشتر دیده می شود و این رفتارها بیشتر از طریق کنترل مستقیم اجتماعی از قبیل یادآوری، تشویق، پایش و یا حتی تهدید نیز صورت می گیرد (۳۷، ۳۸). همچنین وجود حمایت اجتماعی از قبیل خانواده می تواند نقش مؤثری در اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی در میان بیماران داشته باشد (۳۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمره خود مراقبتی با میزان تحصیلات رابطه آماری معنی داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه مطلق و همکاران (۲۰۱۶) همسو می باشد که در آن سطح تحصیلات با رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون رابطه معنی دار نداشت (۳۹) همچنین نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین میانگین نمره خود مراقبتی با وضعیت اقتصادی رابطه آماری معنی داری وجود دارد. این نتایج با مطالعه براتی و همکاران (۲۰۱۱) هم خوانی دارد (۳۰).

نتایج نشان داد که بین چهار متغیر خودکارآمدی درک شده، راهنما برای عمل، حساسیت درک شده و شدت درک شده با متغیر رفتار خود مراقبتی رابطه آماری معنی داری وجود دارد. خودکارآمدی درک شده که بیشترین پیشگویی کننده رفتار خود مراقبتی داشت با نتایج مطالعه باقیانی مقدم و همکارانش (۲۰۱۲) تحت عنوان نقش اعتقادات بهداشتی در انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری قلبی - عروقی در افراد در معرض خطر در یزد همسو بود (۳۱). مطالعات گوناگون که با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر

بهداشت دانشگاه آزاد اسلامی تهران با کد ۱۰۲۵۰۵۰۹۹۴۲۰۰۵ می باشد نویسندگان بر خود لازم می دانند از زحمات کلیه افراد مورد مطالعه و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

دقیق آموزشی برای بیماران فشارخونی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر روی سازه های خودکارآمدی، راهنما برای عمل، حساسیت و شدت درک شده که پیشگویی کننده قوی فشارخون بودند، انجام گیرد تا در درازمدت بتوانیم از عوارض این بیماری جلوگیری کنیم.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته آموزش

References

1. Nallapu SSR, Sai T. Estimation of Lifestyle Diseases in Elderly from a Rural Community of Guntur District of Andhra Pradesh. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2014; 8 (4):1-4.
2. Zareipour MA, Movahed E, Ghoghj MG, Khazir Z, Alinejad M. Reviewing the Relation between Social Support and Blood Sugar Control in Elders with Diabetes Type 2. *international journal of medical research & health sciences*. 2016; 5 (9): 394-9.
3. Khezeli M. Study on the prevalence of hypertension and its associated factors in the elderly population. *La Revue du praticien*. 2012; 62 (9):1225-8.
4. Baghaee R, Khaledian N, Didarloo A, Alinezhad V. the effect of an educational intervention on the medication adherence in patients with hypertension: based on basnef model. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2016;14 (9): 811-21.
5. Ghembaza M, Senoussaoui Y, Kendouci Tani M, Meguenni K. Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. *Current hypertension reviews*. 2014; 10 (1):41-8.
6. Rezaadehkermani M. *Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review*. *Archives of Iranian medicine*. 2008; 11 (4): 444-52.
7. Baghianimoghadam M, Aivazi S, Mzloomy S, Baghianimoghadam B. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city. *Journal of medicine and life*. 2011; 4 (1): 30.
8. Jalilian N, Tavafian SS, Aghamolaei T, Ahmadi S. The effects of health education program on knowledge and attitudes of people suffering from hypertension. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014; 1 (4): 37-44.
9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, 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): 2560-71.
10. Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension? Poor compliance is only part of the story. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2001; 3 (3):179-82.
11. Zareipour M A, Baghaei R, Mahdi-akhgar M, Abbasi S, Ghelichghojogh M, M. A. The effect of education based on Health Belief Model in Self-

- control blood pressure in patients with hypertension health centers in Urmia. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR)*. 2017; 8 (3): 2108-15.
12. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of internal medicine*. 2005; 143 (6): 427-38.
 13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons; 2008.
 14. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program; 1958.
 15. Rosenstock I. Why people use health services. *The Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127. 1966.
 16. Movahed E , Zareipour M, Arefi Z SF, M. A. The Effect of Health Belief Model-Based Training (HBM) on Self-Medication among the Male High School Students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014; 2 (1): 65-72.
 17. Azadbakht M, Garmaroodi G, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model. *Journal of Education and Community Health*. 2014;1 (2): 20-9. eng %@ 2383-2150 % [2014.
 18. Khavoshi N, Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model. *2 Journal of Nursing Education*. 2015; 3 (4):19-28. eng %@ 9 % [2015.
 19. Amirzadeh Iranagh J. The effect of health belief model based on education intervention on physical activity of elderly women. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2016; 13 (12):1050-8.
 20. Moghaddam MB, Ayvazi S, Mahmoodabad SM, Fallahzadeh H. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city (2006). *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008; 15 (3):78-87.
 21. Fuladvandi M, Safarpour H, Malekyan L, Moayedi S, Mahani MA, Salimi E. The Survey of Self-Regulation Behaviors and Related Factors in Elderly with Hypertension in South-East of Iran. *Health*. 2017; 9 (04):592.
 22. Bai YL, Chiou CP, Chang YY. Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*. 2009; 18 (23): 3308-15.
 23. Bell RA, Arcury TA, Snively BM, Smith SL, Stafford JM, Dohanish R, et al. Diabetes foot self-care practices in a rural, triethnic population. *The diabetes educator*. 2005; 31 (1):75-83.

24. Beker J, Belachew T, Mekonin A, Hailu E. Predictors of adherence to self-care behaviour among patients with chronic heart failure attending Jimma University Specialized Hospital Chronic Follow up Clinic, South West Ethiopia. *Journal of Cardiovascular Diseases & Diagnosis*. 2014.
25. Ong KL, Tso AW, Lam KS, Cheung BM. Gender difference in blood pressure control and cardiovascular risk factors in Americans with diagnosed hypertension. *Hypertension*. 2008; 51(4):1142-8.
26. Seow LSE, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2015; 6 (4):125-32.
27. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social science & medicine*. 1992; 34 (8):907-17.
28. Lim YM, Sung MH, Joo KS. Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. *Journal of gerontological nursing*. 2010; 36 (10):42-50.
29. Motlagh SFZ, Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-Care Behaviors and Related Factors in Hypertensive Patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016; 18 (6).
30. Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2011;1 (3):116-22.
31. BAGHIANIMOGHADAM MH, MIRZAEI M, RAHIMDEL T. Role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at risk of cardiovascular diseases. 2012.
32. Mazloomi Mahmoodabad SS, Hajizade A, Aalaei MR, Mirzaei M, AM. A. The behavior predictor of type 2 diabetes in people at risk: Health Belief Model. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid*. 2011;11(6): 544-50.
33. Hazavehei MM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. *Koomesh*. 2015; 17 (1):37-44.
34. Avci IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008;12 (2):127-33.
35. Sharifi Rad GR, Hazavei MM. effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Journal of Arak University of Medical Sciences-Rahavard Danesh*. 2007:79-86.
36. Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Education & Prevention*. 2005; 17 (5): 469-83.

Related factors to self-care behaviors in elderly with hypertension based on the Health Belief Model in Uremia County

Poormuhamad S^{1,*}, Jalili Z²

1- MSc of Health Education and Health Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University of Tehran, Iran.

2- Associated Professor of Health Education and Health Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University of Tehran, Iran. **(Corresponding Author)**

Email: Zahra.jalili@gmail.com

Abstract

Introduction: High blood pressure is the most important public health problem in developing countries. It is a leading cause of stroke, kidney failure, premature death and a risk factor for cardiovascular disease particularly in elderly. The aim of conducting this study was to investigate the factors associated with self-care behaviors in elderly with hypertension based on health belief model in Uremia County.

Method: In this cross-sectional study of 120 elderly patients with hypertension who covered by health care centers in Uremia city were randomly enrolled. Data collection questionnaire included demographic questions, knowledge, self-care and health belief model structures. Data using ANOVA, linear regression analysis using software was SPSS.

Results: The mean age of the elderly was 72.6 ± 11.72 years. The results showed that self-care behaviors had a significant relationship with gender, marital status, and economic situation. Perceived self-efficacy ($B=0.382$) and perceived susceptibility ($B=0.20$) were highest and lowest predictors of self-care behavior among HBM constructs respectively and were statistically significant.

Conclusion: According to the results, HBM constructs can play an important role in hypertension control among an elderly and perceived self-efficacy was more predictor hypertension self-care behaviors between HBM constructs. Therefore, recommended that researchers focus on another HBM constructs on self-care behaviors in the elderly at future studies.

Keywords: Self-care, Elderly, Health Belief Model, Hypertension.

Received: 12/05/2017

Accepted: 10/09/2017

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.2.1.41](https://doi.org/10.29252/joge.2.1.41)



JOGE

Journal of Gerontology

Vol.2 No.1 Summer 2017 - ISSN: 2476-7301

Relationship between Humor and Social Support with Sex Satisfaction in Elderly Married Women ... 10
Khodabakhshi-Koolae A, MirAfzal NS

Evaluate the Effectiveness of Physical Activity on General Health, Happiness and Life Expectancy in Postmenopausal and Elder Women 19
Alavai S, Zar A.S, Salimi Avansar M, Ahmadi F

A study of relationship between social support and health—related quality of life among elderly people in Tabriz 28
Aghayari hir T, Ghasemzadeh D, Ebrahimi Orang A

The effect of physical activities on the quality of life, hope and life satisfaction among the elderly in Ilam city 40
Rezaei Sh, Esmaeili M

Related factors to self-care behaviors in elderly with hypertension based on the Health Belief Model in Uremia County 50
Poormuhamad S, Jalili Z

Perceived affective support From the Iranian older adult’s viewpoint: a directed content analysis 64
Nazari Sh, Farhadi A, Sadeghmoghadam L, Namazi Shabestari A.R

The effect of 8 weeks combined training on the physical fitness and rate of renal filtration in elderly men 75
Askari R, Ghani Abadi H, Hosseini Kakhki SA

Investigating the role of muscle strength and range of motion lower extremity in the elderly: A systematic review study 89
Norasteh A.A, Zarei H, Pour Mahmoodian P